

C 63915
R 13826105
R\$ 31,00

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DOS
TRANSTORNOS ALIMENTARES ATRAVÉS DA
NARRATIVA DE MULHERES.**

SILVANA GONÇALVES SOUTO

D
616.8526
5712
2002

FORTALEZA/CE

2002

SILVANA GONÇALVES SOUTO

**VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DOS
TRANSTORNOS ALIMENTARES ATRAVÉS DA
NARRATIVA DE MULHERES.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher

FORTALEZA/CE

2002


**VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES
ATRAVÉS DA NARRATIVA DE MULHERES.**

SILVANA SOUTO

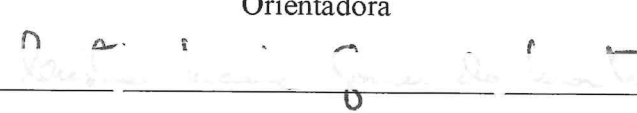
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, sob orientação da Prof.^a Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro-Bucher.

Aprovada com louvor, em:
10 / 06 / 2002

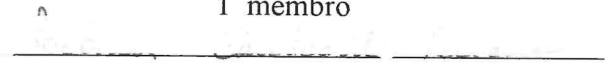
Banca Examinadora:



Prof.^a Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro-Bucher
Orientadora



Prof.^a Dra. Cristina Maria Gomes do Monte
1º membro



Prof.^a Dra. Leônia Cavalcante Teixeira
2º membro

Dedico este trabalho, fruto de muito investimento e esforço, a Margarida Souto, **MINHA MÃE**. Mulher forte e batalhadora que ensinou-me a sonhar e, principalmente, auxiliou-me e incentivou-me para realização destes. Estando presente em todos os momentos difíceis, dolorosos e decisivos, sempre com uma palavra acolhedora, que me davam coragem para prosseguir. Sou grata a tudo que fez e faz por mim. Este trabalho também é seu. A você todo meu amor e meu eterno **MUITO OBRIGADA**.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, que sem **ELE**, nada seria possível...

Ao meu irmão, **Silvio Souto**, que com seu apoio e incentivo e, sobretudo, criticidade, impulsionaram-me decisivamente no meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus avós, **Mário Areal Souto** e **Helena Monteiro Souto**, que em memória sempre estarão em meu coração.

As minhas tias (**Helena e Marilene**), tios (**Paulo e Hidalgo**), primas (**Iasnaia, Daniela e Nahide**) e amiga (**Roberta Gaio**) pelo apoio e compreensão quando precisei.

A **Gérson Sampaio**, companheiro, cujo apoio, compreensão, paciência e generosidade, além do auxílio e assistência nos assuntos de informática que foram fundamentais para realização deste sonho.

A **Angela Andrade** e **Márcia Junqueira**, amigas que me “introduziram” no mundo dos Transtornos Alimentares. Com elas, compartilhei pensamentos em discussões informais e formais, através de congressos, cursos e palestras. Obrigada por todo apoio.

Agradeço em especial, a minha orientadora, **Júlia Bucher**, que acreditou em mim e acompanhou-me na árdua trajetória da elaboração de minha dissertação, cuja convivência, disponibilidade, compreensão, tranquilidade e sabedoria foram imprescindíveis nos momentos de dúvida e angústia.

A **Mônica Távora**, por todo apoio emocional que me foi dispensado nessa trajetória pessoal e profissional.

A **Kátia Yumi**, colega do mestrado e de profissão, que mesmo à distância esteve disponível para trocar idéias e auxiliar sobre a metodologia e a análise do estudo.

A **Catarina Lobo** pelo carinho e cuidado na revisão dos meus escritos.

Ao corpo docente e discente do mestrado, em especial à coordenadora, **Lígia Kerr**, que me deu oportunidade de ingressar no campo da saúde pública, estando sempre disponível nos momentos necessários.

As secretária **Zenaide** e **Conceição** pela paciência e por todo auxílio prestado.

Sou igualmente grata, aos colegas de trabalho do **CETRATA**, Antônio Maia, Andréa Calheiros, Kátia Monteiro, Eneida Brasil, estagiários e extensionistas, bem como, aos nutricionistas do **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO**, Salete Leite, Wilma, Ricarte, Vanise, Kelma e Eduardo, com os quais pude desenvolver estratégias que enriqueceram meu trabalho como nutricionista e na abordagem dos Transtornos Alimentares. E, aos profissionais do **NEATA** (Núcleo de Estudos e Atendimentos em Transtornos Alimentares) do Hospital de Saúde Mental de Messejana, em especial a **Mônica Colares** coordenadora do serviço.

Agradeço também ao grupo de **Tratamento Integrado da Obesidade**, **Célia Nóbrega, Jaime, Henrique e Paulo**. Em especial ao médico **Glaúcio Nóbrega** por sua amizade, compromisso e seriedade no exercício da profissão.

Às pacientes **anoréticas, bulímicas, comedoras compulsivas e obesas** com quem aprendi quase tudo que sei. Que confiando em mim, propiciaram a experiência de compartilhar suas vivências, ajudando a tornar mais claros meus pensamentos que serviram de estímulo nessa trajetória.

À **FUNCAP**, Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa, que custeou meus estudos, através da concessão de uma bolsa.

E, em fim, a todos que colaboraram direta ou indiretamente para realização deste sonho.

“ Quem somos se aprende desde o berço,
quem nos tornamos se aprimora no
decorrer de incontáveis trocas”

(Bertrand Cramer, 1997, p. 14)

RESUMO

Esta pesquisa investiga, através da narrativa de mulheres, a vivência e o significado dos Transtornos Alimentares (TA's) considerando as dimensões intra- pessoal, familiar e sócio- cultural. Estas mulheres encontram-se em acompanhamento interdisciplinar no Centro de Estudos e Tratamentos em Transtornos Alimentares (CETRATA) da Universidade Federal do Ceará ou em consultório particular, no município de Fortaleza-CE, Nordeste do Brasil. Uma abordagem qualitativa, foi utilizada para coleta de dados através de entrevistas individuais com sete mulheres, com idades entre 13 a 52 anos. Três delas são portadoras de Anorexia Nervosa, duas de Bulimia Nervosa e duas de Transtorno do Comer Compulsivo. Para análise dos dados inicialmente foram identificadas as unidades de significação e os núcleos de sentido relacionados ao tema gerador. Em seguida, através da técnica de mapeamento de associação de idéias, foram definidas as categorias de análise que constituíram os temas centrais. Diagramas de significações também foram construídos para a análise do nosso estudo. Os resultados obtidos revelam semelhanças e divergências entre os três quadros de TA's, tais como: história de sobrepeso/ obesidade pessoal e/ou familiar, desejo de ser magra, medo mórbido de engordar, prática indiscriminada de dietas, uso de mecanismos inadequados de controle de peso, abusos infantis (físico, emocional, sexual), presença de segredos familiares, incentivo pessoal, familiar e/ou sócio- cultural à prática de dietas e à magreza. O estudo também evidencia a inadequação do modelo biomédico atualmente utilizado e indica que pacientes portadoras de TA necessitam de assistência através de equipe interdisciplinar, especializada e coesa. O estudo sugere o desenvolvimento de estratégias de atendimento, onde a abordagem nutricional ocorra através da reeducação alimentar.

Palavras- chave: transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar, nutrição.

ABSTRACT

This research investigates, through the narrative of women, the experience and the meaning of Eating Disorders (ED) considering the intra-personal, familiar and social-cultural dimensions. These women are currently being under an inter-disciplinary follow-up at the Center of Studies and Treatments in Eating Disorders (CETRATA) of the Federal University of Ceará or in a private clinics, in the city of Fortaleza- Ceará, Northeast of Brazil. A qualitative approach was used for data collection by individually interviewing seven women, aged 13 to 52 years. Three of them suffering from Anorexia Nervosa, two Bulimia Nervosa and two, Binge Eating Disorder. Through data analysis the units of signification were identified first and the sense nucleus related to the generator theme. After that, by using the association of ideas mapping techniques categories of analysis were defined. They constituted the main themes of the study. Diagrams of meaning were constructed to analysis. The study highlights similarities and divergences in the three types of Eating Disorders, such as: personal and/or family history of overweight/obesity, desire of being thin, morbid fear to get fat, wrong diet practices, use of inadequate mechanisms of weight control, suffering of child abuses (physical, emotional, sexual), presence of family's secrets, personal, family's and/or socio-cultural incentives to dieting and to look slim. The study also shows the inadequacy of the biomedical model and it points out that patients suffering ED's need to be assisted by a well qualified interdisciplinary team. specialized and cohesive. The development of attendance strategies, where the nutritional approach occurs through the alimentary re-education is suggested.

Key- words: eating- disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, nutrition.

SUMÁRIO

* LISTA DE TABELAS E QUADROS	
* LISTA DE FIGURAS	
* LISTA DE DIAGRAMAS DE SIGNIFICAÇÕES	
* LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS	
1) INTRODUÇÃO	01
2) TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO DE LITERATURA	
2.1) Conceituação, Diagnóstico e Classificação	05
2.2) Comorbidades e Implicações Clínicas	20
2.3) Aspectos Epidemiológicos	25
2.4) Fatores de Risco	36
2.5) Aspectos Etiopatogênicos	42
2.5.1) Aspectos biológicos	42
2.5.2) Aspectos nutricionais	46
2.5.3) Aspectos psicológicos	52
2.5.4) Aspectos familiares	55
2.5.5) Aspectos sócio-culturais	61
2.6) OS TRANSTORNOS ALIMENTARES NOS CONTEXTOS INTRA- PESSOAL, FAMILIAR E SÓCIO- CULTURAL	69
3) OBJETIVOS	
3.1) Objetivo Geral	92
3.2) Objetivos Específicos	92

4) METODOLOGIA	
4.1) Natureza do Estudo	93
4.2) Sujeitos e Local da Pesquisa	95
4.3) Descrição do trabalho de campo	97
4.4) Procedimentos de Organização e Análise dos Dados	99
4.5) Aspectos Éticos	100
5) ANÁLISE E DISCUSSÃO	101
5.1) Perfil dos entrevistados	107
5.2) Reflexões acerca da análise	117
5.2.1) HISTÓRIA PESSOAL	118
5.2.1.a) História do peso e percepção da imagem corporal	118
5.2.1.b) Comportamentos e práticas alimentares	140
5.2.1.c) Elementos psico- afetivos e momentos traumáticos	154
5.2.2) CONTEXTO FAMILIAR	169
5.2.2.a) Estrutura e relações	169
5.2.2.b) Peso, Imagem Corporal e Hábitos Alimentares: História e Valores Familiares	190
5.2.3) ASPECTOS SÓCIO- CULTURAIS	199
5.2.3.a) Incentivo à dietas e pressão à magreza	199
5.2.3.b) Assistência profissional	220
5.2.4) O TRANSTORNO ALIMENTAR E SUAS INTERFACES	241
5.3) Considerações Finais e Recomendações	276
6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	282
7) ANEXOS	
7.1) Termo de Consentimento	296
7.2) Perfil do entrevistado	298
7.3) Roteiro norteador da entrevista semi-estruturada	299
7.4) Mapas de associação de idéias	300
7.5) Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	310

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1- Classificação do sobrepeso em adultos de acordo com IMC.	113
Tabela 2- Classificação dos percentis de IMC para meninas de 13, 15, 16 e 17 anos para raça branca.	114
Quadro 1- Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa (DSM – IV, 1995).	06
Quadro 2- Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa (DSM – IV, 1995).	07
Quadro 3- Critérios Diagnósticos para Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (DSM – IV, 1995).	08
Quadro 4- Critérios Diagnósticos para Transtorno de Compulsão Periódica (DSM – IV, 1995).	09
Quadro 5- Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa (CID- 10, 1993).	10
Quadro 6- Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa (CID- 10, 1993).	11
Quadro 7- Modelo de Análise dos Dados do Estudo de TA's em Fortaleza, 2001.	106
Quadro 8- Descrição das mulheres portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com idade de início do quadro, diagnóstico, estado civil, prática religiosa, escolaridade, profissão e renda individual. Fortaleza, 2001.	108
Quadro 9- Descrição das mulheres portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com escolaridade e atividade profissional do pai, escolaridade e atividade profissional da mãe e renda familiar. Fortaleza, 2001.	110
Quadro 10- Descrição das mulheres portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com idade, peso, altura e IMC no início do tratamento, idade, peso, altura e IMC atual, peso mínimo, peso máximo. Fortaleza, 2001.	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Incentivo à dietas 1	205
Figura 2: Incentivo à dietas 2	206
Figura 3: Incentivo a comportamentos inadequados de controle de peso	207
Figura 4: Mudança de padrão de beleza veiculado	209
Figura 5: Associação de magreza à felicidade	210
Figura 6: Incentivo à magreza	212
Figura 7: Incentivo ao uso de mecanismo purgativo (laxante)	213
Figura 8: Associação de magreza à conquistas e aceitação 1	216
Figura 9: Associação de magreza à conquistas e aceitação 2	217
Figura 10: Incentivo à restrição alimentar	251
Figura 11: Desenho da imagem corporal feito por paciente portadora de TA entrevistada - 1	266
Figura 12: Desenho da imagem corporal feito por paciente portadora de TA entrevistada - 2	267
Figura 13: Desenho da imagem corporal feito por paciente portadora de TA entrevistada - 3	267
Figura 14: Carta feita por paciente portadora de TA entrevistada - O peso	268
Figura 15: Carta feita por paciente portadora de TA entrevistada - A balança	269

LISTA DE DIAGRAMAS DE SIGNIFICAÇÕES

- Diagrama de Significações 1:** História do Peso em Diferentes Fases do Ciclo Vital das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001. 119
- Diagrama de Significações 2:** Aumento e Diminuição do Peso: Vivência e Sentimentos das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001. 121
- Diagrama de Significações 3:** O Peso Idealizado e as Amigas como Padrão Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001. 122
- Diagrama de Significações 4:** Auto- percepção da Imagem Corporal das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001. 125
- Diagrama de Significações 5:** : Instrumentos Utilizados pelas Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas, para Avaliação e Percepção do Corpo: Espelho, Balança e Fita Métrica. Fortaleza, 2001. 131, 132
- Diagrama de Significações 6:** O Desejo de Ser Magra das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001. 133
- Diagrama de Significações 7:** O Medo de Engordar das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001. 134
- Diagrama de Significações 8:** Práticas Inadequadas de Controle de Peso Utilizadas pelas Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001. 138
- Diagrama de Significações 9:** Amamentação de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001. 141
- Diagrama de Significações 10:** Quantidade de Alimentos Consumidos (Escassez) por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001. 142

Diagrama de Significações 11: Quantidade de Alimentos Consumidos (Excesso) por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	143
Diagrama de Significações 12: Tipo de Alimentos Consumidos por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	146
Diagrama de Significações 13: O Início da Prática de Dietas por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	148
Diagrama de Significações 14: História de Preconceito com Discriminação e Cobrança Relacionada ao Peso em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	155
Diagrama de Significações 15: Auto- avaliação por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	158
Diagrama de Significações 16: Abuso Sexual (Padrasto) em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	163
Diagrama de Significações 17: Abuso Sexual (Namorado) em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	164
Diagrama de Significações 18: Abuso Físico em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	166
Diagrama de Significações 19: Relação Mãe- Filha em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	171
Diagrama de Significações 20: Relação Pai- Filha em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	174
Diagrama de Significações 21: Relação com Avó de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	176
Diagrama de Significações 22: Relação com Irmãos de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	177, 178

Diagrama de Significações 23: Relação com Irmãos de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	179
Diagrama de Significações 24: Relação com Maridos/ Namorado de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	180
Diagrama de Significações 25: Relação com Filhas de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	181
Diagrama de Significações 26: Segredos de Família de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	186, 187
Diagrama de Significações 27: História do Peso dos Familiares de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	190
Diagrama de Significações 28: História da Imagem Corporal dos Familiares de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	192, 193
Diagrama de Significações 29: Incentivo Social para Dietas Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	200
Diagrama de Significações 30: A Influência da Mídia Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	203
Diagrama de Significações 31: Os Padrões de Beleza Veiculados na Mídia Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	208
Diagrama de Significações 32: O Desconhecimento na Busca por Tratamento Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	223
Diagrama de Significações 33: O Diagnóstico de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	225
Diagrama de Significações 34: Avaliação do Tratamento Interdisciplinar Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	228

Diagrama de Significações 35: Avaliação do Acompanhamento Nutricional através da Reeducação Alimentar Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	233
Diagrama de Significações 36: Percepção das Situações e Influências Relacionadas ao Início do Desenvolvimento do Quadro de TA Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	242, 243
Diagrama de Significações 37: Os Comportamentos Alimentares Presentes em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's: Restrição. Fortaleza, 2001.	255
Diagrama de Significações 38: Os Comportamentos Alimentares Presentes em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's: Compulsão. Fortaleza, 2001.	260
Diagrama de Significações 39: Ciclo Vicioso que se Instala de Restrição/ Compulsão/ Purgação em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.	262
Diagrama de Significações 40: A Recuperação Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.	273

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS.

AN – Anorexia Nervosa

BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edinburg (Bulimic Investigatory Test Edinburgh)

BN – Bulimia Nervosa

CETRATA – Centro de Estudos e Tratamentos em Transtornos Alimentares

EAT – Teste de Atitudes Alimentares (Eating Attitudes Test)

IMC – Índice de Massa Corporal

TA – Transtorno Alimentar

TA's – Transtornos Alimentares

TASOE - Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação

TANE – Transtorno Alimentar Não- Específico

TCC – Transtorno do Comer Compulsivo

TCP – Transtorno da Compulsão Periódica

1) INTRODUÇÃO

Esta dissertação versa sobre os contextos intra- pessoal, familiar e sócio- cultural de mulheres com transtornos alimentares. É uma pesquisa que investiga aspectos relacionados a problemática alimentar, a partir das percepções do portador da desordem da conduta alimentar, acerca de suas vivências nas dimensões: pessoal, familiar e sócio-cultural. Acreditamos que este estudo contribuirá para a nutrição, à medida que inclui na análise, diversos fatores que interferem direta e indiretamente no comportamento e nas práticas alimentares, bem como, em aspectos relacionados a peso e imagem corporal.

A decisão por esse objeto de estudo surge a partir de aspectos relacionados à dimensão acadêmica e também às inquietações em nossa vivência pessoal e profissional.

O início da nossa prática clínica na abordagem de pacientes com transtornos alimentares no Centro de Estudos e Tratamentos em Transtornos Alimentares (CETRATA) em 1998, despertou nosso interesse para o aprofundamento nessas patologias. Apesar de tratar-se de uma doença psíquica, de base afetivo- emocional, o comportamento alimentar apresenta-se comprometido, necessitando, assim, do acompanhamento nutricional integrado em uma equipe interdisciplinar. Entretanto, a nossa formação acadêmica de nutricionista não contemplou técnica direcionada a abordagem específica para esses quadros. Essa limitação acadêmica nos motivou a investigar e aprofundar os conhecimentos dessas patologias, no intuito de desenvolver uma terapêutica nutricional que auxiliasse na diminuição do sofrimento das portadoras dessas desordens.

Tivemos um contato direto com mulheres adolescentes e adultas jovens, com disfunções no comportamento alimentar, apresentando idéias e crenças alimentares distorcidas, ora através de uma abstenção rígida de alimentos, ora com impulsos incontroláveis de compulsão alimentar, seguidos de práticas compensatórias e/ou

purgativas como mecanismo para alcance e/ou manutenção de um peso idealizado. Mulheres estas, que faziam suas vidas girarem em torno dos alimentos, do peso e da forma corporal.

Sem dúvida, o comprometimento físico por consequência dos hábitos alimentares era evidente. Entretanto, o aspecto emocional era central. Isso aguçou ainda mais nosso interesse, por representar um desafio. O tratamento dessas mulheres que traziam um conteúdo de sofrimento durante as sessões, tornou necessário um investimento pessoal no conhecimento das dimensões simbólicas para que pudéssemos auxiliar na terapêutica.

Durante as sessões de reeducação alimentar, a relação com a prática de dietas era freqüente. Entretanto, a literatura e a prática assistencial apontavam a relação com diversos aspectos.

Inicialmente pensamos em realizar um estudo quantitativo dos fatores de risco para o desencadeamento e manutenção dos transtornos alimentares. O contato com a disciplina de Epidemiologia do Mestrado, bem como das discussões com seu do corpo docente e com profissionais e amigos das áreas de nutrição e psicologia oportunizaram a reflexão sobre adequação da abordagem, para o propósito maior do estudo, bem como sobre a viabilidade de execução e relevância do mesmo, além do nosso percurso no exercício profissional. Além disso, a nossa prática clínica no ambulatório do CETRATA e na clínica privada, incluindo atendimento domiciliar, nos sugeria claramente demonstrada a influência direta ou dos membros das famílias, sobre o comportamento alimentar da portadora de transtorno alimentar.

Nesse ínterim, os aspectos sociais e familiares relacionados aos transtornos alimentares passaram a ser um tema recorrente nas sessões de Nutrição, bem como nas discussões de casos clínicos com os profissionais da equipe interdisciplinar onde atuávamos. Isto nos motivou a explorar esses aspectos e, conseqüentemente, a decidir pela

adoção de uma abordagem qualitativa e redimensionamento do estudo para possibilitar a adequada captação e análise dos contextos sociais e familiares das pacientes atendidas com transtornos alimentares. Neste momento decisivo para o redirecionamento e para a continuidade desta investigação a possibilidade de sucesso foi decididamente influenciada pela atitude dos docentes do Mestrado tanto através da compreensão de quem orientava na perspectiva quantitativa e, principalmente, pelo acolhimento e apoio de uma especialista na abordagem qualitativa. Isto foi essencial para que pudéssemos explorar neste estudo:

Qual a interface dos contextos intra- pessoal, familiar e sócio- culturais com os comportamentos alimentares e as práticas inadequadas de controle de peso em mulheres portadoras de transtornos alimentares?

Justificam a necessidade de realização deste estudo a escassez da literatura em estudos qualitativos semelhantes e que incluam a discussão do aspecto nutricional referente a comportamentos e práticas alimentares nos transtornos alimentares sob o paradigma da Saúde Pública. A investigação deste tema é, portanto, de interesse em Mestrado em Saúde Pública, uma vez que o estudo possibilita a definição imediata de contribuições relevantes para os profissionais de saúde que atuam ou pretendem atuar com essas patologias, bem como a demonstração prática da importância de inserir no campo da formação profissional, a qualificação científica adequada para a captação das dimensões subjetivas do paciente que são tão críticas para o sucesso da terapêutica desses agravos à saúde.

O fato de encontrar-se no Ceará os dois únicos centros de referência do nordeste na assistência de transtornos alimentares, de estar inserida em um dos ambulatórios de atendimento interdisciplinar e de atuar na clínica privada com essas patologias, facilitaram o acesso a amostra necessária.

Para viabilização deste trabalho, primeiramente realizamos uma revisão da literatura científica nacional e internacional afim de conhecer e saber como caracterizar os

transtornos alimentares. A revisão focalizou os aspectos mais relevantes para o nosso objeto de estudo cobrindo a literatura das diversas áreas: médica, psicológica, nutricional e epidemiológica. Iniciamos nossa discussão conceituando, classificando e apresentando os critérios diagnósticos de acordo com DSM- IV (1995) e CID- 10 (1993). Em seguida, apresentamos as comorbidades e implicações clínicas desses quadros, os seus aspectos epidemiológicos, fatores de risco e aspectos etiopatogênicos. Frente a isso, abordamos a relação dos TA's com os contextos intra- pessoal, familiar e sócio- cultural, bem como, as práticas alimentares.

Como anteriormente mencionamos, este estudo é de natureza qualitativa, e tenta traçar de forma a mais próxima possível a realidade dessas mulheres estudadas. Dados sócio- demográficos foram inicialmente coletados para caracterizar o perfil das mesmas. Entrevistas individuais e não estruturadas, realizadas com os sujeitos da investigação foram gravadas e posteriormente transcritas para análise e interpretação. Para análise dos dados, realizamos uma leitura exaustiva e individualizada do material, destacando as unidades de significação. Seguiu-se a leitura horizontal das entrevistas, para identificar os núcleos de sentido para a formação das categorias de análise e dos temas centrais.

A partir de todas essas informações obtidas foram criados os diagramas de significações, discutidos de forma reflexiva, articulando-se assim o material empírico e teórico das questões norteadoras do nosso estudo.

Antecipamos que esta investigação acerca dos TA's, e seu contexto bio- psico- social contribuirá para facilitar o aperfeiçoamento da ação dos profissionais da área de saúde, e sobretudo dos nutricionistas cujo trabalho clínico contemple a assistência terapêutica às portadoras de desordens alimentares. Isso conseqüentemente auxiliará aos pacientes portadores destas patologias e suas famílias assim como toda a sociedade que convive com os significados simbólicos da comida e do corpo.

2) TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO DE LITERATURA

2.1) CONCEITUAÇÃO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Um transtorno alimentar não é apenas um problema vinculado à comida ou ao peso, mas deve-se, em grande medida, a uma tentativa desviada de responder a dificuldades ou conflitos de diferentes ordens.

CECILE RAUSCH HERSCOVICI, 1997, p. 59

Os transtornos alimentares (TA's) "*são definidos como alterações do comportamento alimentar, de base afetivo/emocional, que podem levar à desnutrição ou à obesidade, entre outras complicações clínicas e incapacidades. Os fatores desencadeantes ou precipitantes entram em sinergia configurando um complexo quadro psicossomatogênico que desequilibra completamente a função biológica da nutrição*" (ANDRADE, 2000, p. 13). Os principais tipos de transtornos alimentares são: * anorexia nervosa, * bulimia nervosa e * transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) (DSM-IV, 1995) ou transtornos alimentares não específicos (TANE) (CID- 10, 1993), que inclui o transtorno do comer compulsivo (ou transtorno da compulsão periódica) e os quadros subclínicos (DSM-IV, 1995; CID-10, 1993). Os TA's são mais frequentes no sexo feminino, visto que somente 10% dos casos são homens (HERSCOVICI, 1997).

O DSM-IV é uma classificação usada exclusivamente nos Estados Unidos, entretanto é a principal referência em pesquisas, artigos e livros científicos na área.

De acordo com a 4^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-IV, é apontada a seguinte classificação, critérios diagnóstico e descrições clínicas para os TA's.

Quadro 1- Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa (DSM – IV, 1995, p. 516):

Anorexia Nervosa (307.1)

- A- Recusa a manter o peso em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
- B- Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando em peso abaixo do normal.
- C- Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
- D- Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos consecutivos. (Considera-se que a mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex. estrógeno).

Especificar tipo:

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Quadro 2- Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa (DSM – IV, 1995, p. 521):

Bulimia Nervosa (307.51)

- A- Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizados por ambos os seguintes aspectos:
- (1) ingestão, em um período limitado de tempo (p. ex., dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares.
 - (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante episódios (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou controlar o que ou o quanto está comendo).
- B- Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- C- A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.
- D- A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.
- E- O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipos:

Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Os transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) (DSM-IV, 1995) ou transtornos alimentares não específicos (TANE) (CID- 10, 1993), são quadros onde ocorre desvio nas condutas alimentares, mas não são preenchidos todos os critérios diagnósticos para anorexia ou bulimia nervosas. Podem ser considerados como TASOE os seguintes quadros:

Quadro 3- Critérios Diagnósticos para Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (DSM – IV, 1995, p. 521-522):

Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (F 307.50)

A categoria Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico. Exemplos:

1. Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que as menstruações são regulares.
2. São satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.
3. São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses.
4. Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por ex., vômito auto-induzido após o consumo de dois biscoitos).
5. Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimento.
6. Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característicos de Bulimia Nervosa.

Já o transtorno de compulsão periódica, apresenta-se como entidade nosológica apenas no apêndice B do DSM – IV (1995, p. 688).

Quadro 4- Critérios Diagnósticos para Transtorno de Compulsão Periódica (DSM – IV, 1995, p. 688):

Transtorno de Compulsão Periódica (Apêndice B)

- A- Episódios recorrentes de ataques de comer. Um episódio de ataque de comer é caracterizado por:
- 1- Comer num breve período de tempo (ex: num período de duas horas) uma quantidade de comida considerada definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria durante um período de tempo similar e em circunstâncias similares.
 - 2- Uma sensação de falta de controle durante os episódios, isto é, um sentimento de que não pode parar de comer ou controlar o que ou o quanto o indivíduo está comendo.
- B- Os episódios de ataque de comer estão associados a pelo menos três dos seguintes itens:
- 1- Comer mais rápido que o usual.
 - 2- Comer até se sentir inconfortavelmente “cheio”.
 - 3- Comer grandes quantidades de comida, sem se sentir com fome.
 - 4- Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade que está comendo.
 - 5- Sentir-se decepcionado, deprimido ou sentindo-se culpado após a superingestão.
- C- O ataque de comer provoca um marcante desconforto.
- D- Os episódios de ataques de comer ocorrem em média duas (2) vezes por semana durante seis meses.
- E- O ataque de comer não está associado com o uso regular e inapropriado de comportamento compensatório (p.ex., tipo purgativo, jejuns ou exercícios excessivo) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Já o CID-10 existe desde 1993, sendo a classificação oficial do Brasil, a partir de 1º de janeiro de 1996. Esta classificação também é válida em outros países, exceto nos Estados Unidos.

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID- 10, 1993), são descritos como Transtornos Alimentares (F 50), anorexia e bulimia nervosas:

Quadro 5- Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa (CID- 10, 1993):**Anorexia Nervosa (F 50.0)**

Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

(a)- O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice de massa corporal de Quetelet* em 17,5 ou menos. Pacientes pré- púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.

(b)- A perda de peso é auto- induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos auto- induzidos; purgação auto- induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

(c)- Há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica, por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.

(d)- Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário- gonadal é manifestado, em mulheres, como amenorréia e, em homens, como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônios do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações do metabolismo periférico do hormônio tireoidiano e anormalidades de secreção da insulina.

(e)- Se o início é pré- puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.

Anorexia Nervosa Atípica (F 50.1)

Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos- chave da anorexia nervosa (F 50.0), tais como amenorréia, ou perda de peso significativa estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais ou em atenção primária. Pacientes que têm todos os sintomas chave, mas somente grau leve, podem também ser melhor descritos através desse Termo. Ele não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas que são decorrentes de uma doença física conhecida.

*Índice de massa corporal de Quetelet= (peso (Kg))/ ((altura(m))²).

Quadro 6- Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa e para Transtorno Alimentar não Especificado (CID- 10, 1993):

Bulimia Nervosa (F 50.2)

Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

(a)- Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimentos são consumidos em curtos períodos de tempo.

(b)- O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto- induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.

(c)- A psicopatologia consiste em um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há, frequentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorréia.

Bulimia Nervosa Atípica (F 50.3)

Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos- chave listados para bulimia nervosa (F 50.2) estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico claramente típico. Mais comumente, isso se aplica a pessoas com peso normal ou mesmo excessivo, mas com típicos períodos de hiperfagia seguidos por vômitos ou purgação. Síndromes parciais junto com sintomas depressivos também não são incomuns, mas se os sintomas depressivos justificam um diagnóstico separado de um transtorno depressivo, dois diagnósticos separados devem ser feitos.

Transtorno Alimentar não Especificado (F 50.9)

Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) são distúrbios psiquiátricos que apresentam o mesmo quadro psicopatológico de base, caracterizado por imagem corporal distorcida, medo mórbido de engordar, com desejo persistente de emagrecer e suas conseqüências, comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle

de peso (BILLIET, 1997; CORDÁS, 1998; DALGALARRONDO, 2000; HERSCOVICI & BAY, 1997; MAHAN, 1998; SANTOS et al, 1988; TANNENHAUS, 1994). Já no transtorno do comer compulsivo (TCC) não ocorre fixação por peso e forma corporal (KAPLAN, 1997). Esses transtornos ocorrem como resultado da interação de diversos fatores, tais como: individuais, biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais (CORDÁS, 1993; DUCHESNE, 1995; FLEITLICH, 1997; KAPLAN, 1997; MORGAN & AZEVEDO, 1998a; NUNES & ABUCHAIM, 1998; SANTACRUZ, 1997; SANTOS et al., 1988). Sendo devido a essa multidimensionalidade a necessidade da equipe interdisciplinar na assistência terapêutica, composta de psicólogo, psiquiatra, nutricionista e clínico geral ou endocrinologista.

O fato do quadro psicopatológico de base ser o mesmo está relacionado a evolução de um quadro para outro (SANTOS et al., 1988). Visto que pelo menos 50% das anoréxicas desenvolvem comportamentos bulímicos (SANTACRUZ, 1997).

Anorexia é um termo que deriva do grego e significa falta de apetite (CORDÁS, 1993). Na anorexia nervosa não ocorre uma verdadeira falta de apetite e sim a negação da fome (fome auto-imposta) na busca pela magreza (ABUCHAIM, 1998; GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992; NUNES & ABUCHAIM, 1995; HERSCOVICI, 1997; TANNENHAUS, 1994). Ocorre uma alteração no ato de comer e não da fome (necessidade de comer). Com a negação da fome, gradualmente vai desaparecendo o desejo de comer, apesar de ainda existir a fome. Sendo assim, a fome é regulada pela percepção do tamanho do corpo e não pelos mecanismos fisiológicos (ALIÑO & ENGUIX, 1991).

Esse transtorno psiquiátrico, que altera o comportamento alimentar, caracteriza-se pela perda de peso auto-induzida, negação da fome, restrição alimentar, principalmente dos alimentos considerados “engordantes” e/ou utilização de mecanismos

purgativos/compensatórios (BUCKROYD, 2000; HERSCOVICI, 1997; HERSCOVICI & BAY, 1997).

A anorexia nervosa foi descrita pela primeira vez em 1694 por R. Morton. Na segunda metade do século XIX, praticamente de maneira simultânea, na França (1873) por Ernest-Charles Laségue e na Inglaterra (1874) por Sir William Gull, que denominaram “anorexie hysteque” e anorexia nervosa (pela primeira vez), respectivamente. Entretanto, o primeiro relato de inanição auto-imposta ocorreu entre os anos 700-900 d.C. pela Santa Wilgefortis, que realizou essa prática para não casar-se com o pretendente que seu pai escolhera e servir apenas a Deus. Vale ressaltar que a literatura diverge na semelhança entre anorexia “religiosa” ou “sagrada” e a anorexia nervosa (ABUCHAIM, 1998, HERSCOVICI & BAY, 1997).

Caracteristicamente, as anoréxicas são pacientes em sua maioria do sexo feminino, de raça branca e classe social elevada (MOSCHETTA, 1985, HERSCOVICI & BAY, 1997). Apresentam uma perda de peso voluntária, com uma recusa em manter um peso corporal na faixa normal mínima (<85%) para sexo, idade e altura, através da restrição alimentar e/ou uso de mecanismos purgativos/ compensatórios, estando presente também, o medo intenso de ganhar peso ou tornar-se gorda, uma perturbação significativa na percepção do peso, da forma ou tamanho do corpo e amenorréia por no mínimo três ciclos consecutivos nas mulheres ou perda de interesse sexual nos homens (CID-10, 1993; DSM-IV, 1995; HERSCOVICI, 1997; HERSCOVICI & BAY, 1997).

Suportando o frio e a fome, a anoréxica tem sensação de intenso poder e controle do corpo, o que remete a uma falta de autonomia e controle em outros setores da vida (LAWRENCE, 1991).

Geralmente, tem início com uma dieta, onde à medida que o peso decresce, busca-se sempre um peso menor, estando presente a sensação de estar sempre acima do

peso, mesmo com a sua redução. A insatisfação e distorção da imagem corporal, abstenção de alimentos (principalmente os mais calóricos) com posterior aversão generalizada, omissão das refeições, ritualização, negação da fome e da doença, bem como, o temor de engordar e perder o controle são também características presentes (GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992; HERSCOVICI, 1997; NUNES & ABUCHAIM, 1995; TANNENHAUS, 1994).

Vale salientar que ninguém começa uma dieta objetivando tornar-se anoréxico. O mais freqüente é que inicie com o desejo de emagrecer, mas pode ser desencadeado também por alguma conflitiva familiar. À medida que prossegue a restrição alimentar, sintomas de desnutrição começam a surgir: depressão, insônia, isolamento social, perda de interesse sexual, irritabilidade e mudanças de humor. Também pode ocorrer aumento da preocupação com a comida o que pode levar ao início dos empanturramentos (HERSCOVICI, 1997). Eventos ou circunstâncias significativos na vida, como: perdas, separações, mudanças, fracassos, dor física e etc, são associados ao desencadeamento do quadro com freqüência (ABUCHAIM, 1995; HERSCOVICI, 1997; NUNES 1997). O desenvolvimento do quadro também tende a coincidir com crises do desenvolvimento (HERSCOVICI, 1997). Esses fatores têm em comum, o fato de serem percebidos de duas maneiras: 1. Como uma ameaça a perda de controle; 2. Como ameaça ou perda real da auto-estima (HERSCOVICI & BAY, 1997).

→ em texto

LAWRENCE (1991) em seu livro “A Experiência Anoréxica”, aborda aspectos relacionados a psicologia da mulher e relaciona a AN não como uma doença, mas sim como um sintoma, uma reação à condição feminina. Onde os sintomas expressam os maus tratos sofridos, que podem ser materiais ou emocionais. Além disso, proporciona sentimentos de segurança, poder e controle. Ocorrendo, de modo geral, como uma reação a crises de autonomia, independência e auto-estima. Entretanto, não considera uma

patologia exclusiva do sexo feminino. A mesma pode também afetar homens, uma vez que não existe uma distinção absoluta entre psicologia de homem e mulher.

A bulimia nervosa foi descrita como síndrome por Gerald Russel em 1979 e incluída no DSM-III em 1980. Entretanto, o primeiro relato de comportamento bulímico associado a anorexia nervosa foi observado em 1874 (ABUCHAIM, 1998).

O termo bulimia nervosa, significa “fome de comer um boi”, que deriva de bou (grande quantidade de) ou boul (boi) e limos (fome), cuja manifestação é o ataque de compulsão, empanturramento ou binge (CORDÁS & SEGAL, 1995, HERSCOVICI, 1997).

A bulimia nervosa é caracterizada pelos episódios recorrentes de compulsão periódica e a posterior utilização de mecanismos compensatórios ou de purgação, como: auto-indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejuns ou exercícios físicos excessivos. Como na anorexia nervosa, ocorre uma preocupação exagerada com a forma física e peso corporal (CATALDO et al., 1989; CID-10, 1993; DSM-IV, 1995; HERSCOVICI, 1997; KAPLAN, 1997), bem como, uma auto-avaliação baseada em peso e forma corporal (CORDÁS & SEGAL, 1995).

Nos episódios de compulsão predominam o consumo de alimentos com alta densidade calórica, como sorvetes, bolos, chocolates, mel, leite condensado, biscoitos (os alimentos que costumam ser excluídos da alimentação) e são desencadeados, principalmente, por tensão emocional, após períodos de restrição alimentar (jejuns ou dietas restritivas) e por sentimentos no que diz respeito a alimentos, peso e forma corporal. Esses comportamentos geram sentimentos de culpa e vergonha pela falta de controle e precipitam os mecanismos purgativos e/ou compensatórios, com o objetivo de evitar o ganho de peso (CORDÁS & SEGAL, 1995; DSM- IV, 1995; HERSCOVICI, 1997). Sendo o vômito, um mecanismo que proporciona redução na ansiedade e estando presente em até 95% das pacientes (CORDÁS & SEGAL, 1995).

A bulimia nervosa caracteriza-se pela preocupação persistente com o comer e pelos episódios recorrentes de elevada ingestão de alimento às escondidas, com voracidade e rapidez, que acarretam mal-estar físico e psíquico, com sensação de perda de controle, autodepreciação após as orgias alimentares e o desejo de purgar os alimentos consumidos devido a preocupação com peso, forma física e o medo mórbido de engordar (ALIÑO & ENGUIX, 1991; CORDÁS & SEGAL, 1995; DALGALARRONDO, 2000; GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992; HERSCOVICI, 1997; SANTOS et al., 1988). Esses episódios ocorrem, principalmente à noite e em segredo (SANTACRUZ, 1997) e seguidos de sentimentos de culpa após o consumo dos alimentos, levando a utilização de mecanismos purgativos/compensatórios (BILLIET, 1997; HERSCOVICI, 1997; HERSCOVICI & BAY, 1997; SANTACRUZ, 1997). Os comportamentos inadequados utilizados são: vômitos auto-induzidos, uso abusivo de laxantes e diuréticos, jejuns e exercícios físicos excessivos (DSM-IV, 1995). CORDÁS & SEGAL (1995) citam também como mecanismos para controle de peso, enemas, hormônios tireoidianos, drogas anorexígenas e, ocasionalmente, cocaína. Esses rituais tendem a consumir quantias significativas de tempo e dinheiro, onde as relações sociais dependem da ocorrência dos empanturramentos e de como o peso e a forma corporal são sentidos (HERSCOVICI, 1997).

É importante salientar que, pode ocorrer o “empanturramento subjetivo”, onde o bulímico angustia-se com o consumo de alimentos considerados “proibidos”, mesmo quando ingeridos em pequenas quantidades (HERSCOVICI, 1997).

O início da BN relaciona-se ao controle do peso, que pode estar na faixa de normalidade ou em excesso. A restrição alimentar prolongada acarreta o empanturramento disparado pela fome. Posteriormente, esse mecanismo generaliza-se, e tensões diversas passam a disparar os empanturramentos. Como resposta a pessoa passa a utilizar-se de

diversos métodos purgativos. Os mesmos são seguidos por sentimentos de culpa, vergonha, humilhação e sensação de falta de controle, girando assim, um círculo vicioso. Portanto, a restrição alimentar favorece os episódios de compulsão alimentar (HERSCOVICI, 1997).

A BN costuma ter início, após uma dieta restrita, como uma resposta fisiológica da fome. Posteriormente, esse mecanismo generaliza-se e se instala como resposta a tensões diferentes, tais como: irritação, ansiedade, depressão, aborrecimentos. Desse modo, o alimento passa a ter outras conotações simbólicas (HERSCOVICI, 1997, HERSCOVICI & BAY, 1997).

Na AN ocorre negação da doença (BILLIET, 1997) e recusa em manter o peso corporal na faixa mínima de normalidade, estando abaixo do normal esperado em pelo menos 15% (DALGALARRONDO, 2000). Já na BN existe maior consciência do estado de saúde (BILLIET, 1997), reconhecendo que existe uma anormalidade no comportamento alimentar. Entretanto, tendem a manter sigilo, talvez por vergonha ou culpa. Fato este que, retarda a busca ao tratamento (ZAVACHI, 1988). Quanto ao peso, na bulimia ocorre maior flutuação o que reflete o balanço entre os seus comportamentos compulsivos e as práticas compensatórias/ purgativas (ALIÑO & ENGUIX, 1991, ZAVACHI, 1988).

Em estudo realizado com 26 bulímicas, todas do sexo feminino, com idade média de 24,6 anos (SD 5,2) o índice de massa corporal (IMC) médio foi 22,3 (SD 3,2), 62% apresentavam peso dentro da faixa de normalidade e 14% sobrepeso (FERNANDEZ et al., 1998).

VIVANCO e col. (1984) analisaram 16 pacientes com BN, sendo 15 do sexo feminino. Os autores consideraram como características da amostra estudada, a incapacidade de controle com os alimentos, a preferências pelos doces, grandes oscilações de peso em curto período, sensações de plenitude, flatulência, acidez, regurgitação, dor abdominal, angústia e sensação de culpa. Quanto ao peso, as bulímicas buscam um valor

pré-determinado, sem, entretanto, buscar valores muito baixos, diferente das anoréxicas que desejam valores de peso extremamente baixos.

Anoréxicas são mais imaturas sexualmente (MORANDÉ & CARRERA, 1988), enquanto as bulímicas apresentam uma sexualidade mais preservada, com ou sem a presença de relações sexuais (VIVANCO et al., 1984) podendo chegar a promiscuidade (BILLIET, 1997).

As alterações psicopatológicas gerais são semelhantes entre aqueles com TCC e BN (CARDEAL, 1996).

O TCC foi relatado pela primeira vez na década de 50, por Hamburger, quando este encontrou 8 casos de obesidade associada a hiperfagia, geralmente incontrolável e em especial por doces. A partir daí, foram realizados diversos estudos epidemiológicos (COUTINHO, 1998). Sendo incluída como nova categoria diagnóstica no Apêndice B do DSM-IV (1995).

O TCC caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de comida em curto intervalo de tempo, seguido de sentimento de mal-estar, vergonha e culpa, tanto pela conduta, quanto pelo aumento do peso. Esse quadro é semelhante ao da BN, sendo diferenciado pela inexistência das práticas compensatórias e/ou purgativas (DALGALARRONDO, 2000, HERSCOVICI, 1997). Fato este que favorece sua evolução para um quadro bulímico. O TCC também deve ser diferenciado da obesidade. Visto que o TCC pode ou não apresentar obesidade (aumento de 20% ou mais da gordura corporal) (HERSCOVICI, 1997). A maioria dos pacientes com TCC são obesos, apresentando maior morbidade psiquiátrica e obesidade de maior grau que os obesos sem episódios de comer compulsivo (SPITZER et al, 1992; Apud AZEVEDO et al, 1996). Existe uma associação do TCC com obesidade e história de instabilidade de peso (CARDEAL, 1996). Contudo, nem todo obeso apresenta TCC e nem todo portador de TCC é obeso.

O início do TCC é gradual e disparado por situações de stress, devido a inabilidade de enfrentar as frustrações e dificuldades. Assim, o alimento é usado para acalmar e anestesiar (HERSCOVICI, 1997).

2.2) COMORBIDADES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Pode-se definir comorbidades como a existência de outras doenças ou transtornos concomitantes. Visto que nos transtornos alimentares as comorbidades estão frequentemente associadas, representando implicações clínicas e etiológicas, faz-se necessário conhecê-las para desse modo melhor planejar a abordagem terapêutica. (MELIN, 1998).

Complicações clínicas são freqüentes nestes pacientes e estão associadas com mortalidade. Através de uma análise retrospectiva de prontuários das pacientes hospitalizadas (18 com AN e 2 com BN), sendo 18 mulheres e 2 homens, a repercussão hemodinâmica foi marcante, sendo: 85% (n=17) com hipotensão postural e 45% (n=9) com freqüência cardíaca < 50 bpm. Dos 18 pacientes que realizaram hemograma, 67% (n= 12) apresentaram anemia. A amenorréia esteve presente em 78% (n=14) das mulheres e uma delas estava gestante (3º trimestre). A arritmia cardíaca levou 1 paciente a óbito na 1ª semana de hospitalização (COSTA et al., 1999).

ILABACA (1996) estudando pacientes com TA, observou sintomatologia obsessiva por peso em 59,6% dos casos, amenorréia em 80,7%, distorção da imagem corporal e fobia em ganhar peso em 99%, antecedentes de abuso sexual na infância em 6,7%, sintomas depressivos na primeira consulta em 91%, sendo que 1 paciente suicidou-se durante o período.

Transtorno depressivo maior ou transtorno distímico ocorre em até 50% dos pacientes com AN. Nesses pacientes também ocorre com freqüência a presença de comportamentos obsessivos compulsivos, depressão e ansiedade (KAPLAN, 1997). Segundo FALCETO et al. (1993) os transtornos psiquiátricos mais associados a este quadro são: transtornos afetivos, transtornos de ansiedade e abuso de substância,

principalmente, laxantes e diuréticos. Já na BN são elevadas as taxas de transtornos do humor, transtorno de controle de impulso, transtorno de personalidade, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar I, transtornos dissociativos e história de abuso sexual (KAPLAN, 1997).

O perfil de personalidade difere entre pacientes anoréxicas e bulímicas, sendo mais patológica nas pacientes com bulimia nervosa (LETELIER et al., 1997).

A depressão é o quadro clínico associado em maior frequência (SANTACRUZ, 1997). Segundo MELIN (1998) os mais frequentes são os transtornos do humor, ansiosos, os decorrentes do uso de substâncias e de personalidade. HERSCOVICI & BAY (1997) analisando diversos estudos, apontam a associação da depressão em 20 a 100% dos casos de AN.

FERNANDEZ et al. (1998) encontraram em amostra de 26 pacientes bulímicas a presença de sintomas depressivos de grau moderado a alto em 69% dos casos.

BAGATTINI (1998) em amostra de pacientes com transtornos alimentares, observou a presença de sintomas depressivos em 72%; obsessivos-compulsivos em 79%, condutas borderline em 11% e condutas psicóticas em 2%.

Avaliando 33 pacientes com TA (32 mulheres e 1 homem), sendo 7 com diagnóstico de AN, 14 de BN e 12 de TCC de acordo com critérios diagnósticos do DSM-IV. AZEVEDO et al. (1999) encontraram que 28 pacientes apresentavam sintomas depressivos e 20 sintomas ansiosos associados.

Para YUNES et al. (1993) 50 a 70% das pacientes com AN ou BN apresentam episódios depressivos maiores em algum momento, havendo predomínio dos transtornos de ansiedade (fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo) nas anoréxicas e de transtornos do humor (ânimo), transtornos depressivos e transtornos bipolar tipo 1 nas bulímicas.

Tanto anoréxicas quanto bulímicas apresentaram pontuações elevadas nas escalas de depressão, desvio psicopático, paranóia e esquizofrenia. Na BN os valores também foram elevados para hipocondria, histeria e psicastenia. Esses fatores aumentam o risco de suicídio na BN (LETELIER et al., 1997).

Os transtornos de personalidade e ansiosos também apresentam-se com grande frequência nesses pacientes (MELIN, 1998), fato este que parece associar-se com maior gravidade e pior prognóstico para os TA's (MARSÁ et al., 1999).

Estudo realizado com 72 pacientes com transtornos alimentares observou que a personalidade é heterogênea, estando presente algum tipo de transtorno de personalidade em 61,8% dos casos variando de acordo com a presença de sintomas bulímicos ou exclusivamente restritivos. Sendo mais frequente o transtorno evitativo (25%) e o transtorno obsessivo-compulsivo (20%) entre as anoréxicas restritivas. Entre as anoréxicas do tipo compulsão-periódica é mais comum o transtorno limite (37,7%), seguido do transtorno histriônico (28,6%). Já entre as bulímicas a maior frequência foi do transtorno limite de personalidade (33,3%) e do transtorno dependente (23,8%) (MARSÁ et al., 1998). Tanto anoréxicas quanto bulímicas apresentaram um elevado neuroticismo, elevada evitação do perigo e uma baixa auto-suficiência (carência global de recurso pessoais) (MARSÁ et al., 1998, MARSÁ et al., 1999) Nas formas bulímicas (AN tipo compulsiva/purgativa e BN) ocorre maior associação com personalidade impulsiva, com a presença de traços limites, com elementos dependentes e de instabilidade quando comparadas com as formas restritivas (MARSÁ et al., 1998).

MELIN (1999) realizou um estudo para verificar a associação entre transtornos alimentares e transtornos de personalidade, com 39 pacientes com transtornos alimentares, 39 com depressão maior e 39 controles sem patologia psiquiátrica. O transtorno de personalidade esteve presente em 23 (58,9%) dos pacientes com transtornos alimentares,

em 25 (64,1%) dos que apresentavam depressão maior e em 4 (10,2%) dos controles sem patologia psiquiátrica. Houve pareamento para sexo, idade e estado civil e a presença de transtornos de personalidade foi independente da idade, da idade de início do quadro, do índice de massa corporal, da frequência de “binge” ou purgação e do tempo de evolução.

Dentre as 9 primeiras pacientes atendidas no Centro de Estudos e Tratamentos em Transtornos Alimentares (CETRATA), no Ceará, de acordo com os critérios do DSM-IV(1995), 3 foram diagnosticadas como anorexia nervosa e 6 como apresentando bulimia nervosa. Destas pacientes, todas eram do sexo feminino e apresentavam depressão como comorbidade (SOUZA & SOUTO, 1999).

No acompanhamento terapêutico dos transtornos alimentares é importante observar as comorbidades associadas. Sendo mais frequente a presença de depressão, distímia, transtornos ansiosos, dependência de álcool e drogas, cleptomania, tricotilomania e transtorno obsessivo-compulsivo (CORDÁS, 1999).

A alexitimia também é comum em anoréxicas (BILLIET, 1997).

Em estudo realizado com 20 pacientes que apresentavam diagnóstico de bulimia nervosa, 14 com anorexia nervosa e 30 controles saudáveis para avaliar a presença de alexitimia (dificuldade de expressar afeto). Os resultados encontrados mostram que metade das pacientes com transtornos alimentares apresentaram alexitimia enquanto apenas 2 (0,07%) do controle foram diagnosticadas, o que leva a diferenças estatisticamente significantes. Um outro dado importante é que quando avaliadas na escala de depressão de Beck, das 17 pacientes alexitímicas, 15 delas apresentavam depressão, enquanto nas pacientes sem alexitimia, apenas 5 apresentavam depressão, também revelando uma diferença estatística significativa. Vale ressaltar que não foram encontradas diferenças acerca da presença de alexitimia entre AN e BN (ILABACA & LETELIER, 1997).

No TCC ocorre maior comorbidade psiquiátrica, principalmente de transtornos afetivos (depressão, distímia), transtornos de personalidade “borderline”, evitativo e histriônico quando comparados com controles sem TCC (CARDEAL, 1996).

A autodestrutividade, o sofrimento psíquico e o risco de vida são marcantes. Entretanto, devem ser vistos como consequência dos TA's e não como objetivo (HERSCOVICI, 1997). Estas mulheres com TA's estabelecem uma relação paradoxal, que apesar do risco eminente de vida e no seu caminho em direção a morte, buscam a vida (ROBELL, 1997).

2.3) ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Na últimas décadas, tem-se discutido aumento do número de casos de TA's (BILLIET, 1997, CORDÁS, 1998). Vale salientar que, de modo geral, a busca de tratamento ocorre particularmente para os casos mais graves (PEDRO et al., 1990). Em jovens de 15 a 24 anos, de cada cem mil, 30 a 40 sofrem a cada ano de AN (YUNES et al., 1993). Entre adolescentes, nos EUA, a 3ª doença mais comum é a anorexia nervosa, e a bulimia nervosa já é considerada como um “problema de saúde pública” (SLADE, 1995 Apud ALVARENGA, 1997). Além da magnitude, esses quadros têm um impacto em diversos setores da vida das portadoras.

Pelo menos 90% dos casos de anorexia e bulimia nervosas ocorrem em mulheres (DALGALARRONDO, 2000; HERSCOVICI, 1997; SANTACRUZ, 1997). Os critérios diagnósticos são os mesmos para ambos os sexos. Quanto a AN, o traço da amenorréia (falta da menstruação) que ocorre nas mulheres, é caracterizado nos homens pela perda do interesse sexual e/ou impotência (HERSCOVICI, 1997).

AN e BN predominam em mulheres adolescentes e adultas jovens, brancas e de classe sócio-econômica média e alta (SANTACRUZ, 1997, SANTOS et al., 1988), sendo mais comum em países desenvolvidos (KAPLAN, 1997). Entretanto, os casos em classes sociais de rendas mais baixas tem aumentado (MORANDÉ & CARRERA, 1988). Vale ressaltar que a escassez do diagnóstico (Colômbia) por não reconhecimento como enfermidade por parte dos médicos (ANGEL & VASQUEZ, 1995), pode representar uma subnotificação da doença e tratamentos inadequados. ANDERSEN (1985) Apud HERSCOVICI & BAY (1997) apontam que em adolescentes de 14 a 20 anos, a AN ocorre em 7%; a BN em 5-19% e AN leve ou subclínica em 5%.

COTRUFO et al. (1998), aplicaram EDE- 2 e GHQ- 28 em 919 estudantes mulheres de 13 a 19 anos, no sul da Itália. Foram identificadas como um grupo de risco para TA, 281 (30,58%) mulheres. Estas, passaram por uma entrevista psiquiátrica. Os autores acharam que 2 (0,2%) apresentavam AN, 21 (2,3%) BN, 2 (0,2%) TCC e 133 (14,5%) síndromes parcial e casos subclínicos de TA (TANE). Este grupo está sendo seguido atualmente.

AN é 10 a 20 vezes mais freqüente em mulheres, ocorrendo geralmente entre os 10 e 30 anos, sendo que 85% dos casos têm início entre 13 e 20 anos (KAPLAN, 1997). Alguns autores questionam a presença desse quadro no sexo masculino. Apesar disso, a presença dessa síndrome é inquestionável e bem definida em ambos os sexos (ASTUDILLO & McCOLL, 1992).

RODRIGO et al. (1990) realizaram um estudo em 27 pacientes com diagnóstico de AN. Desses, 4 (14,81%) eram homens e os demais (n=23; 85,1%) do sexo feminino. Quanto ao nível sócio-econômico, foram encontrados no nível médio-baixo 16 pacientes (59,2%), nível médio-alto 10 pacientes (37%), nível alto 1 paciente (3,7%) e nenhuma no nível baixo. Um aspecto importante é que apenas 1 paciente apresentava antecedente pessoal de obesidade pré mórbida e uma outra paciente de sobrepeso. Além disso não foi encontrado antecedentes pessoais de um outro transtorno psiquiátrico além do TA.

Em estudo clínico-epidemiológico foram comparados 10 homens com 53 mulheres que apresentavam diagnóstico de AN. Com relação a idade a mesma foi similar, variando de 12 a 38 anos (média: 20,9 anos) nas mulheres e de 14 a 26 anos (média: 19,9 anos) nos homens. Com relação ao estado civil, em ambos os grupos houve predomínio dos solteiros, sendo 100% nos homens e 94,34% nas mulheres. No tocante ao lugar de residência, 81,1% das mulheres e 60% dos homens residiam em zona urbana, esta diferença não foi

significativa. O nível de escolaridade, idade do início do quadro e tempo médio de duração da enfermidade também foi similar nos dois grupo (PEDRO et al., 1990).

A BN também é mais freqüente em mulheres, com início mais tardio, principalmente na adolescência e idade adulta jovem. Sendo relatado que cerca de 40% das universitárias apresentam episódios isolados de BN (KAPLAN, 1997).

Segundo MORANDÉ & CARRERA (1988) as consultas para AN aumentaram a partir de 1980 e para BN após 5 anos, ocorrendo principalmente em mulheres, na proporção de 9:1. Dos casos atendidos, mais de 50% apresentavam anorexia nervosa tipo restritiva, 32% anorexia nervosa tipo bulímico e 7% de bulimia nervosa sem história prévia de anorexia.

Entre as pacientes atendidas na Fundação Universitária Mário Martins- Porto Alegre (RS), 50% apresentavam BN, 20% AN e 30% TANE (ABUCHAIM, 1999).

O primeiro estudo de base populacional da América Latina, realizado na Universidade Federal de Pelotas por NUNES (1997), revelou que 40% das mulheres de 12 a 29 anos da zona urbana de Porto Alegre (RS) desejavam pesar menos e 38% se achavam gordas. Entretanto, apenas um terço das que se achavam gordas tinham índice de massa corporal (IMC) compatível com sobrepeso/obesidade. Além disso, nessas mulheres que se achavam gordas, o risco de comportamentos anormais era quatro vezes maior, mesmo com ajustes das variáveis socio-econômicas, demográficas e de IMC. De acordo com o EAT-26, escores sugestivos de comportamentos alimentares anormais foram encontrados em 16,6% (n=85) das mulheres, já através da escala de sintomas do BITE, um padrão alimentar não usual ocorreu em 30,4% (n=156) e em 3,3% (n=17) um padrão alimentar severamente perturbado e presença de comer compulsivo. Quanto a escala de severidade do BITE, 20,2% (n=35) das mulheres apresentaram grau moderado e grave para severidade dos episódios de comer compulsivo e dos comportamentos inadequados de controle de

peso. A autora relata que através de uma análise conjunta dos dois instrumentos, 58,5% não apresentou comportamento alimentar anormal, 30,2% apresentou comportamento alimentar de risco e 11,3% anormal.

Em sua dissertação de mestrado, ALVARENGA (1997) analisou registros das pacientes que foram atendidas no AMBULIM (Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares) que pertence ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi utilizado o universo de pacientes atendidos no AMBULIM no período de junho de 1992 a dezembro de 1995, com ficha no arquivo do serviço, totalizando 130 fichas. As mesmas foram caracterizadas quanto ao perfil demográfico e sintomatológico. Também foi descrito o comportamento alimentar de uma amostra de 30 pacientes que eram acompanhadas no grupo de educação nutricional para Bulimia Nervosa no ano de 1996. Esta análise foi feita através do diário alimentar das duas primeiras semanas de cada uma das 30 pacientes que acompanharam o grupo com maior frequência.

Das 130 pacientes, 3 (2,3%) eram do sexo masculino e 127 (97,7%) do sexo feminino. A idade no início do tratamento variou de 16 a 69 anos. Sendo distribuído da seguinte maneira: < 20 anos (n=30- 23,1%); 21-30 anos (n=53- 40,6%); 31-40 anos (n=32- 24,6%) e >41 anos (n=15- 11,5%). Quanto ao grau de instrução, n=69 (54,3%) tinham nível superior (completo ou incompleto); n=47 (37%) nível secundário e n=11 (8,7%) 1º grau (completo ou incompleto). O estado civil da maioria foi solteiros n=82 (63,1%), seguidos dos casados n=36 (27,7%) e separados n=12 (9,2%). Outro dado relevante é que, n=19 (14,6%) trabalhavam em atividades relacionadas à manutenção de peso e/ou necessidade visual estética devido padrões pré-estabelecidos, tais como: nutricionistas, professores de educação física, modelos, dançarinas e outras. O IMC apresentado foi abaixo do normal em 28 (23,0%); normal em 48 (39,3%); o sobrepeso ocorreu em 22

(18,0%); obesidade em 17 (13,9%) e obesidade mórbida em 7 (5,7%) das pacientes analisadas. Na observação quanto ao uso de medicamento, 93 (76,9%) referiram uso de moderador de apetite (atual ou anterior); 83 (68%) de laxantes; 78 (66,1%) de fórmulas para emagrecer; 60 (49,6%) diurético e 42 (35,3%) de hormônios. Sendo o vômito auto-induzido o mecanismo referido por 87 (69,6%) da amostra, destas, 54,8% referiram o mecanismo após o consumo de grande quantidade de comida e 45,2% referiram a prática mesmo sem o consumo de grande quantidade. O episódio bulímico esteve presente em 115 (87,1%) das pacientes, sendo o horário mais freqüente dos episódios os seguintes: fim da tarde (46%); começo da noite (47,8%) e fim da noite (41,6%). (A mesma paciente pode ter referido episódios em diferentes horários do dia). A média de idade para o início da dieta foi de 16,79 anos (DP 5,61), começando mais cedo entre aqueles com profissão relacionada à manutenção de peso (média 14,93 anos). A maioria das pacientes atendidas apresentaram diagnóstico de BN (78,8%).

A segunda etapa do estudo foi a análise do diário alimentar de 30 pacientes diagnosticadas com BN e acompanhadas em 1996. Destas, 19 (63,3%) tiveram episódio seguido de vômitos e 11 (36,7%) não tiveram episódio seguido de vômitos nas semanas analisadas no estudo. Esse dado é relevante, visto que durante esses episódios é difícil mensurar a quantidade de comida ingerida e absorvida. Da análise dos diários alimentares selecionados, encontrou-se que o número de refeições variou de 2 a 9 refeições / dia, sendo entre pacientes com vômito, a maior freqüência de 5 refeições/dia (36,8%) e, para pacientes sem vômito de 4 refeições/dia (54,5%). Foi observado que as pacientes “emendam” um episódio bulímico em uma refeição principal. Assim, tem-se alimentos como arroz (63,16%) e carne (57,89%) entre os mais consumidos. Alimentos como: bolachas (73,68%), bolos e tortas (73,68%), sorvetes (42,10%), massas (42,10%) e chocolates (36,84%) foram também muito freqüentes. Refrigerantes e leite apareceram,

também, em grande número de episódios, 57,89% e 63,16% respectivamente. O grande consumo de líquido ocorre devido a intenção de “encher” o estômago para facilitar a indução do vômito. Ocorreu variabilidade dos padrões dietéticos. Entre as pacientes com vômito (n= 19), 73,7% (n=14) apresentaram padrão regular de refeições, já das pacientes sem vômito auto-induzido (n=11) todas tiveram absoluta regularidade nas refeições. Esta regularidade foi definida de acordo com a presença de três refeições principais (café, almoço e jantar) com a presença ou não de lanches intermediários. Sendo assim, a maioria das pacientes analisadas (n=25) tiveram regularidade das refeições principais (café-da-manhã, almoço, e jantar). Vale ressaltar que, algumas destas refeições foram parte de um episódio bulímico. Quanto ao intervalo, as irregularidades foram frequentes, ocorrendo uma grande quantidade e variedade de alimentos distribuída entre as refeições, principalmente de alimentos de alto valor calórico. No grupo de pacientes que apresentavam vômito, a média de ingestão calórica foi de 2.805,07 Kcal (DP 2194,35) e no grupo que não apresentava vômito 2.410,48 Kcal (DP 2.291,49), resultando em média de 2.202,18 Kcal (DP 1.920,92) para a população total estudada. No grupo de pacientes com vômito, o maior valor calórico total / dia (VCT) encontrado foi de 15.199,78 Kcal e o menor VCT / dia foi de 222,50 Kcal. Essa variação nos resultados reforçam o ciclo “dieta ⇒ episódio ⇒ purgação”. É comum a insistência das pacientes em começar uma “nova dieta”. Isto leva as pacientes a frequentemente, consumirem quantidades extremamente pequenas de alimentos (restringindo também em relação a qualidade - “alimentos proibidos”). Este comportamento desencadeia um episódio do comer compulsivo, onde o VCT é extremamente elevado e ocorre o consumo dos alimentos considerados “proibidos” na dieta. Durante os episódios bulímicos o VCT consumido varia de 100 a 19000 Kcal, sendo o VCT médio encontrado para os episódios bulímicos de 1331,43 Kcal.

Quanto ao TCC, em estudo multicêntricos encontrou-se uma prevalência desses quadros em 2% entre indivíduos da comunidade, 30,1% dos pacientes em programas de tratamento de obesidade e 71,2% dos filiados ao comedores compulsivos anônimos (SPITZER et al., 1992, Apud CARDEAL, 1996). A proporção entre homens e mulheres é de 2:1 (NEVES, 1999). APPOLINARIO et al. (1995a) citam estudos onde SPITZER et al. avaliaram a presença de TCC de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV. No primeiro estudo, em 1992, o TCC foi encontrado em 30% das pessoas que procuram programas de emagrecimento e em 2% da população geral. No estudo realizado no ano seguinte, encontraram em 29,9% da população que busca programas de emagrecimento, 4,6% da comunidade e 2,6% em amostra de alunos secundaristas.

APPOLINARIO et al. (1995b) em estudo preliminar, analisaram 22 pacientes que buscaram tratamento para emagrecimento em consultório médico endocrinológico. Os autores examinaram através de uma anamnese clínica não-estruturada e da aplicação do BITE. Os resultados apontaram que 10 pacientes apresentaram na escala de sintomas do BITE pontuações elevadas (acima de 15) e destes, 6 pacientes (27,27%) preenchem critérios diagnósticos para transtorno do comer compulsivo. Quanto ao índice de massa corporal (IMC), 4 estavam entre 20-25 (faixa de peso saudável), 9 entre 25-30, 6 entre 30-40 e 3 acima de 40. Sendo entre os indivíduos de maior peso (IMC > 30), onde encontraram maior número de pacientes com escores elevados na escala de sintomas do BITE. Portanto, a gravidade dos ataques foi maior, à medida que o grau de obesidade (avaliado pelo IMC) aumentava.

BORGES (1999) realizou um estudo em grupos de auto-ajuda para o transtorno da compulsão alimentar em São Paulo, com 217 mulheres. Destas, 89% eram de raça branca, 87% tinham segundo grau completo e a idade média era de 35,9 anos. Na amostra analisada, 23% apresentava compulsão alimentar, 16% transtorno da compulsão alimentar

periódica, 4% BN. Ocorrendo distribuição igual entre raça, escolaridade e classe social. Vale salientar que foi igual a distribuição entre raça, escolaridade e classe social e que 56,3% passaram metade do tempo da vida adulta em dietas. No estudo de APPOLINARIO et al. (1995b) 63,6%, dos entrevistados referiram já ter tentado, sem sucesso, diversos tipos de tratamento para emagrecimento.

ASTUDILLO et al. (1996b) aplicaram o EAT-40 para investigação de transtornos alimentares em 239 estudantes (90 mulheres e 149 homens) do curso de medicina da Universidade de Valparaíso (Chile). Os resultados apontaram que 5,86% do total da amostra e 12,2% das estudantes do sexo feminino apresentavam comportamentos alimentares considerados patológicos.

Sendo este um primeiro estudo aproximando a questão dos transtornos alimentares nesta população, os autores sugerem que outras investigações entre estudantes universitário de medicina sejam realizados, afim de que a intervenção possa ocorrer ainda em casos subclínicos na escala primária e/ou secundária. Fato este que favoreceria a diminuição dos impactos fisiológicos, psicológicos e sociais, como os quadros da investigação realizada (ASTUDILLO et al., 1996b).

Em estudo realizado, das 90 pacientes atendidas nos serviços de endocrinologia e psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade do Chile, entre os anos de 1990 e 1995, 42 (46,7%) apresentavam AN, 25 (27,8%) BN e 23 (25,5%) transtornos mistos (AN/BN). Sendo 84 (93,33%) mulheres e 6 (6,66%) homens. Destes 25,3% eram de classes sócio-econômica alta, 68,4% média e 6,3% baixa. Quanto ao estado civil, 91,1% eram solteiras e 8,9% casadas. Em relação à escolaridade, 54,7% eram estudantes do ensino médio, ou já haviam completado, 44,2% eram estudantes universitárias ou profissionais de nível universitário e 1,1% estudantes do ensino básico (ILABACA, 1996).

Dos 78 pacientes atendidos no Ambulatório de Distúrbios da Conduta Alimentar e do Peso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP no período de 1982 a 1997, 47 pacientes (69%) apresentaram anorexia nervosa do subtipo restritivo, 17 (25%) anorexia nervosa do tipo compulsivo/purgativo ou bulímico e 4 (6%) bulimia nervosa. Destes, 64 (82,05%) eram do sexo feminino, onde 9 (14%) não apresentaram menarca até a primeira consulta e daquelas em idade fértil (n=55), 40 (72,7%) apresentavam por mais de três ciclos quadro de amenorréia (RIBEIRO et al., 1998).

Em estudo epidemiológico com estudantes de 1^o e 2^o graus de escolas públicas de Belo Horizonte-MG, foram analisados 1807 estudantes (920 sexo feminino e 887 sexo masculino), com idade de 6 a 19 anos. Quando analisaram pelo BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edinburg) os autores encontraram na escala de severidade, pontuação igual ao critério de “significância clínica” em 188 (10,4%) e na escala de “sintomas” 296 (16,3%) estudantes que apresentavam hábitos alimentares incomuns. Analisadas as duas subescalas em conjunto, 15 (0,8%) estudantes apresentavam provável diagnóstico de BN (VILELA et al., 1999b). Quando avaliadas pelo EAT-26 (Teste de Atitudes Alimentares) os resultados apontaram que 241 (13,3%) apresentavam critérios de possível diagnóstico de AN ou quadro subclínico de TA. Ocorreu predominantemente no sexo feminino, com 145 (60,2%) dos casos e 43 (30%) das meninas não apresentavam ciclos menstruais regulares (VILELA et al., 1999c). Vale ressaltar que 27% dos alunos entrevistados fazem ou já fizeram algum tipo de dieta, 32% gostariam de ter um peso menor do que o que apresentam (VILELA et al., 1999a) e das 241 meninas que apresentam um provável quadro de AN ou de forma subclínica, 22 (9,1%) já fizeram uso de laxante, diurético e/ou vômitos auto-induzidos como práticas auxiliares na redução de peso (VILELA et al., 1999c).

Essas patologias apresentam elevadas taxas de morbimortalidade, sendo a continuidade do tratamento uma das dificuldades.

Cerca de 30% terminam com um quadro crônico, sendo o prognóstico da BN melhor que o da AN (SANTACRUZ, 1997).

A mortalidade ocorre devido as complicações médicas, variando de 5 a 17% (SANTACRUZ, 1997). Segundo YUNES et al. (1993) e HERSCOVICI (1997) cerca de 10% morrem, principalmente por suicídio, desnutrição severa e desequilíbrio hidroeletrolítico. Para RIBEIRO et al. (1998), a taxa de abandono foi elevada, chegando a 57,3% (n=39) e de óbito de 2,9% (n=2).

Em estudo realizado com 2000 estudantes do sexo feminino, 25% estava preocupada com o peso aos 12 anos e 60% aos 18 anos (CRISP, 1984; Apud GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992). Esta preocupação com peso favorece a prática de dietas e do uso de mecanismos purgativos/ compensatórios, que conseqüentemente favorece o desencadeamento de um quadro de transtorno alimentar.

A obesidade é considerada atualmente uma questão de saúde pública, independente do grau de desenvolvimento do país (CARDEAL, 1996), visto que aumentou na ordem de 30% tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (DALGALARRONDO, 2000). Em estudo transversal na cidade de Curitiba com 3.346 indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos, 52,5% da amostra apresentou IMC acima dos parâmetros de normalidade considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (HEYDE et al., 1999).

Cerca de 70% dos usuários do Serviço de Nutrição da Unidade Básica de Saúde (Niterói- RJ) apresentam sobrepeso (PACHECO et al., 1999). Entre adolescentes do ensino fundamental, 7,3% apresentam baixo peso, 10,4% risco de sobrepeso e 6,6% obesidade, não apresentando diferenças entre os sexos (ENGSTROM et al., 1999).

Como a obesidade representa um risco para o desenvolvimento com práticas dietantes, que por sua vez, estão relacionadas à gênese dos transtornos alimentares, esse aspecto precisa ser analisado, afim de que as orientações dietéticas considerem esses fatores nas prescrições.

2.4) FATORES DE RISCO

Embora a literatura registre casos de transtornos alimentares antes da magreza ser considerada como uma vantagem social (GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992, SANTACRUZ, 1997), as profissões ligadas a esbeltez, como bailarinas, jockeys, ginastas e modelos, apresentam riscos mais elevados (ALVARENGA, 1997; GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992; HERSCOVICI, 1997; HERSCOVICI & BAY, 1997; SANTACRUZ, 1997). As estudantes de medicina também são consideradas um grupo mais vulnerável (HERSCOVICI, 1997).

O panorama sócio-cultural ocidental de extrema valorização da magreza, com a pressão para o emagrecimento interagindo com outros fatores biológicos, psicológicos e familiares geram uma preocupação com o corpo e um pavor de engordar patológico, levando a uma associação com o desenvolvimento de AN e BN. Essa pressão ocorre principalmente com as mulheres, para quem a aparência física é relacionada a um valor pessoal e associada com sucesso profissional, autonomia financeira e independência (MORGAN & AZEVEDO, 1998b).

Para BROWNEL (1991) Apud MORGAN & AZEVEDO (1998b) na busca do corpo idealizado existem crenças falsas. Uma delas é de que o corpo é “infinitamente maleável”, negando-se aspectos biológicos e genéticos do biótipo e as singularidades do corpo. A segunda é de que os que atingem uma forma corporal padronizada alcançam tudo que almejam, do sucesso profissional aos relacionamentos sociais e amorosos. Paralelo a isso proliferam-se as dietas, as academias e aparelhos de ginástica, as indústrias de estética e cosmética e as técnicas cirúrgicas onde a mídia corrobora com a idéia de que depende apenas do esforço pessoal para se alcançar a boa forma física (HOLLIS, 1996; MORGAN & AZEVEDO, 1998b).

A mídia divulga e propaga padrões ideais de beleza e corpo (FIELD et al., 1999; MORGAN & AZEVEDO, 1998a, OGDEN, 1993).

O risco é maior em adolescentes e adultos jovens (ASTUDILLO et al., 1996b), visto que o início dos TA's em geral ocorrem entre 12 e 25 anos de idade. Ocorrendo antes dos 18 anos em 83,3% dos casos e 52% antes dos 15 anos (ILABACA, 1996), com picos de aparição da AN aos 14 e 18 anos (HERSCOVICI, 1997). Vale ressaltar que o início da BN, em sua maioria é mais tardio que o da AN (KAPLAN, 1997).

História de depressão, alcoolismo, obesidade ou anorexia nervosa na família pode aumentar o risco para desenvolvimento de transtornos alimentares (GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992).

FISCHER et al. (1996) investigaram 1944 estudantes suíços de ambos os sexos com idade de 14 a 19 anos. Para avaliação do peso usaram as categorias baseadas no IMC e para os comportamentos alimentares, o EAT- 26. Os estudantes foram distribuídos de acordo com idade, sexo, estado sócio- econômico. Os resultados apontam uma relação inversa entre IMC e estados sócio- econômicos. Quanto a estado sócio- econômico e escores de EAT, estes são inversamente associados. Considerando as três categorias de risco do EAT, os autores encontraram: baixo risco (EAT: 10-19) em 14,1% das mulheres e 5,5% dos homens e alto risco (EAT: ≥ 20) em 8,3% das mulheres e 1,5% dos homens.

História de obesidade pré-mórbida pode aumentar o risco, principalmente para bulimia nervosa. Outras doenças clínicas podem também relacionar-se com desencadeamento e/ou manutenção dos transtornos alimentares (RODIN, 1986; Apud GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992).

Antecedentes familiares de TA são fatores de risco e entornos familiares que valorizam enfaticamente o aspecto físico também favorecem esses quadros (HERSCOVICI, 1997). A taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos é de 50%, já

entre gêmeos dizigóticos e de irmão não-gêmeos é de 10% (HOLLAND, 1984; Apud GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992).

Como fatores predisponentes individuais podem ser citados: senso de desamparo, medo de perder o controle, auto-estima dependente da opinião dos outros e pensamentos tudo ou nada (GARFINKEL & GARNER, 1982; Apud GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992).

Antecedentes de agressão e abuso sexual são mais freqüentes em pacientes bulímicas sem história de anorexia (MORANDÉ & CARRERA, 1988). SOMENZI et al. (1996) através da revisão de literatura e discussão de um caso clínico de BN, relaciona a possibilidade de associação dos sintomas bulímicos com o abuso sexual na infância. Embora não seja possível afirmar que o abuso sexual teve um papel importante para o desencadeamento do quadro, contribui para o agravamento do mesmo. HERSCOVICI (1997) cita VANDERLINDEN & VANDEREYCKEN (1993) onde o abuso físico e sexual infantil relaciona-se ao aumento do risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e crises psicológicas na idade adulta, incluindo os TA's. Entretanto, não apresentaram uma relação causal linear.

Dos 35 pacientes atendidos por ANGEL & VASQUEZ (1995), 22,9% apresentavam AN; 17,1% BN e 60% TANE, sendo 33 mulheres e 2 homens; 88% solteiras e 12% casadas. Os autores encontraram como fatores de risco para TA, a obesidade familiar em 65,7%, alterações da auto-imagem em 43%, antecedentes de depressão em 40%, ruptura afetiva em 14%, conduta sexual e desenvolvimento sexual em 8,6% e dificuldades acadêmicas em 3%.

FONSECA et al. (1998) realizaram um estudo transversal com 391 alunos (183 homens e 208 mulheres) de 15 a 17 anos em um escola privada do município de Niterói-RJ, freqüentada por adolescentes de classe média. Foi encontrada uma prevalência de

sobrepeso de 23,9% para meninos e 7,2% para meninas. Apesar disso, a frequência da prática de dietas foi de 62,4% em meninas com sobrepeso e de 9% para meninos com sobrepeso. Portanto 7 vezes mais freqüente nas meninas com sobrepeso. Vale salientar que, mesmo entre meninas com peso normal, essa prática esteve presente em 24,3%. A omissão de refeições foi uma prática comum entre os com sobrepeso, apresentada por 13,6% dos meninos e 18,7% das meninas com esse quadro.

Em estudo realizado por ASTUDILLO (1998), a conduta dietante em busca de um corpo magro, com intenso controle alimentar e restrição alimentar severa, é o fator mais significativo e altamente sensível no tocante a capacidade de precidir e confirmar um quadro de anorexia e/ou bulimia nervosas. Outro aspecto significativo é a alta motivação para alcançar uma magreza além da esperada. Existindo uma discrepância entre o peso real e o idealizado (MORGAN & AZEVEDO, 1998b).

A prática de dietas representa um risco para o desenvolvimento de TA até 8 vezes maior (PATON, 1992, Apud MORGAN & AZEVEDO, 1998b), portanto esta conduta não deve ser estimulada indiscriminadamente (HERSCOVICI, 1997), sendo a luta contra a obesidade o início do quadro bulímico para muitas mulheres (HERSCOVICI & BAY, 1997).

Comparando um grupo com TA e outro controle sem TA, cada um com 20 sujeitos, observou-se que no 1º grupo a superproteção materna na infância e a ansiedade na separação apresentou-se com índices elevados (RHODES & KROGER, 1992, Apud FLEITLICH, 1997), o que pode estar associado ao risco de desenvolvimento dos TA's.

FAIRBURN et al. (1999) realizaram um estudo de caso controle com 67 mulheres com anorexia nervosa (AN), 204 controles sadias, 102 com transtorno psiquiátrico geral (TPG) e 102 com bulimia nervosa (BN), analisando diversos fatores de risco. Os autores observaram que perfeccionismo pré-mórbido e auto-avaliação negativa são comuns em

ambos os grupos com transtornos alimentares e maiores que nos controles com transtorno psiquiátrico geral. Quanto à história de obesidade e de transtorno psiquiátrico nos pais, os sujeitos com BN foram mais expostos que os do grupo com AN. Além disso, o grupo com BN também foi mais exposto à prática de dietas, à presença de obesidade na infância e nos pais e a comentários familiares negativos a cerca de comida, aparência ou peso que o grupo com AN.

Em outro estudo com caso-controle, comparando 70 mulheres com anorexia nervosa e 98 de uma amostra aleatória, os autores observaram nas primeiras elevadas taxas de depressão maior, dependência de álcool, ansiedade e traços perfeccionistas na fase aguda. A evolução das pacientes para um quadro de bulimia nervosa foi observado na maioria dos casos, aspecto este delicado, uma vez que o comportamento bulímico tem um caráter mais secreto, podendo manter-se de maneira menos evidente (SULLIVAN et al., 1998).

Analisando fatores de risco para BN, FAIRBURN et al. (1997) realizaram um estudo de caso-controle com duas comparações integradas. Primeiro comparando 102 com bulimia nervosa (BN) com 204 controles sadios sem transtorno alimentar (S) e o segundo, os mesmos 102 com bulimia nervosa com 102 sujeitos com transtorno psiquiátrico geral (TPG). Nos resultados encontrados, o grupo com bulimia nervosa diferiam na exposição à maioria dos fatores de risco quando comparados com controles sadios. O grupo BN e TPG diferiam pouco na exposição. Entretanto, o grupo BN foi mais exposto a auto-avaliação negativa, alcoolismo dos pais, pouco contato com os pais, elevada cobrança pelos pais, críticas familiares em relação à aparência, obesidade na infância e nos pais, transtornos psiquiátricos paternos e abuso sexual. Os achados sugerem que BN resulta da exposição a fatores de risco que predispõem TPG associado ao risco mais elevado a realização de dietas.

Para o transtorno da compulsão periódica, FAIRBURN et al. (1998), em estudo de caso-controle, compararam 52 mulheres com o transtorno da compulsão periódica (TCP), 104 sem transtorno alimentar (S), 102 com transtorno psiquiátrico geral (TPG) e 102 com bulimia nervosa (BN). Quando comparadas ao grupo S, aquelas com TCP apresentaram auto-avaliação mais negativa, depressão dos pais, depressão maior, problemas de conduta, auto-agressão, mais crítica e cobrança dos pais, pouco afeto, superproteção ou descaso materno, críticas familiares e implicância acerca da aparência. Já em relação ao grupo com TPG, aqueles com TCP foram mais expostos a fraco contato com os pais, críticas familiares à aparência e obesidade infantil. Quanto ao risco de obesidade na infância e nos pais foi mais comum nos sujeitos com BN, mas as diferenças são menos notáveis. Para os autores o TCC, parece estar associado a fatores predisponentes a transtorno psiquiátrico e obesidade.

A estreita relação entre TCC e dietas foi apontada por NEWMARK- SZTAINER e cols (1995) Apud COUTINHO (1998). Os autores demonstraram que em práticas de dietas ocorriam maior tendência para o comer compulsivo (23,6%) quando comparado com quem não estava em dieta (16,8%). Assim, a reeducação alimentar e modificações comportamentais são opções para o tratamento da obesidade a longo prazo, visto que, dietas hipocalóricas (400 a 800 calorias) apesar de proporcionarem perda de peso rápido, não educam o paciente quanto a seleção de alimentos e planejamento alimentar, além de poderem ocasionar complicações, como: fadiga, hipertensão, ortostática, tonturas, hiperuricemia, hipopotassemia e maior risco de desenvolvimento de esteatose hepática (ARAUJO, 2000) e o desenvolvimento de quadros de transtornos alimentares (NEWMARK- SZTAINER e cols, 1995 Apud COUTINHO, 1998).

Tendo em vista a complexidade e a multicausalidade desses quadros, iremos resgatar os diversos aspectos relacionados a gênese dos mesmos.

2.5) ASPECTOS ETIOPATOGÊNICOS

“Las patologías psíquicas preexistentes así como las características de su grupo familiar, darán las singularidades a cada paciente y marcarán la evolución.”

CRISTINA M. de BAGATTINI, 1998, p. 02.

A gênese dos transtornos alimentares baseia-se na interação de diversos aspectos. Estando relacionados a fatores: biológicos e individuais; nutricionais; socioculturais, psicológicos e familiares (BUCKROYD, 2000; CORDÁS, 1993; CORDÁS et al., 1998; HERSCOVICI, 1997; HERSCOVICI & BAY, 1997; NUNES & ABUCHAIM, 1998; TANNENHAUS, 1994). Iremos abordar sucintamente cada um desses fatores que atuam na etiopatogenia dos quadros.

2.5.1) Aspectos biológicos e individuais

No nascimento ocorre a separação biológica entre a mãe e a criança. A disponibilidade da mãe para a criança depende desde como tenha sido sua infância e sua relação com seus pais até a sua relação com o pai da criança, situação sócio- econômica e cultural familiar, valores sociais referentes ao papel materno, etc (CUKIER, 1998). O vínculo mãe- filho estabelecido é importante no desenvolvimento do psiquismo infantil, sendo o primeiro ano crucial na estruturação da personalidade. Uma díade mãe- filho suficientemente boa favorece o crescimento corporal e o desenvolvimento emocional da criança (NÓBREGA & CAMPOS, 1996), que depende destas ligações nos primeiros anos de vida, devido sua imaturidade e vulnerabilidade (VICENTE, 1998). Vale salientar que, a representação materna é associada ao alimento (NÓBREGA & CAMPOS, 1996).

O início da adolescência é um período de busca de identidade, sendo a preocupação centrada no corpo e na aparência física (AXELRUD et al., 1999). Ocorrem alterações de personalidade e transformações biológicas, entre elas a forma corporal. Assim, ocorre a necessidade de readaptar-se à imagem corporal, que altera-se com as mudanças físicas próprias desse período. A construção dessa imagem corporal, pode alterar-se, tornando-se patológica e representando um risco para o desenvolvimento de um quadro de transtorno alimentar (FLEITLICH, 1997).

Para o autor, “*A imagem corporal é conceituada como o modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal*” (FLEITLICH, 1997, p. 56), sendo a insatisfação corporal em meninas, um risco para início de uma conduta dietante e de práticas inadequadas de controle de peso (FLEITLICH, 1997).

Segundo ALIÑO & ENGUIX (1991) as tensões e conflitos típicos da puberdade e adolescência estão relacionados com o desencadeamento desses quadros. HERSCOVICI (1997) também relaciona o início dos quadros aos momentos de transição e conflitos. Já LAWRENCE (1991) relaciona a AN com aspectos relacionados a autonomia, independência e auto-estima, sendo o quadro anoréxico um sintoma da inabilidade na resolução de conflitos. Assim, a perfeição física almejada representa um sentido de autenticidade em suas vidas.

Entre os antecedentes pessoais de 35 pacientes (33mulheres e 2 homens) estudadas na Colômbia, foi comum a ingestão alcoólica considerada excessiva, causando problemas secundários, transtornos psiquiátricos e trauma, além da gravidez uma ou mais vezes presente em 20%, amenorréia por mais de 6 meses em 17%, irregularidades menstruais em 30% e prévias crises depressivas em 40% (ANGEL & VASQUEZ, 1995).

Estudando 20 pacientes com diagnóstico de BN, na Espanha, antecedentes pessoais depressivos do tipo distímico ocorreram em 20% da amostra, sendo a insatisfação e

distorção corporal presente em 100% dos casos, consumo de tóxicos em 20% e cleptomania 20%. Quanto a personalidade prévia, predominou o tipo afetivo e obsessivo em 60%, seguido do tipo histérico e borderline, com 20% cada (MORENO et al., 1993).

Para BAGATTINI (1998) os primeiros conflitos para chegar a uma identidade feminina são fatores relacionados a estruturação do psiquismo e ao desenvolvimento do quadro clínico. Suportes narcisistas surgidos do ambiente familiar sustentam a identidade feminina. Quando, desde o início da existência, estes suportes são escassos ou negativos, uma fragilidade constitutiva é gerada que, por sua vez, se associada a outros fatores, tais como o paradigma social idealizado de beleza, pode constituir a base para o desencadeamento de comportamentos alimentares anormais.

HERSCOVICI (1997) aponta a dificuldade de comunicação aberta e a evitação de conflitos como aspectos marcantes nas famílias de portadores de um TA. Em muitos casos, a alimentação e o corpo através da negação da comida ou do consumo da mesma abundante e às escondidas, representam o único modo de autonomia vivenciado. Além disso, a centralização no corpo representa um mecanismo de proteção para algumas situações.

Os traços gerais apontados por HERSCOVICI, (1997) como sendo comuns nos TA's, são os seguintes:

- Alexitimia- dificuldade em distinguir e expressar emoções e sensações internas que se estendem à fome e à saciedade;
- Baixa auto-estima- insegurança e dúvidas acerca de seu valor e a necessidade de aprovação externa;
- Dificuldade nos processos de separação- individualização- relacionado à maneira que a família proporciona a independência gradual dos membros;
- Transtornos da auto- imagem- corporal- superestimação do tamanho do corpo, que costuma estar relacionado a partes específicas do corpo, não sendo, entretanto, exclusiva dos quadros de TA;

- Conflitos com a sexualidade- relacionado com a maturidade física e com as condutas sexuais;
- Transtornos do pensamento- pensamento dicotômico ou de “tudo ou nada”, pensamento catastrófico, abstração seletiva, magnificação, absolutismo, idéias de auto-referência;
- Impulsividade- ações sem reflexão, onde as conseqüências não são consideradas previamente;
- Obsessividade- pensamentos e idéias indesejadas, insistentes e repetitivas acerca de um tema;
- Compulsividade- tendência de realização de atos impulsivos, principalmente os temidos e indesejados.

Considerando especificamente a anorexia nervosa, podem ser citadas como características: perfeccionismo (tendência a avaliação da própria conduta de maneira crítica, onde a atenção volta-se ao erro e tende-se a generaliza-lo); pensamentos fixos vinculados ao comer e estendidos a outras áreas; vergonha de comer em público; sentimento de ineficácia e desvalidamento; tendência e necessidade de controlar seu entorno; restrição na iniciativa e escassez na pressão emocional; limitada espontaneidade nas relações sociais (HERSCOVICI, 1997).

Já na BN, são apontados como sinais e sintomas: depressão, auto-recriminação, automutilação, ansiedade, abuso de substâncias (ocorrendo em 1/3, principalmente de álcool e estimulantes), dificuldade para tolerar a tensão interna e impulsividade (HERSCOVICI, 1997).

No TCC a comida é usada para preencher um vazio, funcionando como anestésico e sedativo (HERSCOVICI, 1997).

2.5.2) Aspectos nutricionais

A alimentação é uma necessidade humana vital (LAWRENCE, 1991, SANTACRUZ, 1997), sendo as necessidades primárias de fome e saciedade reguladas pelos centros neuroendócrinos, através dos neurotransmissores, que por sua vez controlam a ingestão alimentar. Entretanto, esses fatores sofrem interferências da cultura. Além disso, a comida e o ato de alimentar-se representam elementos de interação humana familiar e social com conotações simbólicas (SANTACRUZ, 1997). Assim, as sensações básicas de fome, sede e saciedade são geradas, controladas e monitoradas por diferentes áreas do organismo e motivadoras de forma consciente da conduta alimentar (DALGALARRONDO, 2000).

O comportamento alimentar é um fenômeno complexo que vai além do ato de comer (ALVARENGA, 1997) e segundo BERNARD TROUVÉ (1976) Apud DALGALARRONDO (2000, p. 209) inclui dimensões complementares:

- “ **Dimensão fisiológica-nutritiva**, relacionada a aspectos metabólicos, endócrinos e neuronais, que regulam a demanda e a satisfação das necessidades nutricionais.
- **Dimensão psicodinâmica e afetiva**, na qual a fome e a alimentação vinculam-se à satisfação e ao prazer oral. O prazer alimentar oral tem, segundo a psicanálise, uma conotação nitidamente libidinal.
- **Dimensão relacional**, posto que no desenvolvimento da criança a boca é o mediador da primeira relação interpessoal: a relação mãe- bebê. A incorporação oral pode representar simbolicamente diversas coisas: o amor, a destruição, a conservação no interior do eu e a apropriação das qualidades do objeto amado, etc. Por outro lado, o alimentar seu filho, para a mãe, é muito mais do que uma tarefa fisiológica: tem um valor emocional especial, podendo exprimir afeto, aplacamento de sentimentos de

culpa ou tentativa de “ dar amor”, que às vezes, a mãe sente-se incapaz de dar de outra forma.”

CASTILLO et al. (1990) também relacionaram a ingestão de alimentos a estímulos internos e externos, considerando fatores orgânicos, psicológicos e sociais. Alterações na regulação desse complexo mecanismo humano conduzem potencialmente a anormalidades no apetite, que podem manifestar-se em transtornos da alimentação (anorexia nervosa, bulimia, pica e ruminação).

Desse modo, o ato de comer transcende o valor nutritivo e as características organolépticas do alimento, possuindo motivações ocultas relacionadas às carências psicológicas e vivências emotivas e conflituosas que independem da fome. Os autores sintetizam esse pensamento quando dizem: *“Comer e beber são necessidades naturais, sim, mas também representam para a psique uma experiência: a satisfação de um desejo”* (DALLERA & SORRENTINO, 1997, p. 07).

Nos TA's, o alimento assume um papel compensador, sendo usado para suprir as carências e anestesiar as emoções ou anseios (DALLERA & SORRENTINO, 1997), sendo característico nesses quadros a preocupação intensa com alimentos, peso e corpo (ANGEL & VASQUÉZ, 1995).

O comportamento alimentar das pacientes portadoras desses quadros difere dos padrões normais, levando, entre outras conseqüências, a variações extremas do peso corpóreo (ALVARENGA, 1997).

As mulheres, principais alvos dos TA's, são encarregadas da alimentação na sociedade, onde a preparação da comida demonstra sentimentos de amor e cuidado, e a recusa ao alimento pode significar rejeição. Assim, a recusa em alimentar-se representa uma busca pela autonomia (LAWRENCE, 1991).

O comportamento alimentar da anorexia nervosa caracteriza-se pela restrição da ingestão alimentar, principalmente dos alimentos considerados mais calóricos e o predomínio de frutas e vegetais, diminuição do número de refeições, uso de alimentos dietéticos, corte dos alimentos em pedaços pequenos, esconder e/ou jogar fora comida, mastigar lentamente e cuspir, observar as refeições dos outros, colecionar receita, preparar pratos para que os outros consumam, ritualizar as refeições e isolamento durante as refeições (BUCKROYD, 2000; RIBEIRO et al., 1998; SANTOS et al., 1986; TANNENHAUS, 1994). Desse modo, o hábito alimentar tende a tornar-se secreto, bizarro e ritualizado (NUNES & ABUCHAIM, 1995a). A restrição alimentar pode variar de uma redução parcial até uma abstenção alimentar completa (SANTOS et al., 1986). Vale salientar que essas pacientes podem envolver-se em orgias alimentares, seguidas de práticas inadequadas de controle de peso (NUNES & ABUCHAIM, 1995A).

No episódios compulsivos, o consumo geralmente ocorre à noite, rapidamente e em segredo. Esses comportamentos são seguidos da indução do vômito, uso abusivo de laxantes e diuréticos e exercícios físicos intensos com objetivo de evitar o ganho de peso (HERSCOVICI, 1997; KAPLAN, 1997; SANTOS et al., 1988).

A recuperação de um peso mínimo que garanta a sobrevivência é necessário. Contudo, é preciso ir além. O tratamento deve buscar compreender e considerar as dificuldades, favorecendo uma mudança de atitude. A anoréxica deve desenvolver uma noção de autodomínio e responsabilidade pela própria vida, onde não mais será preciso o sintoma para lidar com as dificuldades (LAWRENCE, 1991).

“Assim como a origem da anorexia não está na perda de peso, a cura do distúrbio também não está no seu ganho” (LAWRENCE, 1991, p. 02).

Já as pacientes bulímicas tendem a apresentar o peso na faixa de normalidade ou levemente alterado. Este fato favorece o curso secreto da doença (HERSCOVICI, 1997).

Segundo YANOVSKI e col (1992) Apud CARDEAL (1996) indivíduos com TCC comem quantidades maiores de alimentos tanto nas refeições normais quanto nos episódios de “binge” que os obesos sem TCC, apresentando proporcionalmente maior percentual de gordura e menor de proteína durante os “binges”. Quando comparados com bulímicas, em mesmas condições, aparentemente ocorre menor consumo de calorias naqueles com TCC.

Observou-se em 35 pacientes com TA, na Colômbia que as dificuldades de alimentação ocorreram na infância (17%), puberdade (23%) e adolescência (34%), sendo freqüente a pressão e o reforço dos pais quanto à conduta na ordem de 34% e 26%, respectivamente (ANGEL & VASQUEZ, 1995).

Os mesmos autores também observaram que ocorreu relação entre a ingestão de alimentos e estados ansiosos (33%) e stressantes (13%) (ANGEL & VASQUEZ, 1995).

Considerando as práticas de controle de peso, o consumo de anorexígeno ocorreu em 18%, de hormônios tireoidianos em 15%, de diuréticos em 9% e de outros medicamentos em 6% (ANGEL & VASQUEZ, 1995). Em outro estudo realizado, em Santiago do Chile com 90 pacientes (84 mulheres e 6 homens) os comportamentos mais comuns foram: o uso de anorexígeno (11,2%), de exercícios físicos excessivos (30,3%), de laxantes (38,2%), vômitos auto-induzidos (61,8%) e restrição alimentar (94%) (ILABACA, 1996).

Analisando os comportamentos alimentares e as práticas inadequadas de controle de peso em Porto Alegre (RS), NUNES (1997) em sua dissertação de mestrado encontrou a prevalência do uso de laxante em 8,5%, jejum em 3,1%, uso de diurético em 2,8% e vômitos em 1,4%. Além disso, outras atitudes que podem tornar-se inadequadas, como a prática de exercícios freqüentes ocorreu em 16,4%, dietas para emagrecer em 7,8%, omissão de duas refeições principais por dia em 2,5%.

CALDÉRON et al. (1998) compararam mulheres de 12 a 35 anos, das quais 46 apresentavam TA e 180 eram controles. Observou-se que aquelas do 1º grupo recorreram com maior frequência a dieta e práticas inadequadas para compensar a ingestão.

A constipação intestinal é um sintoma freqüente nestes pacientes. Analisando uma amostra composta de pacientes com BN (n=31=46,31%), AN (N=15=22%) e TCC (n=21=31%), este sintoma esteve presente em 40% da amostra, predominando nas pacientes anoréxicas. Vale salientar que o uso de laxantes ocorreu em 40% (n=27%) da amostra estudada, variando em 14 marcas distintas e com seu uso predominando entre as bulímicas (BRAGA et al., 1999).

Através da entrevista com 103 adolescentes de 10 a 16 anos em três shoppings do município do Rio de Janeiro, sendo 76% do sexo feminino, 98,9% dos entrevistados lembraram-se de produtos dietéticos divulgados através de propagandas. O desejo de emagrecer e a curiosidade foram relevantes na adoção dessa prática (FERNANDEZ et al., 1999). Embora o excesso de peso antecedendo o quadro de AN e durante o mesmo seja referido pela maioria das pacientes, este não foi demonstrado de fato (SANTOS et al., 1986). Isso mostra que o excesso de peso real ou imaginário pode estar relacionado ao início de uma prática dietante, e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um TA.

Na busca do corpo “ideal”, o comportamento alimentar é modificado, sendo inserido o uso de produtos “diets” e “lights”. Assim, *“o adolescente se convierte en un esclavo de ser “light” ”* (BILLIET, 1997, p. 02)

Entretanto, a maioria das mulheres que fazem dieta não apresentam sobrepeso, mas aderem a prática por sentirem-se gordas (OGDEN, 1993).

Apesar da dieta ser uma prática freqüente, nem toda adolescente que inicia uma dieta e deseja ser magra desenvolve AN (BAGATTINI, 1998). Entretanto, dos 90 casos de TA estudados por ILBACA (1996) todos referiram início com uma dieta severamente

restrita. Para FLEITLICH (1997) fazem parte da gênese e da manutenção dos TA's o peso e a distorção da imagem corporal.

A extrema preocupação dos pais com a obesidade das crianças também pode acarretar um quadro de TA (HALPERN, 1999).

Sabe-se que a história pessoal e/ou familiar de obesidade representa um risco (FAIRBURN et al., 1997) e o aumento da prevalência de obesidade já a coloca atualmente como um problema de saúde pública (COUTINHO, 1999).

No Brasil, o quadro de obesidade já apresenta-se como um problema relevante. Encontra-se uma percentagem de 20% de crianças obesas, 30% em estudantes de 10 a 13 anos e de 40% de excesso de peso entre a população adulta. Outro aspecto relevante é o fato da obesidade ser mais freqüente em mulheres (HALPERN, 1999), sendo de 40% para mulheres e de 27% para homens entre as décadas de 80 e 90. Quanto ao aspecto econômico, a obesidade é mais comum entre os grupos menos favorecidos (COUTINHO, 1999).

A obesidade no sexo feminino está fortemente associada com distúrbios do comportamento alimentar (FISCHER et al., 1996) e a prática de dietas faz parte da gênese dos transtornos alimentares. Entretanto, outros fatores são necessários para que se desenvolvam e se mantenham (HERSCOVICI, 1997).

Considerando os pacientes com TCC, quando estes passam por períodos de ingestão extremamente restrita, prática esta impossível de ser mantida por período prolongado, ocorrem os episódios compulsivos, principalmente na presença de fatores estressantes. Após os episódios de compulsão alimentar, ocorre a sensação de perda de controle e cria-se um círculo vicioso, com grandes oscilações de peso, onde a dieta é considerada como um fator de manutenção do quadro (SEGAL, 1998).

2.5.3) Aspectos psicológicos

SPIGNESI (1992) analisa aspectos simbólicos da AN explorando o inconsciente feminino. A autora aborda a ritualização e o sacrifício associados ao alimento e ao corpo, onde uma tirania interna, concebida como “força de vontade”, leva o anoréxico a um pavor da gordura e da comida. Este passa a ter um poder implacável e dominador que controla a existência, concentrando os pensamentos em corpo e comida. Também é discutida a relação ambivalente entre mãe e filha, caracterizada como um vínculo destrutivo e simbiótico. Contudo, acusar e culpar a mãe seria uma atitude determinista e simplista.

Anoréxicas geralmente apresentam excelentes rendimentos intelectuais, apesar das dificuldades no processo de pensamento e aprendizagem (MORANDÉ & CARRERA, 1988). Nesses quadros comumente são introvertidas, obsessivas e inibidas sexualmente (BILLIET, 1997, SANTOS et al., 1988). Ocorre tendência a rigidez, perfeccionismo e ausência do senso de autonomia e individualidade, sendo a autodisciplina na severa restrição alimentar um esforço para o desenvolvimento desses aspectos (KAPLAN, 1997). O perfil mais característico dessas pacientes é do tipo narcisista, histérico e obsessivo (SANTACRUZ, 1997), sendo comum também a ansiedade, depressão, compulsões, preocupações obsessivas com relação à alimentação e distorção da imagem corporal (SANTOS et al., 1986).

Na AN do tipo restritivo predomina a personalidade com características de inibição, traços fóbico- obsessivos e perfeccionismo (ABUCHAIM, 1999). É comum que como traços de personalidade sejam: perfeccionista, estóicas, isoladas socialmente, com tendência a não mostrarem sentimentos, obsessivas (ordenadas, meticulosas e com idéias e hábitos rígidos), complacentes, ambiciosas e com necessidade de agradar (HERSCOVICI, 1997). Citando HOLLIS: “*As pacientes com distúrbios alimentares são peritas em*

estudantes universitárias eutróficas. Cada grupo continha 44 sujeitos. A análise estatística apontou que no grupo com TA e no controle com sobrepeso, a insatisfação corporal esteve presente e elevada em ambos. Já o controle de eutróficas apresentou baixa insatisfação corporal. Sendo assim, a insatisfação corporal não pode ser considerada um fenômeno exclusivo daqueles com TA. Estes achados confirmam a literatura especializada que aponta o sobrepeso/obesidade como fator de risco para o desenvolvimento de um TA.

A sintomatologia da AN é similar em homens e mulheres. Depressão e ansiedade foram os mais freqüentes em ambos os sexos. Diferenças significativas só ocorreram quanto ao consumo de álcool, com $p: 0,0006$, a roubos compulsivos, com $p: 0,028$ e retração psicosexual, com $p: 0,012$. Vale ressaltar que a presença de uma patologia prévia, também foi mais freqüente nos homens (PEDRO et al., 1990).

Os pacientes com TCC estão mais associados a depressão, abuso de substâncias e prejuízos do funcionamento global que os obesos sem TCC (NEVES, 1999).

Conflitos relacionados a competição e ciúmes, principalmente de outras mulheres, são focos freqüentes de sofrimento para portadoras de TA. Essa rivalidade ocorre até considerando mães e filhas, onde existe uma ligação mais profunda. O TA pode surgir como mecanismo para não enfrentar os problemas, tendo em vista o medo da separação e o desafio de enfrentar tornar-se adulta. Em contrapartida, a “doença” que é usada para retirar-se da vida serve como instrumento de força e poder, simbolizando um pacto secreto entre mãe e filha (HOLLIS, 1996).

2.5.4) Aspectos familiares

As famílias onde ocorre um quadro de TA são variadas e os diversos conflitos familiares presentes, não podem ser considerados, isoladamente, como responsáveis pelo desenvolvimento dos sintomas. Entretanto, algumas características familiares podem contribuir para o desencadeamento e/ou manutenção dos quadros (HERSCOVICI, 1997).

HOLLIS (1996) aborda os problemas femininos e relacionamentos familiares com os TA's, onde o sintoma evita o crescimento e os processos de separação e individualização, caracterizando um “jogo” necessário para o sistema familiar. Citaremos HOLLIS, quando esta menciona: “ *o “problema” da filha passou a ser da família. É uma coisa que chama a atenção de todos e desvia o pensamento dos outros problemas de casa.*” (HOLLIS, 1996, p. 131).

Assim, ainda que involuntariamente, a finalidade básica dessa “filha- problema na família” é proporcionar a distração de outros problemas pessoais e familiares da mãe, unir pai e mãe para “salvar” a filha que apresenta risco de vida e, conseqüentemente, proteger a família (HOLLIS, 1996).

Entre as mães das pacientes atendidas com TA foram encontradas mais mães com obesidade ou mães magras que apresentavam em sua história episódios anoréxicos. Quanto aos pais, muitos deles eram bebedores excessivos, fumantes, comilões, passivos e pouco disponíveis (MORANDÉ & CARRERA, 1988). A história de obesidade própria ou da família é mais comum entre as anoréxicas do tipo compulsiva/purgativa do que no tipo restritivo (KAPLAN, 1997).

Para SANTOS et al. (1988) a privação afetiva precoce na relação mãe- filha é a base psicodinâmica dos TA's, fato este que compromete o ego de modo permanente e

caracteriza-se por uma personalidade infantil, narcisista e agressiva, além da fixação oral marcante.

Apesar de não existir família típica para AN, é comum a história de depressão, dependência de álcool, história de transtorno alimentar, relacionamentos problemáticos com os pais (KAPLAN, 1997) e padrões disfuncionais na interação familiar (FALCETO et al., 1993). Conflitivos conjugais severos e preocupação mórbida da família para não aumentar o peso, fazem parte das causas precipitantes da AN (BURIAN et al., 1984).

Geralmente, a mãe é a figura mais central e o pai mais distante (LAWRENCE, 1991). A mãe representa uma figura mais empática, aberta e compreensiva para as anoréticas, sendo o pai uma figura mais distante. No tipo restritivo a coesão e o apego mútuo é maior. Já no tipo bulímico a conflitiva e a relação emocional com ambos os pais é maior (HERSCOVICI, 1997).

ZEGERS et al. (1988) selecionaram 20 famílias de anoréticas, que apresentavam como critérios: diagnóstico de anorexia nervosa primária, estudo completo da família com visitas em seus respectivos lugares como “observador participante”, tratamento psicoterápico pelo menos por seis meses, tratamento médico ou psiquiátrico em pelo menos uma oportunidade. O estudo investiga a relação das pacientes com suas respectivas famílias. Como resultado, os autores observaram que o contexto da interação entre os distintos membros da família é mais importante na patogênese da AN que a personalidade (mãe, pai, avó) dominante.

Em todas as famílias foi observado um domínio unilateral, partindo de um dos membros (pessoa dominante: pai- 7 famílias, mãe- 6 famílias e avó ou substituta- 7 famílias). Além disso, ocorreu a relação entre a dominância e a enfermidade crônica de um dos membros da família (ZEGERS et al. , 1988).

Tratam-se de famílias bem constituídas, numerosas, com número de filhas maior que de filhos e com “ideologia” familiar quase sempre bem definida. Essa ideologia caracteriza-se por: tendência de ascensão na vida social (econômica, intelectual e social), sobrevalorização dos rendimentos escolares, rejeição total de qualquer forma de sexualidade, maior interesse a tradição e espírito de sacrifício e uso do alimento como veículo para expressão de sentimentos (ZEGERS et al. , 1988).

O sistema familiar caracteriza-se pela rígida homeostase. Frente a situações que ameaçam esse equilíbrio, a paciente com seu ato anoréxico reage a tradição familiar com auto- sacrifício, com a tarefa de “salvar” a família, provocando uma reordenação dos sentimentos e condutas e, conseqüentemente, a superação da crise (ZEGERS et al. , 1988).

O relacionamento mãe- filha, nas famílias de anoréxicas é complexo e marcado pela ambivalência de sentimentos, bem como, pelas dificuldades de separação e individualização (HOLLIS, 1996, LAWRENCE, 1991).

As famílias das pacientes anoréxicas são mais rígidas e fechadas sobre si, o que dificulta o desenvolvimento de seus integrantes em atividades fora de casa (HERSCOVICI, 1997). Além disso, os conflitos são mais ocultos, enquanto nas famílias bulímicas são mais explícitos, sendo significativos os problemas da relação mãe- filha (HERSCOVICI, 1997, MORANDÉ & CARRERA, 1988).

Não existe uma família típica para BN. Contudo, conflitos familiares e desajustes emocionais são mais freqüentes que nas famílias com AN. Além disso, também são comuns antecedentes familiares de abuso de substância química (principalmente álcool), depressão e obesidade (HERSCOVICI, 1997).

Nas famílias bulímicas, a exigência de ambos os pais é maior. As expectativas das mães para o êxito acadêmico e social são grandes, ocorre rivalidade e comparação entre os filhos e o nível de tensão familiar é elevado (HERSCOVICI, 1997). KENT & CLAPTON

(1992) Apud LEMES et al. (1997) apontam o alto nível de conflitos e hostilidade nessas famílias. Além da existência de menor cuidado, menor coesão e maior superproteção que em famílias de não- bulímicas.

Antecedentes familiares de obesidade, alcoolismo e doença psiquiátrica foram de 65,7%, 43% e 8,6%, respectivamente (ANGEL & VASQUEZ, 1995). Em outro estudo, problemas de peso nos pais ocorreram em 32,6% dos casos analisados, sendo apenas 3 casos de desnutrição nas mães e a maioria de obesidade (ILABACA, 1996). História de obesidade familiar esteve presente em 70% dos 20 pacientes estudados com BN (MORENO et al., 1993).

RODRIGO et al. (1990) encontraram em seu estudo com 27 pacientes diagnosticados com AN, antecedentes familiares de obesidade em 7 (25,9%) pacientes e de antecedentes familiares psiquiátricos em 10 (37%) pacientes. Entre os transtornos psiquiátricos os mais freqüentes foram depressão maior, transtorno distímico e alcoolismo.

Estes achados reforçam a relação entre história de obesidade e de transtornos psiquiátricos nos pais com o desenvolvimento de TA.

O modelo familiar das pacientes estudadas apresentava como características discussões conjugais na presença dos filhos, rigidez, superproteção ineficaz, compulsão para manter a aparência e dificuldades na resolução dos conflitos. A falta de reconhecimento dos limites individuais tende a bloquear o desenvolvimento da autonomia. Sendo assim, a AN representa uma forma de autocontrole e manipulação dos pais (RODRIGO et al., 1990). Relações familiares disfuncionais, com conflitos e desintegração são mais freqüentes nas famílias bulímicas, quando comparadas com sujeitos sem TA (ALIÑO & ENGUIX, 1991).

Quando comparados os antecedentes familiares psiquiátricos em homens e mulheres com AN, atendidos no serviço de psiquiatria de um hospital em Madrid, durante

um período de dez anos, observaram que a distribuição de patologias psiquiátricas era variável e pouco significativa, exceto quanto a maior presença de AN entre os familiares dos homens (irmãs) e de uma maior presença de alcoolismo para familiares das mulheres (PEDRO et al., 1990).

Dos 12 casos de AN que SANTOS et al. (1988) analisaram no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP), 02 deles desenvolveram-se após a eclosão de conflitos familiares centradas ao adultério e 01 deles após brutalidades físicas de marginais durante um rapto.

Comparando bulímicas com controles sem TA, as primeiras percebem em suas famílias menos coesão, independência e afetividade, além de um maior grau de conflitos e menor expressividade emocional (JOHNSON Y FLACH, 1985, Apud ALIÑO & ENGUIX, 1991).

A ausência paterna e o alcoolismo são observados com frequência nos pacientes com TA (BAGATTINI, 1998).

BAGATTINI (1998) encontrou em um estudo prospectivo em Montevideu que dentre 53 pacientes com diagnóstico atual de transtornos alimentares, 30 (57%) apresentavam anorexia nervosa, 15 (28%) bulimia nervosa e 8 (15%) síndromes mistas. Vale salientar que o medo mórbido de engordar esteve presente em todos os casos, ritualização e comportamentos alimentares bizarros em 42 (79%) e transtorno da imagem corporal em 30 (66%) dos casos. A cumplicidade materna nas condutas alimentares patológicas, a transgressão das indicações técnicas, a ausência da angústia da mãe frente ao risco de vida da filha e transtornos precoces do vínculo foram características frequentes na amostra. Além disso, nessas famílias, 28 (52%) apresentavam transtornos alimentares e em 39 (74%) havia preocupação familiar com a estética.

BUCHER (1988), em artigo de revisão, discorre acerca das abordagens psicoterapêuticas para anorexia. Para a autora, o tratamento pode ocorrer através de abordagem: organicista, psicodinâmica, comportamental e sistêmico- comunicacional. Em sua explanação da abordagem sistêmico- comunicacional, a anorexia é analisada como uma síndrome psicossomática e produto do sistema familiar no qual está inserido. Em nosso estudo nos baseamos na perspectiva sistêmica, considerando o ambiente familiar dos pacientes.

FALCETO et al. (1993) analisando as suas primeiras 4 pacientes anoréxicas e suas famílias atendidas no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, observaram que o alimento é utilizado como um meio de comunicação e autonomia, sendo a recusa alimentar uma maneira de ganhar espaço e poder sobre a família.

2.5.5) Aspectos sócio-culturais

A cultura é um componente importante na imagem corporal (BASAGUREN & GUIMÓN, 1997; CORDÁS & SEGAL, 1995). Ao longo dos séculos, os padrões de beleza feminina variaram da idealização de um “corpo cheio, com quadris grandes e abdomens avantajados” na Renascença, passando por “seios fartos e corpos curvilíneos” nas décadas de 40 e 50, ao corpo magro de “padrão mais longilíneo” da atualidade (MORGAN & AZEVEDO, 1998b).

No século XIX a obesidade associava-se a um nível sócio-econômico elevado, sendo valorizada devido a escassez de alimentos no período. No século XX, alimentos de elevado teor calórico tornam-se acessíveis também às classes mais baixas, assim tornando a obesidade mais prevalente neste nível da população. Portanto, a obesidade deixa de ser um símbolo de riqueza e prosperidade (FISCHLER, 1995; HERSCOVICI & BAY, 1997; JACKSON, 1999). FISCHLER (1995, p. 69) cita o nutricionista Jean Trémolières: “ *A sociedade cria os obesos e não os tolera*”.

Na década de 60 já se sugeria que o culto à magreza seria um fator precipitante da anorexia nervosa (ABUCHAIM, 1998). Nos anos 80, ocorreu um crescimento considerável do mercado relacionado a manutenção do corpo. Fazem parte desse arsenal industrial da sociedade de consumo, aparelhos de musculação, suplementos nutricionais, revistas de boa forma e saúde, regimes alimentares e cirurgias plásticas. “*Todas essas técnicas de gerenciamento do corpo que floresceram no decorrer dos anos 80, são sustentadas por uma obsessão dos invólucros corporais*” onde “*a beleza é um capital, a força, um investimento; todos dois são mercadorias cujo valor de troca vai crescer ao longo do século*” (COURTINE, 1995, p.98).

A preocupação com o embelezamento feminino tem uma história associada aos interesses econômicos, padrões morais e argumentos científicos da época. Antigamente era considerada como uma doação de Deus, com uma Natureza Divina. Hoje a indústria “vende a beleza” através de seus produtos e técnicas e o corpo transformou-se “*no único guia e na principal finalidade do processo embelezador*” (SANT’ANNA, 1995, p. 136) onde as modelos atuais de beleza são magras. Segundo a autora “*Parece que estamos longe daqueles anos em que a alma da beleza se alojava unicamente no aparelho reprodutor feminino. Da cabeça aos pés, ela se prolonga da pele ao nível mais profundo do corpo. Como se a beleza não pudesse mais ser uma alma, pois ela pretende cobrir, de agora em diante, todas as idades, emergir em todas as partes do corpo, se afirmar em todos os momentos do cotidiano, para se tornar, ela mesma, eterna*” (SANT’ANNA, 1995, p. 137).

O ideal de magreza, imposto principalmente no sexo feminino, como símbolo da cultura ocidental, parece ter influenciado no aumento da prevalência (NASSER, 1988), principalmente durante a adolescência onde a pressão de valores culturais de supervalorização do peso e do tamanho corporal, pode acarretar práticas alimentares inadequadas e prejudiciais à saúde (CRISP, 1984).

As influências sociais no desejo de ser magro, parecem desempenhar papel predisponente na bulimia nervosa, como ocorre também na anorexia nervosa (DROSSMAN, 1993).

Tem-se discutido que o aumento dos casos de transtornos alimentares nos últimos 20 anos ocorreu também devido as mudanças nos padrões estéticos e de comportamento (CORDÁS, 1998). A ênfase da sociedade contemporânea no ideal de magreza (culto ao corpo), as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes e de produtos dietéticos, bem como, do crescimento de academias e do número de revistas sobre o

assunto, fornecem ao paciente o ambiente sócio-cultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e “modernidade” (CORDÁS, 1998, DALLERA & SORRENTINO, 1997).

Na atualidade a magreza representa um sinal de elegância (DALLERA & SORRENTINO, 1997; LAWRENCE, 1991; SANTACRUZ, 1997), associada a felicidade, ao êxito social e profissional (LAWRENCE, 1991; OGDEN, 1993). Entretanto, essa imagem corporal idealizada é um padrão impossível ou impróprio, incompatível para a grande maioria da população (BASAGUREN & GUIMÓN, 1997; JACKSON, 1999), visto que o corpo não é infinitamente elástico e maleável como se deseja (CORDÁS & SEGAL, 1995).

Acerca desse aspecto, LAWRENCE (1991) cita ADELLE DAVIS (1966), uma nutricionista americana, que diz: *“Os médicos estão percebendo que nem todos podem emagrecer (...) apesar de detestarem ser gordos, são mais saudáveis assim. Quando estas pessoas se forçam a emagrecer, quase sempre passam por um esgotamento nervoso ou sofrem forte depressão (...) são dominadas pela culpa, o desgosto e o ódio a si mesma por serem fracas e gulosas. Se possível, estas pessoas deveriam esquecer os regimes e procurar fortalecer a saúde. Elas costumam ser indivíduos alegres, espirituosos e inteligentes, cuja contribuição é valiosa para a sociedade (...) Achar que a pessoa magra é mais bem aceita do que a gorda é uma atitude ridiculamente imatura. A não ser que seu marido a queira exibir como se você fosse um carro novo, para fortalecer seu próprio ego, não há motivo para que você tenha um corpo de manequim. As pessoas gordas podem se vestir de forma atraente; e muitos indivíduos com “ ar esbelto e faminto” também não ficam bonitos de roupa de banho”* (ADELLE DAVIS, 1966 Apud LAWRENCE, 1991, p. 45-46).

Principalmente as mulheres, são alvos de mensagens que impulsionam na busca da magreza, levando-as a práticas intermináveis de regimes, ou a oscilação entre empanturrar-se e morrer de fome (JACKSON, 1999).

O corpo idealizado pelas mulheres sofre influências da economia. Em períodos da história onde ocorria escassez de alimentos, valorizava-se formas arredondadas. Já em períodos de maior oferta, prefere-se a magreza (HERSCOVICI, 1997). Portanto, quando torna-se fácil engordar pela facilidade do acesso aos alimentos, deseja-se a magreza (JACKSON, 1999), assim, nas sociedades onde a comida está presente em abundância aumentam o número de casos de AN (ROBELL, 1997).

Nas últimas décadas, a ideologia de corpo magro atinge principalmente mulheres jovens e adolescentes, o que se contrapõe ao aumento da oferta e acesso a alimentos com alta concentração calórica e de consumo rápido, bem como ao aumento da prevalência da obesidade e do sedentarismo (HERSCOVICI & BAY, 1997; MORANDÉ & CARRERA, 1988; MORGAN & AZEVEDO, 1998b). Paralelo a isso, a indústria oferece produtos relacionados ao emagrecimento, apoiada na tirania da magreza e na necessidade da mulher de agradar e sentir-se aprovada pelos outros (DALLERA & SORRENTINO, 1997; LAWRENCE, 1991; OGDEN, 1993).

Atualmente, temos uma “epidemia” de dietas e TA, o que representa individualmente uma insegurança e insatisfação quanto ao corpo, e no coletivo, uma mudança rumo a novos desenvolvimentos da consciência da mulher (JACKSON, 1999)

ROBELL (1997) e WOLF (1992) resgatam o período do movimento feminista, onde buscava-se expressar a necessidade de liberdade. Paradoxalmente, ao alcançar novos papéis sociais, superando crenças e conquistando direitos ao controle de reprodução, educação superior e acesso ao mercado de trabalho, ainda encontram-se aprisionadas às imagens de beleza feminina impostas.

“ À medida que as mulheres se libertaram da mística feminina da domesticidade, o mito da beleza invadiu esse terreno perdido, expandindo-se enquanto a mística definhava, para assumir sua tarefa de controle social” (WOLF, 1992, p. 12-13).

ROBELL sintetiza esse pensamento quando diz: *“O espartilho que nossas bisavós usavam trazemos agora no interior de nós mesmas. O medo intenso de ganhar peso diz a muitas de nós (...). É como se agora o espartilho tivesse atravessado o corpo das mulheres e forçasse seu interior” (ROBELL, 1997, p. 15 e 16).*

Assim, conquistas de vinte anos foram reduzidas a ilusões manipuladas por imagens através do mito da beleza e de uma cultura estereotipada (WOLF, 1992). Com isso, após todas as lutas objetivando liberdade, atualmente as mulheres encontram-se aprisionadas à fome, negando a vontade de comer (ROBELL, 1997) e submetendo-se a manipulação do mercado, através das indústrias das dietas, cosméticos, da cirurgia plástica estética e da pornografia (WOLF, 1992). Falamos em mulheres, por serem nelas que ocorrem cerca de 90% dos casos de AN (ROBELL, 1997), onde o culto à beleza, representa uma neurose moderna e coletiva que se espalha em ritmo epidêmico de mulher para mulher (ROBELL, 1997; WOLF, 1992).

“Estamos entonces frente a la “esclavitud de la aparência” ” (BILLIET, 1997, p. 04).

Outro aspecto importante é que valoriza-se a imagem do bebê “gordinho” e exige-se um adulto magro (SANTACRUZ, 1997). Com isso a prática de dietas é iniciada sem o devido controle e acompanhamento profissional, ocorrendo em tenras idades, o que pode representar um risco para o desenvolvimento de um TA (HERSCOVICI & BAY, 1997).

HERSCOVICI (1997) cita MARCHI & COHEN (1990) que avaliando 800 crianças, concluíram que, entre os 9 e 18 anos, 18% preocupavam-se com o peso e tinham condutas visando emagrecimento e 5% apresentavam empanturramentos alimentares.

Também observaram que as mulheres na infância tardia (8 a 12 anos) e na adolescência, eram mais preocupadas em emagrecer que os homens. Outro aspecto relevante é que, alguns sintomas da AN e BN estavam presentes dois anos antes do diagnóstico ser estabelecido. Isto indica que diagnósticos precoces podem prevenir o desenvolvimento dos quadros.

Cerca de 20% das estudantes do sexo feminino apresentam algum grau de obesidade e todas relatam a intenção de fazer dieta, prática esta que conta no início com apoio e aprovação dos pais e amigos, representando força e poder (MORANDÉ & CARRERA, 1988). A cultura também é um meio utilizado para reforçar e difundir através de propagandas em revistas e televisão. Os alimentos classificados como “engordantes” são considerados como “maus” e que, portanto, deveriam ser evitados. Aspectos sócio-culturais não podem ser responsabilizados isoladamente pelo desenvolvimento de um TA, mas configuram um aspecto importante no desencadeamento dos quadros (HERSCOVICI, 1997).

Segundo HERSCOVICI (1997, p. 23) *“mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem suficientemente gordas, a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso”*. Sendo os regimes alimentares uma novidade deste século e estas condutas, consideradas pelas teorias modernas, como desencadeadoras de TA, faz-se necessário advertir a população quanto aos riscos das dietas restritivas. Uma vez que a restrição alimentar favorece a ocorrência de episódios compulsivos e empanturramentos alimentares.

A forte pressão social para diminuição do peso e a busca por um corpo ideal na presença de outros fatores pessoais e familiares, podem favorecer o desenvolvimento de transtornos alimentares (MORANDÉ & CARRERA, 1988, SANTOS et al, 1990).

Podemos citar BILLIET, quando este diz a respeito dos TA, que: *“Transtornos que muchas veces pasan desapercibidos, porque los hijos, antes de verlos en la television o en las revista, los perciben en las comidas o vicisitudes cotidianas com sus padres y/o amistades”* (BILLIET, 1997, p.04).

WOLF (1992) aponta a fixação na beleza como conseqüência diretamente relacionada a emancipação e ascensão das mulheres ao poder, onde a qualificação profissional delas relaciona-se a sua beleza e aparência. A desigualdade salarial é marcante e ao venderem seus corpos as mulheres ganham mais que quando vendem capacidade intelectual, uma vez que apenas nas profissões de modelo de moda e prostituta ganham, freqüentemente, mais que os homens.

ASTUDILLO (1991) efetua um paralelo entre aspectos clínicos e sócio-culturais da abstenção alimentar voluntária realizada pelas santas da idade média e as jovens anoréxicas da atualidade. Na “anorexia santa” o objetivo era a consagração divina e a santificação, enquanto na anorexia contemporânea busca-se a magreza e um corpo idealizado. Em ambos os quadros ocorre reforço por mensagens culturais. Sendo a primeira ligada a idéias religiosas e a segunda ao medo de engordar (HERSCOVICI, 1997).

BELL Apud ROBELL (1997) também estabelece uma relação entre anorexia sagrada e nervosa ao contexto cultural e à estrutura familiar da época e a de hoje, onde o jejum era o meio de transcender a estrutura patriarcal e ganhar controle sobre a vida. Considerando as diferentes culturas, o corpo e a comida apresentam ambas um significado simbólico relacionado a autonomia.

“(...) puedan tener en común el uso del alimento como una vía de expresión simbólica, no correspondería catalogar a la primera como anorética ni a la última como santa” (ASTUDILLO, 1991, p. 710).

JACKSON (1999) também aponta o uso do corpo como uma alternativa mediadora, tanto no caso da busca do celibato religioso pelas mulheres que não queriam se casar, quanto a recusa do sexo e da comida nas anoréxicas que não menstruam e nas obesas que protegem-se na sua capa de gordura

Não existe consenso entre os autores quanto a considerarem a “anorexia santa” como sendo o mesmo tipo de patologia que a anorexia nervosa. O que fica evidente nos dois casos é a presença da recusa alimentar em busca de um ideal.

Apesar da indústria da moda incentivar a magreza, não podemos considerá-la como a responsável por síndromes que habitam a nossa mente e se refletem nos corpos (ROBELL, 1997). A autora diz: *“O inconsciente da cultura seria o somatório de todos os inconscientes individuais, em seus aspectos pessoais e coletivos.(...) A moda de ser magra e a AN são a manifestação de uma mesma questão do inconsciente.(...) A moda não é a causadora de AN, mas simplesmente mais uma manifestação do inconsciente da cultura. O ideal de beleza nada mais é que um ideal e ainda não foi integrado em nossa consciência. Fruto da projeção de nossa psique, um não existe sem o outro. ”* (ROBELL, 1997, p. 46, 47 e 76).

E apesar de todo movimento feminista, a manifestação do inconsciente da cultura continua a predominar no corpo das mulheres (ROBELL, 1997).

2.6) OS TRANSTORNOS ALIMENTARES NOS CONTEXTOS INTRA- PESSOAL, FAMILIAR E SÓCIO- CULTURAL

“Enxergado a família como um sistema auto-regulador e o sintoma como um mecanismo de regulação, o sintoma manifesta-se como um ato comunicativo, que encerra em si uma mensagem. É um tipo de contato entre os membros familiares e tem uma função dentro da rede das relações interpessoais. O que importa, portanto, são as relações.”

MARINA PEREIRA GOMES, 1996, p. 51-52

A família é caracterizada por *“um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Este núcleo, por seu turno, se acha relacionado com a sociedade, que lhe impõe uma cultura e ideologia particulares, bem como recebe dele influências específicas”* (SOIFER, 1989, p. 22). Por conseguinte, é um *“organismo destinado essencialmente ao cuidado da vida – tanto individual como social – onde se dão e se aprendem as noções fundamentais para a consecução de tal fim, que poderíamos resumir como se segue: procriação; cuidado da saúde; preservação da vida; aquisição de conhecimentos; aquisição de habilidades profissionais; aprendizagem da convivência familiar e social (amor, tolerância, solidariedade); transmissão, aperfeiçoamento e criação de normas sociais e culturais”* (SOIFER, 1989, p. 11-12). Assim, é a matriz de identidade do indivíduo (MINUCHIN, 1990; SEIXAS, 1992), ou seja, uma unidade funcional para dar conforto e higiene ao indivíduo, um lugar de comunicação (matriz relacional), estabilidade, perenidade e de constituição da identidade individual, bem como, da transmissão transgeracional (NEUBURGER, 1999), visto que, *“no processo inicial de socialização, as famílias modelam e programam o comportamento e o sentido de identidade da criança”* (MINUCHIN, 1990, p. 53).

MINUCHIN (1990) considera que a função da família é atender a dois objetivos, sendo um interno, a proteção psicossocial dos seus membros e um externo, a acomodação à cultura e a transmissão da mesma.

Segundo SOIFER (1989), a função básica da família é o ensino aprendizagem, devendo conter a parte mais imatura e primitiva, narcísica e onipotente da personalidade da criança que é dependente do grupo familiar para seu processo de maturação. Assim, a função parental na formação dos filhos visa a defesa da vida, incluindo as ações destinadas à saúde física (respiração, alimentação, abrigo, descanso, etc) até processos mentais para garantir o equilíbrio psíquico e a convivência que se formam na criança no decorrer de seu desenvolvimento evolutivo até a maturidade na idade adulta. O eixo do poder dos pais é a autoridade do conhecimento, sendo a função essencial dos filhos, a aprendizagem e a incorporação dos ensinamentos que receberam de seus progenitores.

Nos primeiros anos de vida o ensino é função exclusiva dos pais. Com o ingresso na escola, os filhos começam a transmitir aos pais os ensinamentos obtidos na escola. Essa situação vai se ampliando e na adolescência vai se equilibrando a relação ensino-aprendizagem (SOIFER, 1989). Como disse SEIXAS (1992, p. 14): *“qualquer sistema, inclusive o familiar, caracteriza-se pela inter-relação das influências.”* Segundo ANDOLFI et al. (1989) o comportamento humano é compreendido através do método relacional, onde a família é vista como um sistema relacional ativo e em transformação constante. Esse processo de desenvolvimento da família assegura a diferenciação progressiva e individual, bem como o crescimento psicossocial de seus membros.

Para REIS (1992), a família enquanto instituição tem como funções importantes: a procriação (que tem função econômica) e a manutenção da ideologia.

A partir da realidade social, a família vai estruturando a sua cultura familiar e ideologia. Dependendo do grau de adequação com a realidade, ambas podem ser sadias ou

enfermiças. *“Por conseguinte, a enfermidade da criança, ou seja, seu papel de bode expiatório representa uma aprendizagem, que seus progenitores não puderam completar no momento evolutivo correspondente”* (SOIFER, 1989, p. 37). Segundo a autora, a etiologia da enfermidade infantil decorre primordialmente de falhas na aprendizagem psicológica, visto que, situações evolutivas que não foram enfrentadas e aprendidas de modo apropriado pelos progenitores, não poderão ser ensinadas aos filhos (SOIFER, 1989).

A família foi sofrendo modificações em paralelo a circunstâncias históricas da sociedade e mudando sua estrutura (MINUCHIN, 1990, REIS, 1992 & SEIXAS, 1992) e, perpetua, por meio da reprodução da ideologia, as relações entre classes sociais (REIS, 1992). Portanto, a família não é uma instituição biológica e natural, *“mas uma instituição criada pelos homens em relação, que se constitui de formas diferentes em situações e tempos diferentes, para responder às necessidades sociais. Sendo uma instituição social, possui também para os homens uma representação que é socialmente elaborada e que orienta a conduta de seus membros”* (REIS, 1984 Apud REIS, 1992, p. 12-13).

A Folha de São Paulo (20/09/1998) publicou uma pesquisa realizada pelo Datafolha sobre o perfil da família brasileira do novo milênio. Foram entrevistados 2.038 pessoas em 94 municípios. Do total dos entrevistados, 51% eram mulheres e 49% homens, 31% tinham de 16 a 25 anos, 34% de 26 a 40 anos e 35% tinham 41 anos ou mais. Ocorreu o predomínio de uma renda familiar de até 10 salários mínimos (76%) e 60% estudaram até o 1º grau. O levantamento mostrou as novas formas de organização, hábitos e valores das famílias brasileiras. Quanto à estrutura, a organização básica continua sendo nuclear, constituída por pai, mãe e filhos, entretanto o modelo matrifocal vem ganhando espaço (15% do entrevistados moram apenas com a mãe). Apesar do modelo tradicional ainda ser majoritário, existem outros grupos familiares que também são significativos: os casados

sem filhos, os solteiros com filhos, os solteiros com filhos que moram com os pais e os separados ou viúvos com filhos (predominantemente feminino, 87% são mulheres).

A família é valorizada por 61% dos brasileiros entrevistados, mas apenas 31% acham o mesmo do casamento. Considerando o papel da mãe, ocorreu uma ampliação da sua importância, conjugando autoridade e afeto e acumulando funções. Já o pai perdeu funções, visto que agora divide com a mulher a função de trazer dinheiro para casa e não ganhou novas ocupações domésticas, sendo considerado menos importante e menos companheiro dos filhos, quando comparados com as mães. A pesquisa também apontou maior ausência paterna nas refeições, mesmo nos finais de semana. Quanto às relações familiares, a maior intimidade e confiança entre mães e filhos foi apontada como algo novo. Em geral, o casamento ocorreu por amor e o motivo da separação em 37% foi a infidelidade do marido (Folha de São Paulo, 20/09/1998).

Apesar de todas as transformações ocorridas ao longo da história, o casamento ainda é a regra das relações e mantém a função primeira de formação da família (Folha de São Paulo, 20/09/1998, GOMES, 1997), sendo necessário para o desenvolvimento sócio-afetivo- cognitivo da criança, que a relação e a dinâmica do casal seja estruturada. A autora confirma e reforça a importância de considerar a história do casal, e reflete acerca da influência dessa dinâmica no sintoma da criança (GOMES, 1997).

A família é representada pelo grupo de indivíduos que “dividem o lar” com a paciente, sendo a mãe, geralmente, a responsável pela alimentação (LAWRENCE, 1991).

Tendo em vista a relação entre o contexto familiar e as práticas alimentares, buscaremos compreender a estrutura e a dinâmica familiar, correlacionando a mesma com a gênese dos transtornos alimentares. Para isso, iremos utilizar os conceitos do modelo sistêmico e as características da construção dos hábitos alimentares em paralelo ao crescimento e desenvolvimento da criança.

“A concepção sistêmica nos enriquece com a percepção de uma circularidade entre os elementos da família e do social, mostrando que cada um tem seu próprio papel e responsabilidade na manutenção da dinâmica social e familiar atual e, por conseguinte, na saúde ou doença mental de seus membros” (SEIXAS, 1992, p. 16-17).

No modelo sistêmico o “doente”, ou membro sintomático, é tido como a expressão de padrões disfuncionais do sistema familiar e fruto das interações recíprocas entre os membros familiares. Assim, a família é um sistema que se regula através de regras verbalizadas, ou não, vinculadas aos valores culturais, às vivências do casal e às vivências das respectivas famílias de origem do casal (CALIL, 1987).

Como diz ANDOLFI et al. (1989, p. 23, 24, 25) *“ a patologia do indivíduo pode desenvolver-se em relação a uma pressão intersistêmica ou intra-sistêmica sobre sua entidade particular, (...) serve para manter o equilíbrio e o funcionamento que o sistema atingiu(...). O comportamento sintomático do membro identificado, selecionado, serve para focalizar toda a tensão sobre ele em épocas em que a estabilidade do grupo inteiro parece estar em perigo. Ao atribuir ao paciente identificado a função temporária de manter o sistema estável e coeso, os outros podem então moldar e integrar suas funções em relação a ele(...). Assim, um sintoma dissociativo, anorexia ou comportamento depressivo pode ser programado para enfrentar a ameaça de instabilidade momentânea(...). Esse processo de estabilização utiliza energia sistêmica para manter funções rígidas que limitam as trocas a esquemas inter-relacionais redundantes”.* Desse modo, pode-se compreender o sintoma como um sinal da fragilidade e instabilidade do sistema familiar, onde o paciente identificado sacrifica sua autonomia para assumir a função de foco das dificuldades de interação da família (ANDOLFI et al., 1989).

Além disso, o sistema familiar participa de influências com outros sistemas através de uma reciprocidade, sendo um subsistema de um supra- sistema (comunidade) e

possuindo seus próprios subsistemas (BROCK & BARNARD, 1988). Para MINUCHIN (1982, p. 58) “*os indivíduos são subsistemas dentro de uma família*”.

São considerados subsistemas de uma família nuclear o dos pais, esposos, filhos e irmãos (CALIL, 1987). Também podem ser subsistemas as díades, como: esposo- esposa, mãe- filho. Além disso os subsistemas podem ser formados por: geração, sexo, interesse ou função (MINUCHIN, 1990). Cada indivíduo pertence a subsistemas diferentes (MINUCHIN, 1990) e cada subsistema possui tarefas específicas (CALIL, 1987) e importantes para manutenção do sistema familiar (BROCK & BARNARD, 1988) interagindo entre si e com outros sistemas comunitários (CALIL, 1987). No exercício das tarefas de cada subsistema faz-se necessário uma semipermeabilidade das fronteiras, visto que, a ausência destas impossibilita a interação ou troca, empobrecendo o sistema por falta de informação e a permeabilidade total não garante a diferenciação, acarretando a perda da identidade dos envolvidos (CALIL, 1987). As fronteiras são as regras que definem quem participa e como dos subsistemas, tendo como função proteger a diferenciação dos subsistemas. Estas devem ser nítidas, para que haja um funcionamento apropriado da família. Famílias que desenvolvem fronteiras excessivamente rígidas, dificultam a comunicação e prejudicam as funções protetoras da família. Estes dois extremos são chamados de emaranhadas (fronteiras difusas) e desligadas (fronteiras inadequadamente rígidas) e se referem a um estilo transacional ou à preferência por determinado tipo de interação (MINUCHIN, 1990), sendo que, “*ambos os tipos de relação causam problemas familiares, quando são evocados mecanismos adaptativos. A família emaranhada responde a qualquer variação do habitual, com excessiva rapidez e intensidade. A família desligada tende a não responder, quando uma resposta é necessária.*” (MINUCHIN, 1990, p. 60-61).

BROCK & BARNARD (1988) apontam seis áreas de funcionamento familiar, são elas: papéis, expressão de emoções, interdependência/ individuação, poder, comunicação e subsistemas. Cada uma dessas áreas apresentam tópicos (características) consideradas para família de funcionamento ótimo. Para CALIL (1987), família funcional é a que possui forte aliança entre os pais, flexibilidade dos cônjuges diante dos conflitos, relação igualitária e apoio a autoridade a cada um dos cônjuges em relação aos filhos.

Na existência de conflitos submersos no casamento, é comum um envolvimento triangular (por ex.: aventura amorosa, terapeuta, polícia, criança). Quando ocorre o envolvimento da criança, a mesma serve para desviar a atenção dos conflitos conjugais não resolvidos (CALIL, 1987). Quando o casal não consegue separar suas funções parentais de suas funções conjugais, são carregados para a educação infantil os conflitos não resolvidos do casal (MINUCHIN, 1990).

Outro aspecto a ser considerado na teoria sistêmica familiar é o padrão de comunicação. Este ocorre na existência de interação entre pessoas e definem os relacionamentos (CALIL, 1987).

“De acordo com essas formulações, a importância de uma mensagem não está, então, vinculada somente a uma questão de significado, mas à influência que ela exerce no comportamento, nas atitudes das pessoas em interação” (CALIL, 1987, p. 25-26).

Toda mensagem possui dois níveis de comunicação. O primeiro é o *nível relatório*, relativo a informação enviada e o outro é o *nível metacomunicativo*, relativo ao modo de transmissão da mensagem sobre a informação, podendo haver ou não congruência entre os dois níveis. (CALIL, 1987). Por exemplo, a mãe manda a filha comer para superar a anorexia nervosa, mas expressa felicidade ao ver como a filha é determinada e tem força de vontade negando-se a ingerir a sobremesa. Essa contradição na transmissão das mensagens

causa incerteza quanto a maneira como responder ao convite em alimentar-se (grifos meus).

Considerando os subsistemas, o parental é a unidade cuja principal responsabilidade é orientar e alimentar os filhos, sendo a figura materna, a necessidade básica da criança, para alimentá-la, protegê-la e ensiná-la (MINUCHIN, 1990).

O desenvolvimento da conduta alimentar possui três etapas, nas quais podem ser identificadas condutas normais e patológicas tanto na mãe quanto no filho, onde os conceitos da separação e individuação são integrados. As etapas do desenvolvimento infantil, quanto à relação mãe e filho são: * *alterações da homeostase* (ocorre de 0 a 2 meses, onde progressivamente desenvolve-se o reflexo da sucção e o bebê começa a controlar o começo e o término da alimentação de acordo com sinais de fome e saciedade); * *desordens do apego* (de 2 a 6 meses, o bebê está capacitado a desenvolver uma relação recíproca com interações crescentes de apego); * *desordens na separação e individuação* (de 6 meses a 3 anos. Nessa etapa o bebê já aprendeu a regular a si mesmo e a estabelecer apego com sua mãe, então inicia-se o período de separação e individuação, ocorrendo nessa fase a maturação motora e cognitiva. A criança começa a identificar diferentes estados psicossomáticos, como a distinção entre fome, necessidade emocional de afeto e dependência ou raiva e frustração). Faz-se necessário que nas primeiras etapas do desenvolvimento, pais e filhos contribuam, onde, os filhos devem apresentar sinais claros de suas necessidades físicas e emocionais e os pais devem ler e responder de maneira apropriada a estes sinais, confiando na habilidade dos seus filhos para regularem sua própria alimentação (CASTILLO et al., 1990).

Na adolescência ocorre uma ameaça a ruptura do vínculo simbiótico primitivo (dessimbiotização), devido os processos de separação e diferenciação que provocam

desorganização e desestruturação do sistema familiar que até então mantinha-se (CALIL & ADAMO, 1987).

Características na organização e no funcionamento familiar costumam gerar problemas. HERSCOVICI (1997) aponta fatores que contribuem para o desenvolvimento e a manutenção dos TA's. São eles:

- Rigidez nas regras (regras estas que, freqüentemente são implícitas e inflexíveis);
- Fronteiras problemáticas (as mesmas podem ser difusas ou rígidas em demasia);
- Hierarquias alteradas (quando ocorre alternância de responsabilidades e funções entre pais e filhos);
- Falhas no controle (quando o estreitamento dos laços familiares são excessivos, o que prejudica a autonomia; ou falhas importantes no controle, o que acarreta um funcionamento caótico. A existência de alianças e cumplicidade entre o portador do TA e um dos pais, também é freqüente).

Portanto, formas rígidas de relacionamento familiar, permanente intrusão nos pensamentos e sentimentos e um contexto familiar muito fechado em si, são características de organização familiar que favorecem o desenvolvimento dos TA's (HERSCOVICI, 1997).

CORDÁS (1993) caracteriza as famílias dos pacientes com transtornos alimentares, como sendo:

- Em sua maioria, muito fechadas em si mesmas e com pouco contato e trocas com o mundo externo a sua casa (família caramujo);
- Geralmente, muito comprometimento no nível de comunicação interpessoal;
- Pouca definição dos papéis familiares;
- Extrema valorização da própria aparência como grupo e do status social que conseguem atingir;

- Considerando os subsistemas, parece ser mais comprometido o parental; (dificuldade no estabelecimento de limites e normas claras e dificuldade para lidar com autoridade);
- Dificuldade de expressar com clareza e assertividade os sentimentos;
- É comum o empobrecimento afetivo do subsistema conjugal;
- Triangulação patológica, ocorrendo muito envolvimento dos filhos com os problemas dos pais;
- Frequentemente estão presentes outros quadros psiquiátricos na família, principalmente, doenças afetivas e dependência de álcool e drogas;
- Preocupação acentuada das mães com a estética. Além de obesidade nas mães ou dificuldade das mesmas em controlar seu comportamento alimentar, que levam junto suas filhas ao endocrinologista;
- Pais omissos e distantes da família com predomínio da autoridade e comando das mães;
- Subsistemas femininos (pares mãe/ filha e irmã/ irmã) são os mais comprometidos, existindo disputa e competitividade entre as mulheres da família.

Especificamente, nas famílias de anoréxicas, algumas características são apontadas na estrutura e dinâmica familiar. CORDÁS (1993) cita:

- Perfeccionismo (valorização do bom comportamento e de extrema adequação das condutas sociais);
- Superproteção (forte ligação com pais, principalmente com a mãe e preocupação em demasia com bem- estar dos membros familiares acarretando atraso no desenvolvimento e na autonomia pessoal);
- Aglutinação (união da família, de tal modo que, ocorre pouca diferenciação dos membros, tornando as fronteiras difusas e mistura dos papéis);
- Repressão das emoções (hipermoralidade, com controle sobre a expressão das emoções);

- Preocupação com o peso e com regimes (prática de dieta em um dos membros da família e medo exagerado de engordar, freqüentemente no casal parental. Além da idealização da magreza e supervalorização do culto ao corpo).

BURIAN et al. (1984) ao caracterizarem o sistema familiar, citam os seguintes aspectos:

- Família aglutinada;
- Triangulação: um dos pais alia-se ao paciente contra o outro membro do subsistema conjugal;
- Família centrada em funções corporais;
- Envolvimento de toda família com o comer, modos na mesa, dietas e modas alimentares;
- A família centrada no paciente, e este comprometido em ser leal, ainda que isto custe seu desenvolvimento;
- Estabelecimento de uma forte dependência da família com o médico devido a evolução e ameaça da doença;
- Rigidez nas regras e interações e negação dos conflitos.

Assim o quadro anoréxico é uma conseqüência natural das interações disfuncionais do sistema familiar (BURIAN et al., 1984).

Considerando as famílias de bulímicas, CORDÁS (1993) menciona como características comuns da estrutura e dinâmica familiares:

- Desarmonia (dinâmicas caóticas com pouco estabelecimento de regras de funcionamento);
- Limites (dificuldade em lidar com limites, oscilando entre regras extremas e ausência de normas);
- Preocupação com o peso e com dietas (preocupação extrema com gordura e dieta, onde freqüentemente um membro familiar faz regime e teme engordar);
- Instabilidade emocional (exposição dos filhos a instabilidade devido funcionamento desarmônico);

- Abuso de álcool, drogas e depressão;
- Impulsividade (dificuldade no controle e impulsos e em lidar com descargas emocionais de modo adequado).

Não existe um padrão familiar, entretanto, é comum a presença de alianças encobertas, alternância de culpabilidade, dificuldades para resolução de conflitos e para comunicação (HOLLIS, 1996; SELVINI-PALAZOLLI, 1990 Apud NUNES & RAMOS, 1998), confusão de papéis, falta de limites individuais e do senso de identidade pessoal (MINUCHIN et al., 1978 Apud NUNES & RAMOS, 1998). Características familiares como a ênfase e a valorização baseada em aspectos físicos também contribuem (HERSCOVICI, 1997).

É comum o sentimento de culpa na família, no entanto, não existe um culpado. Faz-se necessário a substituição desse sentimento pelos de responsabilidade e participação (CORDÁS et al., 1998; CORDÁS, 1993; TANNENHAUS, 1994).

Não devemos esquecer que aspectos familiares relacionam-se principalmente com a manutenção dos quadros (CORDÁS, 1993). Podemos citar o risco 2 a 3 vezes maior de encontrar bulimia em um familiar de primeiro grau, que na população geral. Sugere-se que certos traços da doença são herdados, entretanto, postula-se que a dinâmica familiar tenha mais um papel desencadeante e mantedor do que um fator causal no quadro, pois não existe padrão de interação familiar único que seja associado à bulimia nervosa (CORDÁS & FLEITLICH, 1998). Assim tornando-se necessária a busca das principais características das estruturas e dinâmicas familiares nas famílias de portadoras de transtornos alimentares, visando, sobretudo, traçar o perfil dessas famílias, para identificá-las e propiciar melhoria nos relacionamentos familiares, bem como, a superação da doença.

Sendo a mulher a principal responsável pela nutrição na relação mãe- filha, através da alimentação ocorre uma educação simbólica, onde são passados valores e dificuldades no tocante à comida. Assim, mesmo as que não tornam-se anoréxicas, “herdam” as mesmas dificuldades alimentares (LAWRENCE, 1991).

Segundo BAGATTINI (1998, p. 04):

“No se puede de tener en cuenta en la contitución de este cuadro clínico el valor de lo transgeneracional. Sobre todo del lado de la línea materna (abuelas, tías, etc) que se transmite silenciosamente, en el sentido de conflictos que no fueron tratados”.

HERSCOVICI (1997) também refere-se a freqüente transmissão de geração em geração da valorização pessoal dependente do estado físico, onde temas relacionados à comida e aparência são preocupações constantes nessas famílias.

ANDOLFI et al. (1989, p. 23) citam BOWEN (1978) *“ um sistema familiar não é uma simples realidade bidimensional; ao contrário, ele é uma realidade tridimensional na qual relações familiares passadas manifestam-se no presente a fim de desenvolver-se no futuro”.*

Poderíamos considerar à ênfase a beleza (magreza) e a alimentação como mitos familiares. Segundo NEUBURGER (1999) mito familiar é a crença que unifica o grupo, dando-o identidade e diferenciando-o do mundo exterior. O conjunto dessas crenças forma o mito familiar, a personalidade da família.

O mito familiar refere-se *“a un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Estos mitos familiares contienen muchas de las reglas secretas de la relación; reglas que se mantienen ocultas, sumergidas en la trivialidad de los clichés y las rutinas del hogar.”* (FERREEIRA, 1980, p. 156).

A função dos mitos familiares é a defesa grupal, pois promove a homeostase e a estabilidade da relação. Alguns mitos são transmitidos de geração em geração (FERREIRA, 1980) pela memória familiar (NEUBURGER, 1999). Vale ressaltar que os mitos não são exclusivos de famílias patológicas (FERREIRA, 1980).

SCHIATTINO et al. (1998) realizaram um estudo com díades mãe e filha primogênita, que pertenciam a nível sócio- econômico médio e médio- baixo, que consultaram o hospital por problema de sobrepeso. O objetivo da pesquisa era estudar a relação entre o grau de restrição materna e variáveis psicológicas de suas filhas primogênicas.

A variável restrição alimentar refere-se à tendência de uma pessoa a exercer um controle cognitivo sobre a ingestão alimentar, atuando como mediador entre o impulso de comer (fisiológico) e a necessidade de manutenção do peso corporal, dentro de uma faixa predeterminada (SCHIATTINO et al., 1998).

Foram analisadas 35 díades mãe- filha, fundamentando-se nas diferenças entre mães e filhas com alta e baixa restrição. Os resultados encontrados no estudo, indicam que mães com pontuações elevadas de restrição, têm filhas cujas pontuações são também superiores, quando comparadas com grupo de mães de baixa restrição e suas respectivas filhas. Assim, pode-se incluir aos fatores de risco de obesidade a alta restrição materna, como sinalizador de risco na gênese dos TA's. Tendo em vista essa associação, a dimensão restrição alimentar poderia auxiliar em tratamentos preventivos, bem como, no desenvolvimento de estratégias de tratamento e manutenção a longo prazo dos resultados (SCHIATTINO et al., 1998).

BOSI (1994) em seu artigo "A Nutrição na Concepção Científica Moderna: em busca de um novo paradigma" discute a visão científica dominante da nutrição e elabora uma concepção holística do fenômeno. Para a autora, a nutrição transcende o conceito

biologicista que reduz a relação homem/ alimento a um caráter orgânico/ fisiológico, situando assim, a nutrição como “*um fenômeno pluridimensional, que envolve: o corpo, os sentidos (prazer), a vida de relação (ritual), o intelecto, o afeto e o social- relações sociais*”

Sendo assim, o crescimento e o desenvolvimento dependem de aspectos predeterminados geneticamente e dos meios físico e cultural do nascimento. Para o crescimento físico e desenvolvimento psicossocial, os nutrientes contidos nos alimentos representam um fator essencial, podendo, inclusive, impedir o alcance do potencial genético total da criança no tocante aos aspectos físicos (altura, peso e força) e mental (ANDERSON et al., 1988; CHAVES, 1985).

A conceituação de crescimento e desenvolvimento apresenta limitações. Iremos adotar a definição de CHAVES (1985), para quem o desenvolvimento “*abrange tanto o crescimento físico do esqueleto e órgãos, como a diferenciação morfofisiológica e o desenvolvimento mental*” (CHAVES, 1985, p. 178).

Nos processos de crescimento e desenvolvimento diversos fatores interferem. Sendo uma nutrição equilibrada qualitativa e quantitativamente, o que fornece os nutrientes necessários, que representam a matéria- prima para o crescimento e desenvolvimento (CHAVES, 1985).

Nos primeiros seis meses é indicado o uso de leite materno exclusivo, não sendo recomendado o uso de água, chás, sucos, nem de outros tipos de leite. O leite humano é completo e apresenta uma composição adequada às necessidades nutricionais e à capacidade gástrica da criança, protege contra doenças infecciosas, otimiza o desenvolvimento neurológico da criança, tem baixo custo, além de favorecer o relacionamento mãe- filho (MONTE et al, 2002). Até o sexto mês a alimentação da criança

pela mãe deve ocorrer em ambiente íntimo e tranquilo, para proporcionar maior inter-relacionamento mãe- filho (COÊLHO, 1985).

MONTE et al. (2002, p. 15) ressaltam que *“uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno.”*

A partir dos seis meses, deve ser iniciada a introdução de alimentos complementares, sendo o aleitamento materno continuado até dois anos ou mais. A introdução precoce prejudica o desenvolvimento (MONTE et al, 2002). Nesse período é importante a formação de hábitos alimentares saudáveis que vão se construindo paralelamente ao crescimento (ANDERSON et al., 1988, GIUGLIANI & VICTORA, 1997, MAHAN & ARLIN, 1995, MONTE et al., 2002, VITOLO e cols., 2001). As atitudes familiares, a sensibilidade dos pais quanto à fome e saciedade, e confiança da mãe são tão importantes quanto o tipo de alimentação oferecida a criança (MAHAN & ARLIN, 1995, MONTE et al, 2002). Nessa fase, os hábitos e preferências alimentares são solidificados e carregados até a idade adulta (GIUGLIANI & VICTORA, 1997, MAHAN & ARLIN, 1995), tendo as refeições um caráter educativo (COÊLHO, 1985). Diversos fatores, como ambiente familiar, mídia, colegas, mal-estar ou doenças (MAHAN & ARLIN, 1995), .apetite, variedade/ monotonia, sabor/aroma e viscosidade/textura dos alimentos influenciam na ingestão alimentar e hábitos das crianças (GIUGLIANI & VICTORA, 1997, MONTE et al., 2002).

Segundo COÊLHO (1985) e MONTE et al. (2002), nessa faixa etária o planejamento alimentar deve considerar, além dos aspectos sócio- culturais e econômicos, as três dimensões do alimento:

- Fisiológica- os alimentos fornecem os nutrientes necessários ao crescimento, maturação e regulação. A introdução de novos alimentos complementares ao

leite materno deve ser gradual e a partir dos seis meses de idade, para que a criança receba o aporte nutricional adequado as suas necessidades, desenvolva uma boa aceitação e tolerância aos novos alimentos e, possa assim, ter um desenvolvimento adequado;

- Psicofísica- relacionada às características organolépticas dos alimentos, tais como: consistência, sabor, cor e temperatura;
- Psicossocial- o alimento também representa um estímulo emocional e funciona como integrador social, fazendo parte do contexto cultural.

Visto que o alimento além de fornecer os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento adequado da criança, também funciona como um estímulo psicofísico e psicossocial, conferindo ao alimento um caráter educativo. Na educação alimentar, os membros da família representam um modelo para criança imitar na aceitação ou recusa dos alimentos (MONTE et al., 2002)

Na adolescência o aporte nutricional deve respeitar as diferenças do sexo, considerando a idade, o período do estirão do crescimento e o grau de exercício realizado (ANDERSON et al., 1988, MAHAN & ARLIN, 1995). Aumentam as necessidades calóricas e de nutrientes devido o aumento da demanda necessária ao crescimento, desenvolvimento das características sexuais secundárias, maturação sexual e mudanças nas atitudes mentais, interesses e nas respostas emocionais (COELHO, 1985). Nessa faixa etária, os hábitos alimentares são influenciados pelo padrão alimentar familiar e social e afetados, frequentemente, por distúrbios emocionais. Os distúrbios alimentares (AN e BN) vêm tornando-se mais comuns, principalmente na adolescência e entre mulheres (MAHAN & ARLIN, 1995). Vale salientar que as pacientes com TA, geralmente, têm dificuldade em lidar com autonomia, independência e crescimento (CORDÁS, 1993)

A partir do sexto mês de vida faz-se necessário uma variedade alimentar para suprir as necessidades energéticas, protéicas e de micronutrientes (vitaminas e minerais). As

necessidades energéticas são dependentes da atividade física, massa corporal, clima e idade (MONTE et al., 2002).

A prática alimentar, iniciada através da amamentação desde quando a criança nasce é apontada como sendo o primeiro tipo de relacionamento mãe- filho (MONTE et al., 2002, VICENTE, 1998). Tendo em vista estes aspectos, este estudo também foi norteado pela hipótese da associação do contexto familiar com a gênese dos Transtornos Alimentares.

Estudos apontam a relação entre a dinâmica familiar e o peso de crianças e adolescentes. GARIBAY et al. (1995) em seus estudos concluíram que existe uma associação significativa entre a desnutrição primária grave em crianças e disfunções na dinâmica familiar. Já PAREDES & AVENDAÑO (1986) em estudo com 144 pacientes (54,1% de meninos) da Clínica de Obesidade do Hospital Infantil de México apontaram como fator de risco para obesidade em crianças e adolescentes a ocorrência de problemas na dinâmica familiar, o que esteve presente em 25,7% da amostra. Além desse aspecto, também consideraram como fatores de risco para a obesidade infantil exógena, a presença de: familiares obesos (81,2%), a introdução de leites humanizados antes dos três meses de idade (61,1%), parto prematuro (65,3%), início do sobrepeso antes dos nove anos (86,6%), alimentação irregular (95,8%), e sedentarismo (68,8%), não sendo observada relação entre o peso ao nascer e a intensidade da obesidade.

A maternidade e a amamentação representam um relacionamento íntimo que transcende o aspecto fisiológico de dar e receber alimento. O bebê deseja não só alimento, mas, também, a expressão de amor e compreensão. Essa relação é marcada pelo inconsciente da mãe e o inconsciente do bebê (HOLLIS, 1996). Assim, a amamentação apresenta como vantagem a promoção do vínculo afetivo da díade mãe- filho (MONTE et al., 2002). Em algumas situações, a criança internaliza sofrimento, mágoas, frustrações e

raivas inconscientes da mãe, independente de como as mães tentam encobrir suas emoções. A criança, por sua vez, passa a compensar a dor emocional através da obsessão por comida, comendo em excesso ou privando-se do alimento. Desse modo, tende a ser desenvolvido um comportamento alimentar autodestruidor, onde a comida passa a ocupar um papel central, sendo utilizada para entorpecer, mediar a dor e aliviar os sintomas (HOLLIS, 1996).

Permeada pelas mensagens culturais, essas vivências constroem o modelo de feminilidade e de imagem corporal. A autora aponta a mágoa de mãe e filha como a chave da obsessão pela comida, ressaltando a necessidade de “curar essas feridas” (mágoas), permitindo assim os processos de separação e individualização, onde a realidade e os sofrimentos possam ser enfrentados sem o uso da comida como mediadora dos conflitos da relação mãe- filha (HOLLIS, 1996).

LEMES et al. (1997) consideram as dificuldades no vínculo mãe- filho como a base de repercussões psicodinâmicas, relacionando o desencadeamento de problemas psicossomáticos às dificuldades maternas em responder as necessidades fisiológicas da criança. Para os autores “ *os primeiros conflitos da interação mãe- criança encontram sua expressão na esfera da nutrição*” (LEMES et al., 1997, p. 37). Sendo a AN, BN e obesidade citados entre os quadros mais relevantes de distúrbios nutricionais.

CASTILLO et al. (1990) e NÓBREGA & CAMPOS (1996) também apontam o vínculo mãe- filho como fator importante a ser considerado nos distúrbios nutricionais (desnutrição e obesidade), onde um comportamento materno adequado às necessidades nutricionais da criança, favorece que o reconhecimento das sensações da fome sejam gradativamente identificadas e diferenciados de outras necessidades internas. Quando a oferta de alimentos ocorre de maneira indiscriminada, a criança, que ainda apresenta aparelho psíquico imaturo, começa a não saber diferenciar sensação de fome ou saciedade,

e passa a associar seu desconforto e frustração à ingestão de alimentos, onde esta associação continua até a idade adulta.

A superalimentação materna é relacionado à incapacidade destas em imaginar outros desejos na criança. Conseqüentemente, estas crianças não aprendem a diferenciar suas necessidades reais, passando a temê-las e evitá-las, usando os alimentos como resposta as suas emoções. Além disso, a imagem corporal também é aprendida de modo errôneo e a reelaboração de uma nova imagem é dificultada, uma vez que não foi assimilado um bom relacionamento consigo mesmas (DALLERA & SORRENTINO, 1997).

A ênfase na alimentação abundante, o uso dos alimentos para celebração de tempos felizes e para consolar a tristeza é comum em famílias de bulímicos. Portanto, nesses pacientes o ato de comer passa a ter um papel emocional e comportamental e não simplesmente um benefício nutricional (DROSSMAN, 1993).

Um aspecto importante na recusa alimentar é que a criança percebe que seu comportamento mantém sob controle a mãe e todo seu ambiente. Esse tipo de vinculação favorece a infantilização da criança, o desenvolvimento de uma personalidade precária e dificuldades na socialização (NÓBREGA & CAMPOS, 1996).

Outro dado relevante é que de 20 famílias de anoréxicas, estudadas por uma equipe encarregada da pesquisa e do tratamento da AN na clínica psiquiátrica da Universidade do Chile em Santiago, em oito delas os pais encarregados do sustento da família desenvolviam atividades relacionadas diretamente ao tema alimento (padeiro, pasteleiro, açougueiro e cozinheiro) e outros oito casos, um dos pais tinha trabalho relacionado indiretamente (vendedor de frutas, moleiro e chacareiro) (ZEGERS et al. 1988).

Além da vivência familiar, faz-se necessário considerar o aspecto sócio-cultural e as práticas alimentares relacionadas aos TA's.

Os padrões de beleza vigentes valorizam uma magreza extrema dos corpos femininos (BUCKROYD, 2000; MORGAN & AZEVEDO, 1998c; OGDEN, 1993). A pressão para o emagrecimento interagindo com outros aspectos (biológicos, psicológicos e familiares) geram uma preocupação extrema com o corpo e o medo mórbido de engordar, que são características da anorexia e bulimia nervosas. Assim os fatores sócio- culturais podem ser considerados influências marcantes na etiologia dos TA's (MORGAN & AZEVEDO, 1998c).

Embora sempre tenha se buscado moldar o corpo da mulher em busca de aceitação afim de torná-lo desejado para com isso provar a feminilidade, os meios utilizados variaram conforme a época, passando pelo enfaixamento dos pés dos chineses, o uso de espartilhos, a redução dos seios com o uso de faixas apertadas e uso de enchimentos ou próteses nos bustos. Atualmente, as dietas de emagrecimento equivalem a estas práticas de modelagem dos corpos em busca da criação de uma forma ideal, onde cerca de 90% das mulheres fazem dieta em algum momento da vida (OGDEN, 1993).

Foi atribuído socialmente ao peso corporal um significado especial que tem levado as mulheres a uma obsessão pelo emagrecimento, fazendo, conseqüentemente, com que a indústria das dietas e dos produtos relacionados ao emagrecimento prosperassem. Assim, mulheres envolvem-se em práticas de dietas por se sentirem gordas, mesmo estando na faixa de peso de normalidade, o que reflete uma superestimação do tamanho corporal. E a indústria das dietas não faz essa distinção. Além da mídia divulgar a mensagem de que devemos ser magras, nos últimos anos tem apontado como “ideal” um peso cada vez menor.

Associada ao padrão do corpo magro é veiculada a mensagem de sucesso, controle, aceitação, conquistas de amor e estabilidade psicológica. Assim, a mulher acredita que sendo magra conquistará todas as qualidades positivas, sendo a prática de dietas vendida

como solução para todas as dificuldades. E, na ocorrência de insucesso na redução de peso, a mulher é vista como incapaz e sem auto- controle (OGDEN; 1993). Entretanto, o padrão imposto como ideal é bem mais esbelto que a forma mediana, não respeitando os diferentes biótipos e fazendo com que as mulheres sintam-se gordas e desejem o emagrecimento. Para isso, iniciam dietas e aderem a práticas inadequadas de controle de peso, tais como: fumo, vômitos auto- induzidos, laxativos, e remédios para emagrecer (BUCKROYD, 2000; OGDEN, 1993; MORGAN & AZEVEDO, 1998c). Portanto, a não aceitação do corpo leva muitas mulheres a caírem na armadilha das dietas, sendo essa alienação das mulheres quanto aos seus corpos apoiada pela indústria do emagrecimento que perpetua os mitos acerca das dietas (BUCKROYD, 2000).

Paralelo aos padrões ideais de beleza, de modelos e atrizes extremamente magras, observamos uma maior oferta de alimentos de consumo rápido e de elevado teor calórico, somados a um estilo de vida cada vez mais sedentário (MORGAN & AZEVEDO, 1998c).

Assim, temos um campo favorável ao desenvolvimento de TA.

Embora os primeiros relatos de TA tenham ocorrido antes da veiculação desses padrões idealizados de magreza, marcantes na cultura ocidental, e também tenhamos relatos em diversos países, como Ásia, Malásia, Singapura, China, Hong Kong, África, Japão (onde esta pressão não é evidente), não podemos ignorar a ligação entre a pressão para o emagrecimento, a valorização da “cultura do corpo” e a prática de dietas com a gênese dos TA’s (MORGAN & AZEVEDO, 1998c).

No Brasil, tivemos nas últimas décadas um aumento dos casos de TA’s (MORGAN & AZEVEDO, 1998c).

GRANDO (2000) em sua dissertação de mestrado, dentro da perspectiva qualitativa, entrevistou profissionais da equipe de enfermagem envolvidos no cuidado de pacientes com TA nas enfermarias do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa referiram o padrão estético de beleza da magreza, socialmente adotado, como um aspecto relevante para o desenvolvimento dos quadros. Citamos aqui a fala de uma das entrevistas (p. 61):

“A causa é social, porque além das pessoas se alimentarem de maneira inadequada, ela se priva do que é saudável, para ser magro. Aqui também entram as questões dos exercícios, academias. A imagem que é passada, de estereótipo, de tipo físico é ser magro. Um exemplo disso é que todas as modelos são magras, com aspecto de doente, como as da FORUM”(S.2).

Baseado nesses dados, considerando os TA's como um fenômeno pluridimensional que situa-se na interface de interação com diversas dimensões, nosso objetivo nesse estudo é explorar a interface dos contextos intra- pessoal, familiar e sócio-cultural com os comportamentos alimentares, as práticas inadequadas de controle de peso e a gênese desses quadros clínicos.

3.) OBJETIVOS

3.1) Objetivo Geral:

Conhecer, através da narrativa de mulheres, a vivência e os significados dos transtornos alimentares, considerando os contextos intra- pessoal, familiar e sócio- cultural dos comportamentos alimentares e das práticas inadequadas de controle de peso, visando com isso, subsidiar a formação de estratégias de atendimento.

3.2) Objetivos Específicos:

3.2.1) Identificar e analisar os comportamentos e as práticas das portadoras de transtornos alimentares, relacionados a alimentação, peso e corpo, através das dimensões intra- pessoais, familiares e sócio- culturais.

3.2.2) Identificar elementos psico- afetivos e momentos traumáticos na vivência dessas mulheres.

3.2.3) Descrever a estrutura familiar, através de seus subsistemas parental, conjugal, filial e fraterno, analisando os tipos de relações familiares estabelecidas.

3.2.4) Discutir a prática assistencial das pacientes com transtornos alimentares, contribuindo assim, para uma melhor abordagem terapêutica.

4) METODOLOGIA

4.1) Natureza do Estudo

Para MINAYO et al. (1994, p. 16) metodologia é “*o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade*”.

Nesse sentido, em nossa investigação, optamos pela abordagem metodológica qualitativa, por tratar-se de um objeto de estudo de natureza simbólica que não pode ser quantificado, mas, sim, compreendido e interpretado à luz das relações sociais (MINAYO et al., 1994).

MINAYO et al. (1994) reforçam que:

“ *a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas*” (MINAYO et al, 1994, p. 22).

Entretanto, dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Pelo contrário, são complementares, pois abrangem a realidade que interagem (MINAYO et al., 1994). Enquanto a metodologia quantitativa preocupa-se com generalizações, princípios e leis, a abordagem qualitativa busca compreender as mediações simbólicas que se figuram pelas percepções da pessoa que vivência o fenômeno a ser estudado (MARTINS & BICUDO, 1994).

Para HAGUETTE (1999) o método qualitativo apresenta superioridade por compreender os aspectos subjetivos dos fenômenos sociais, sendo incapaz de serem captados através da estatística. Já MINAYO et al. (1994) e MARTINS & BICUDO (1994), apontam a complementaridade entre os dois métodos. Assumimos assim, a postura de

considerar as abordagens complementares, optando por utilizar a análise qualitativa para este estudo.

Outro aspecto relevante é o fato de que a pesquisa quantitativa trabalha com fatos e a qualitativa com fenômenos. O fenômeno é multideterminado, multifacetado, que se revela num conjunto de significações, não sendo explicado por si só, sendo isso que nós procuramos, enquanto pesquisador; essa realidade multifacetada que se desdobra na reciprocidade do diálogo estabelecido entre pesquisador e depoente. É nesse encontro humanamente realizável que procuramos compreender o nosso objeto de estudo; é do nosso olhar que emergiu as significações do fenômeno estudado que é vividamente construído (MARTINS & BICUDO, 1994).

Nessa investigação, a interação entre pesquisador e sujeitos é fundamental (MINAYO et al., 1996), sendo o objeto construído e não havendo neutralidade, mas, sim, uma ligação dialética (DEMO, 1995). Desse modo, o fenômeno é uma construção vivida pela reciprocidade do diálogo (MARTINS & BICUDO, 1994).

Com base nesses conceitos buscamos compreender e interpretar qual a percepção das portadoras de transtornos alimentares, no que se refere aos contextos intra- pessoal, familiar e sócio- cultural, bem como, qual a interface desses aspectos com os comportamentos alimentares, as práticas inadequadas de controle de peso e a gênese dos TA's. Acreditamos que, embora não seja única, existe uma relação entre tais contextos com o desencadeamento e a manutenção dos referidos quadros.

4.2) Sujeitos e Local da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram adolescentes e mulheres, na faixa etária de 13 a 52 anos. A literatura aponta como sendo a faixa de risco de 12 a 29 anos. Em nossa prática clínica, observamos que o início dos quadros ocorre principalmente nessa faixa etária, entretanto, o início do quadro e do tratamento pode ocorrer tardiamente para algumas.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados nas seguintes instituições:

- CETRATA- Centro de Estudos e Tratamentos em Transtornos Alimentares. Vinculado ao ambulatório de saúde mental do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.
- Serviço Privado- onde exercemos a profissão de nutricionista atualmente, na cidade de Fortaleza- CE.

A instituição pública é um centro de referência para acompanhamento de transtornos alimentares, vinculados a um hospital universitário na cidade de Fortaleza (CE) e possui equipe interdisciplinar especializada nas patologias estudadas.

Os casos estudados oriundos da clínica privada, também são acompanhados por equipe interdisciplinar. Optamos por trabalhar com mulheres, uma vez que tanto a literatura especializada, como a nossa prática clínica, apontam a predominância das patologias alvo do estudo no sexo feminino.

Como critérios para seleção dos sujeitos, consideraremos a existência de diagnóstico clínico prévio através de entrevista clínica de triagem, tanto na instituição pública quanto na clínica privada que possibilitaram o preenchimento dos critérios diagnósticos de transtornos alimentares de acordo com DSM- IV (1995) e o CID-10 (1993).

Na seleção dos casos, buscamos diversificação quanto às características gerais, tais como: idade, escolaridade, atividades realizadas, renda familiar, estado civil, tipo de quadro de transtornos alimentares e tempo de início do quadro, afim de que pudéssemos apreender leituras com características semelhantes e diferentes, contemplando, assim, diferentes ângulos do problema.

A partir das características gerais que definem o perfil dos sujeitos, selecionamos e entrevistamos casos para os três tipos de transtorno alimentar, sendo 03 de anorexia nervosa, 02 de bulimia nervosa e 02 de transtorno do comer compulsivo, totalizando sete casos.

Na metodologia qualitativa, a definição do número de sujeitos entrevistados não se baseia em uma representatividade numérica afim de generalizar para a população, e sim, uma coleta de informações, que por sua profundidade e abrangência, permita uma análise profunda das falas e uma compreensão do objeto investigado (MINAYO, 1996).

Sendo assim, o número de entrevistados foi estabelecido de acordo com a reinteração das categorias empíricas. Ou seja, à medida que ocorre uma homogeneidade do fenômeno estudado a partir das falas das depoentes (MINAYO, 1996).

Foi muito gratificante o fato de que todas as mulheres convidadas, concordaram em participar do estudo, dando suas entrevistas e nos permitindo penetrar no seu “mundo” existencial no tocante aos seus contextos intra- pessoal, familiar e sócio-cultural, bem como no que se refere aos seus comportamentos alimentares, práticas de controle de peso e seu quadro de TA.

4.3) Descrição e Trabalho de Campo

Na pesquisa qualitativa, entendemos campo como, “*o recorte espacial que corresponde a abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação*” (MINAYO, 1996, p. 105).

Segundo MINAYO et al. (1994, p. 54-56) alguns aspectos devem ser considerados na entrada em campo:

- *“devemos buscar uma aproximação, de preferência, gradual com as pessoas da área selecionada;*
- *deve ocorrer a apresentação da proposta de estudo aos envolvidos na pesquisa;*
- *em relação a problemática a ser estudada, o pesquisador deve admitir uma postura onde não permita posicionamento de superioridade e inferioridade;*
- *pressupõe-se um cuidado teórico- metodológico acerca da temática a ser investigada, na opção pelo trabalho de campo.”*

O trabalho de campo foi realizado nos meses de abril a junho de 2001.

Inicialmente foram coletados dados sócio-demográficos para caracterização do perfil do entrevistado e quando necessário, utilizamos dados presentes nos prontuários e registros clínicos das pacientes (Anexo- 7.2). Para classificar o estado nutricional, os resultados obtidos foram comparados com os parâmetros de índice de massa corporal (IMC) para adultos, segundo a Organização Mundial de Saúde WHO (1998), e para adolescentes segundo ROSNER et al. (1998), os quais encontram-se nas tabelas 1 e 2.

Realizamos contato direto com as pacientes que atendiamos na clínica privada e no ambulatório do hospital, esclarecendo quanto a realização da pesquisa e de seus objetivos. Em seguida, marcamos um local e horário conveniente para a realização das entrevistas individuais. As entrevistas duraram em média 1 hora e 15 minutos, as quais, após o

consentimento (Anexo- 7.1), foram gravadas. Posteriormente foram transcritas e analisadas procurando-se identificar a **história de vida** relacionada a alimentação e nutrição. Para realização das entrevistas escolhemos um local que garantisse o silêncio e o sigilo da depoente, com o estabelecimento de um horário conveniente. Assim, as depoentes (5,6) tiveram suas entrevistas realizadas na sala do ambulatório do CETRATA, as informantes (1,2,3,4) em suas residências e a depoente (7) no consultório de nutrição. Isso ocorreu de acordo com a conveniência para as mesmas.

As entrevistas foram do tipo semi-estruturada, visto que pretendíamos captar os significados simbólicos dos fenômenos, e o uso de questionários estruturados previamente poderia limitar a expressão dos depoentes acerca da problemática investigada (MICHELAT, 1975). Optamos por esse tipo de entrevista devido a necessidade de aproximação dos aspectos subjetivos. Em campo usamos um roteiro semi- estruturado norteador para conduzir a entrevista, sem no entanto, utilizar perguntas indutivas e/ou que limitassem a apreensão de fenômenos que apresentam-se de maneira multifacetada (Anexo- 7.3). Também utilizamos a técnica etnográfica de observação participante. A sua importância é devida a possibilidade de registro de fenômenos não-verbais, que não podem ser captados por perguntas ou documentos, constituindo-se assim, em uma forma complementar para coleta de elementos da investigação (HAGUETTE, 1999).

Utilizamos o diário de campo com a finalidade de registrar observações acerca de expressões e manifestações da depoente, percepções e dúvidas do pesquisador, bem como, descrições do ambiente físico. Estas informações não podem ser obtidas por outras técnicas e são muito relevantes para este tipo de estudo (MINAYO, 1996).

Após a realização de sete entrevistas, observamos que as categorias reincidiam. Este fato nos levou a considerar que o material coletado até então era suficiente, alcançando assim nosso objetivo.

4.4) Procedimentos de Organização e Análise dos dados

O material coletado nas entrevistas, bem como, os conteúdos obtidos através da observação participante, registrados no diário de campo, foram transcritos no WINWORD 7.0.

Após a ordenação e transcrição dos dados, realizamos uma leitura singular (individualizada) e exaustiva de todas as entrevistas. Essa leitura foi descomprometida de qualquer tipo de categorização e visava uma maior aproximação com o material empírico, começando a ressaltar os primeiros núcleos de sentido e unidades de significação.

Com as releituras individuais, foram apreendidas e destacadas as primeiras unidades de significação. Posteriormente, realizamos uma leitura transversal das entrevistas, o que nos permitiu identificar os núcleos de sentido e a construção das categorias empíricas de análise. Assim, as diversas unidades de significação formadas através da leitura horizontalizada, foram agrupadas na forma de categorias de análise e estas constituíram os temas centrais. As categorias surgem da conjunção de núcleos de sentido que lhes confere sentido e coerência interna.

Nesse momento inicial da pesquisa, procuramos penetrar no conjunto de informações obtidas. Para isso, abandonamos as categorias e classificações pré- definidas, afim de evitar o enquadramento dos dados. No entanto, essas categorias fazem parte do processo de análise, sendo a partir desse confronto passível inicial, que emergiram nossas categorias de análise para o entendimento do fenômeno estudado (SPINK e org., 1999).

A partir dessas categorias, desenvolvemos os mapas de associação, organizando o conteúdo das informações e buscando a construção de sentido.

Partindo do tema gerador (questão condutora), dos objetivos da pesquisa, da literatura especializada no assunto e do conteúdo das entrevistas, definimos as categorias de análise e construímos os diagramas de significações.

Em seguida, realizamos um diálogo reflexivo, articulando os conteúdos empíricos e teóricos que nortearam a nossa investigação.

4.5) Aspectos éticos

Tivemos a preocupação de preservar a identidade das entrevistadas, garantindo o sigilo das suas respostas e realizando as entrevistas com consentimento.

Foi solicitado a assinatura de um termo de consentimento após o esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa. Além disso, o projeto de pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.

5) ANÁLISE E DISCUSSÃO

Segundo AMATUZZI (2001), a fase da análise começa no ato do encontro entre o sujeito e o pesquisador, quando a entrevista conduzida mobiliza o acesso à experiência vivida para além do já dito, progressivamente. Desse modo, o pesquisador inevitavelmente assume a postura de diálogo com o entrevistado, reavivando o fenômeno (MARTINS & BICUDO, 1994), sendo a análise posterior, o momento de sistematização dos dados (AMATUZZI, 2001).

Formalmente, a análise inicia-se com a transcrição das fitas das entrevistas (MINAYO, 1994, MINAYO, 1996). Após a finalização de cada entrevista, à medida que os dados foram sendo coletados, aspectos relevantes iam sendo identificados, onde pontos marcantes puderam ser vistos e explorados no decorrer da pesquisa (MARTINS & BICUDO, 1994).

O material coletado de cada entrevista foi analisado afim de compreender a interface dos contextos intra- pessoal, familiar e sócio-cultural com os comportamentos alimentares, as práticas de controle de peso e os transtornos alimentares. Para tanto, as entrevistas foram transcritas, lidas e organizadas afim de que fossem melhor compreendidos os objetivos buscados na pesquisa.

Primeiramente, realizamos a leitura transversal do material de cada depoimento, buscando um primeiro contato de maior profundidade e a apropriação singularizada do conteúdo. Esse contato inicial é denominado de leitura flutuante (MINAYO, 1996).

Em seguida, realizamos leitura horizontal das entrevistas afim de identificar e sistematizar as idéias contidas nos discursos das portadoras de TA.

Com a leitura exaustiva dos depoimentos identificamos inúmeras informações. Partindo desses dados, identificamos unidades de significação e núcleos de sentido.

Evidenciando a associação de idéias e sentidos, os núcleos de sentido foram agrupados, formando as categorias de análise que apresentam sentido e coerência interna e fazem parte dos temas centrais.

Nossa análise e discussão foram norteadas pelos temas centrais e categorias de análise observadas homogeneamente nos depoimentos.

Do processo de análise descrito, dividimos como temas centrais: a **HISTÓRIA PESSOAL**, os **ASPECTOS FAMILIARES**, o **CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL** e o **TRANSTORNO ALIMENTAR E SUAS INTERFACES**.

Por sua vez, os temas centrais possuem categorias específicas.

Faz-se oportuno uma descrição breve acerca de cada tema central e categorias de análise. Visamos com isso, facilitar a compreensão do nosso objeto de estudo.

O primeiro tema central, a **HISTÓRIA PESSOAL**, possui as seguintes dimensões da realidade:

- **História do Peso e Percepção da Imagem Corporal**

Iniciamos nossa análise, abordando a história do peso, percorrendo diversas fases da vida das depoentes, do nascimento aos dias atuais. Simultaneamente, relacionamos aspectos da insatisfação com a imagem corporal com as práticas obsessivas de pesagem e medição de partes do corpo. Aqui, descrevemos e confrontamos o peso real e o peso idealizado por essas mulheres, bem como o modo como elas avaliam seus corpos, além das práticas inadequadas de controle de peso adotadas.

- **Comportamentos e Práticas Alimentares**

Analizamos neste item, o tocante aos comportamentos alimentares desde a infância, buscando os motivos que levaram nossas depoentes à prática de dietas, bem como a adoção de práticas inadequadas de controle de peso. Observamos os comportamentos restritivos e compulsivos, considerando o sentido simbólico dos alimentos. Nesta dimensão procuramos

identificar e caracterizar no discurso dessas mulheres a interface relacional de seus comportamentos alimentares com a gênese dos transtornos alimentares.

- **Elementos Psico- Afetivos e Momentos Traumáticos**

Nesta instância, abordamos os elementos psico- afetivos relacionados à estrutura de personalidade e de comportamentos presentes no discurso de nossas entrevistadas. Percorremos aqui, os eventos significativos e momentos traumáticos vivenciados por estas mulheres em diferentes fases de suas vidas, buscando elos de ligação desses conteúdos com o quadro clínico de transtorno alimentar.

O segundo tema, **ASPECTOS FAMILIARES**, abriga as seguintes dimensões:

- **Estrutura e Relações Familiares**

A partir do conteúdo das entrevistas, revisitamos a biografia de nossas informantes, descrevendo aspectos referentes à estrutura e dinâmica de suas famílias. Aqui, articulamos as características do contexto familiar das portadoras de transtornos alimentares com o desenvolvimento desses quadros clínicos. Para isso, analisamos a dinâmica e a relação dessas mulheres com diferentes membros de suas famílias, afim de que possamos identificar características de interação desses sub-sistemas, tais como: modo de reagir a diferentes situações, modo de expressar sentimentos, enfim, o modo relacional.

- **Peso, Imagem Corporal e Hábitos Alimentares: História e Valores Familiares**

Observamos como é descrito o peso e a imagem corporal dos diversos membros da família dessas mulheres entrevistadas. Através dos hábitos alimentares, buscamos analisar sua relação com a formação dos hábitos alimentares das depoentes e sua relação com o desencadeamento desses quadros. Para tanto, ilustramos como nossas informantes em seus discursos descrevem e avaliam o peso, o corpo e os hábitos alimentares de seus familiares. Também discutimos os valores e crenças dessas famílias acerca de alimentos e peso/ corpo, analisando, paralelamente, o impacto e a incorporação dessas mensagens à vida de nossas

entrevistadas, onde a necessidade de aceitação e valorização em suas famílias as conduz a adotarem comportamentos alimentares e práticas de controle de peso inadequados. Buscamos compreender o modo como essas mulheres receberam essas mensagens familiares, levando-as a adotarem comportamentos de risco no tocante a alimentação e peso. A relevância desse aspecto diz respeito ao caráter transgeracional que essas mensagens possuem.

O terceiro tema, **CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL**, agrupa as dimensões:

- **Incentivo à Dietas e Pressão à Magreza**

À luz do ambiente sócio- cultural, avaliamos a interferência das mensagens de incentivo à práticas de dietas e à busca do corpo ideal, onde a magreza tornou-se o padrão de beleza feminina vigente na atualidade, sendo idealizado pela maioria das mulheres. Para isso, destacamos as mensagens sociais e publicitárias veiculadas e citadas por nossas depoentes. Também discutimos como atuam a indústria do emagrecimento e o comércio arbitrário de produtos relacionados ao emagrecimento, que não consideram, tampouco respeitam, o biótipo e a individualidade genética das mulheres, tornando-as, assim, “escravas” das dietas.

- **Assistência Profissional**

Discutimos as intervenções terapêuticas realizadas para as pacientes estudadas, abordando a inadequação de condutas médicas especializadas (clínica, endocrinologista, psiquiatra) e de psicólogos e nutricionistas, onde o desconhecimento, muitas vezes retarda o diagnóstico e acarreta procedimentos inadequados que dificultam a recuperação e que favorecem a cronificação do quadro. Também discutimos aspectos do tratamento realizado por uma equipe interdisciplinar especializada, composta de: psicólogos, nutricionistas, psiquiatra e clínico/ endocrinologista. Ressaltamos a importância da coesão dos membros

da equipe para o desafio de cuidar das portadoras de transtornos alimentares, bem como, a abordagem nutricional baseada na reeducação alimentar.

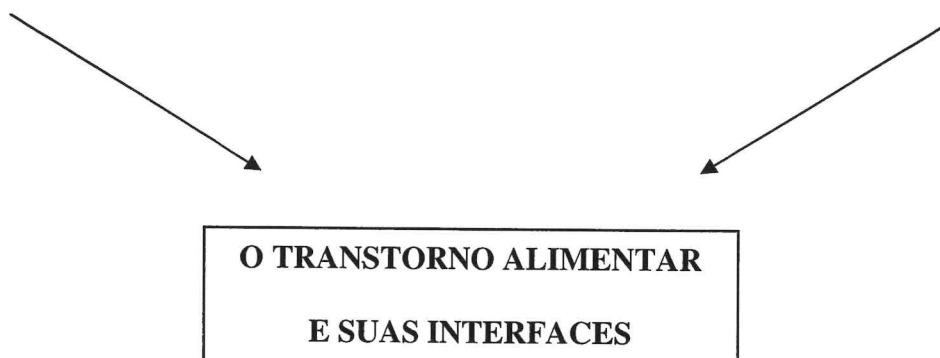
Por fim, discutimos o **TRANSTORNO ALIMENTAR E SUAS INTERFACES**.

Finalizamos nossa análise abordando aspectos intra- pessoais, familiares e sócio-culturais dos TA's, considerando o peso, a imagem corporal, os comportamentos e práticas alimentares e as relações estabelecidas, afim de que possamos identificar as influências e interferências, bem como, as percepções dessas mulheres de acordo com suas vivências. Também consideramos a percepção das depoentes e de seus familiares com a descoberta do quadro e como as mesmas avaliam sua recuperação.

O nosso modelo de análise é apresentado no Quadro 7, a seguir:

Quadro 7: Modelo de Análise dos Dados do Estudo de TA's em Fortaleza, 2001.

TEMAS CENTRAIS	HISTÓRIA PESSOAL	ASPECTOS FAMILIARES	CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL
	História do Peso e Percepção da Imagem Corporal	Estrutura e Relações Familiares	Incentivo à Dietas e Pressão à Magreza
CATEGORIAS DE ANÁLISE	Comportamentos e Práticas Alimentares	Peso, Imagem Corporal e Hábitos Alimentares: História e Valores Familiares	Assistência Profissional
	Elementos Psico-Afetivos e Momentos Traumáticos		



5.1) Perfil dos entrevistados

Iniciaremos a nossa análise e discussão, caracterizando as sete mulheres que foram sujeitos da nossa investigação. As entrevistadas foram identificadas em ordem seqüencial a partir da realização das entrevistas.

Os dados referentes ao perfil das entrevistadas no estudo foram coletados através de um formulário (Anexo- 7.2), e os resultados são apresentados nos quadros 8, 9 e 10. Consideramos importante para o fenômeno estudado as informações descritas nos referidos quadros, uma vez que caracterizam o perfil das mulheres portadoras de TA's do nosso estudo.

As variáveis consideradas foram as seguintes: idade de início do quadro clínico, diagnóstico atual, estado civil, prática religiosa, escolaridade, profissão, renda individual, escolaridade do pai, atividade profissional do pai, escolaridade da mãe, atividade profissional da mãe, renda familiar, idade, peso, altura e IMC no início do tratamento e atualmente, peso mínimo e peso máximo.

O quadro 8 resume algumas características dessas mulheres. Vejamos a seguir:

Quadro 8- Descrição das mulheres portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com idade de início do quadro, diagnóstico, estado civil, prática religiosa, escolaridade, profissão e renda individual. Fortaleza, 2001.

INF.	Idade In. Qu. (anos)	Diagnóstico	Estado Civil	Prática Religiosa	Escolaridade	Profissão	Renda Individ. (mensal)
1	15	AN/R	Solteira	Católica	2º grau incompleto (faz 2º ano)	Estudante	—
2	17	AN/R	Solteira	Católica	2º grau completo	Estudante	—
3	45	TCC	Casada	Católica	2º grau completo	Dona de Casa	—
4	33	BN/P	Casada	Católica	2º grau completo	Comerciante	R\$3.000,00
5	14	BN/P	Solteira	Católica	1º grau maior incompleto (faz 8ª série)	Estudante (prof. Particular)	R\$ 45,00
6	12	AN/R	Solteira	Católica	1º grau maior incompleto (faz 8ª série)	Estudante	—
7	42	TCC	Casada	Católica	Superior Completo + Mestrado	Economista	R\$1.500,00

Legendas:

AN/R- anorexia nervosa do tipo restritiva

BN/P- bulimia nervosa do tipo purgativa

INF. – informante

Idade In. Qu. (anos) – idade inicial do quadro em anos

Renda Individ. – renda individual

TCC- transtorno do comer compulsivo

Verifica-se que, conforme planejado, obtivemos sujeitos de perfil diversificado o que facilitou a apreensão de semelhanças e diferenças, afim de aprofundar os conhecimentos acerca do fenômeno estudado, enfatizado como importante por MINAYO (1996).

As depoentes foram selecionadas tanto do setor privado em consultório particular (1, 2, 3, 7), como no CETRATA (4, 5, 6), um setor público de assistência às portadoras desses quadros.

A idade de início do quadro variou de 12 a 45 anos, sendo mais precoce naquelas com AN e mais tardia naquelas com TCC. A idade atual era de 13 a 53 anos, estando a patologia instalada a pelo menos 10 meses

Foram entrevistadas mulheres com os três tipos de diagnóstico, sendo três com anorexia nervosa (AN), duas com bulimia nervosa (BN) e duas com transtorno do comer compulsivo (TCC).

Quanto ao estado civil, encontramos quatro mulheres solteiras e três casadas. Em relação a prática religiosa, todas referiram ser católicas, praticantes ou não.

A escolaridade variou de 1º grau maior incompleto a superior completo. Sendo duas com 1º grau incompleto (cursando 8ª série), uma com 2º grau incompleto (cursando 2ª série do 2º grau), três com segundo grau completo e uma com superior completo.

Nossas mulheres são em sua maioria estudantes (1, 2, 5, 6), a depoente 4 é comerciante com nível secundário, a 3 é dona de casa, não exercendo atividade profissional e a 7 com nível superior, exerce atividade profissional.

A maioria das mulheres não possuem renda individual, dependendo economicamente da família (pais ou esposo). Uma delas (5) referiu que além de estudar, trabalhava dando aula particular e duas delas (4, 7) exercem atividades remuneradas.

No quadro 9, descrevemos características referentes a aspectos familiares dessas mulheres.

Quadro 9- Descrição das mulheres portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com escolaridade do pai, atividade profissional do pai, escolaridade da mãe, atividade profissional da mãe e renda familiar. Fortaleza, 2001.

INF.	Escolaridade do Pai	Atividade Profissional do Pai	Escolaridade da Mãe	Atividade Profissional da Mãe	Renda Familiar
1	2º grau completo	Empresário	4º pedagógico	Professora	Mãe = R\$700,00 Pai = R\$5.000,00
2	Superior Completo (Letras)	Professor	Superior Completo	Assistente Social	Mãe = R\$1.200,00 Pai = R\$3.000,00
3	2º grau completo	Funcionário Público	1º grau menor completo	Dona de Casa (Falecida)	Marido = R\$5.000,00
4	1º grau menor incompleto	Operário	1º grau menor completo	Costureira (chefe de corte)	Paciente/ Marido = R\$8.000,00
5	Desconhece	Desconhece	1º grau menor completo	Doméstica (atualmente não trabalha)	Padrasto = R\$260,00
6	Superior Completo	Professor e Engenheiro Civil	Superior Completo c/ Especialização	Professora	Mãe = R\$1.500,00 Pai = R\$ 300,00 (fixo) + variável até R\$10000,00
7	Superior Completo	Professor universitário (aposentado)	1º grau maior completo	Dona de Casa	Paciente/ Marido = R\$5.000,00

Quanto à escolaridade dos pais, observamos que, um possuía 1º grau menor incompleto, dois tinham 2º grau completo, três tinham superior completo e um era desconhecido. Já a escolaridade das mães foi a seguinte: uma com 4º pedagógico, três com 1º grau menor completo, uma com 1º grau maior completo e duas com superior completo.

As atividades profissionais dos pais, referidas pelas depoentes foram: uma empresário, um funcionário público, um operário, três professores e um desconhecido. As atividades profissionais das mães, foram: duas donas de casa (sendo uma já falecida), uma doméstica, uma costureira, uma assistente social e duas professoras.

A renda familiar variou de R\$ 260,00 a R\$ 8.000,00, caracterizando uma estratificação social diversificada. Exceto por uma paciente (5) todas as demais eram de famílias com renda superior a no mínimo R\$ 1. 800,00 o que demonstra que eram de classe média ou média alta.

No quadro 10, descrevemos dados relacionados a características antropométricas, referentes a peso, altura e índice de massa corporal (IMC).

Quadro 10- Descrição das mulheres portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com idade, peso, altura e IMC no início do tratamento, idade, peso, altura e IMC atual, peso mínimo, peso máximo. Fortaleza, 2001.

INF.	Idade	Peso	Altura	IMC	Idade	Peso	Altura	IMC	Peso	Peso
	In. Tr.	In. Tr.	In. Tr.	In. Tr.	Atual	Atual	Atual	Atual	Mín.	Máx.
1	16	46,4	1,59	18,41	16	55,4	1,59	21,98	46,4	73
2	17	38,0	1,60	14,84	18	50,2	1,61	19,38	38,0	58,0
3	52	83,0	1,49	37,38	53	79,6	1,49	35,85	68,0 (50an.) 45,0 (20an.)	84,0
4	35	44,5	1,43	21,81	35	42,9	1,43	21,02	40,5	61
5	15	50,5	1,53	21,58	15	47,5	1,53	20,29	47	62
6	13	33	1,63	12,45	13	34	1,63	12,83	32	68
7	42	72	1,55	30,0	42	71,4	1,55	29,75	64 (36an.) 58 (antes gesta- ção)	73

Legenda:

an. – anos

In. Tr. – início do tratamento

Peso Mín. – peso mínimo

Peso Máx. – peso máximo

No início do tratamento a idade variou de 13 a 52 anos, sendo o diagnóstico de AN (1, 2, 6) encontrado entre as de menor idade e os de TCC (3, 7) entre as de maior idade.

Para a avaliação nutricional, consideramos os dados antropométrico de peso, altura e IMC.

O peso é medido em quilogramas (Kg), altura em metros (m), IMC em quilogramas por metro quadrado e idade em anos. Os pesos mínimo e máximo foram informados pelas depoentes e referem-se a momentos diferentes no ciclo de vida de cada uma. Já os pesos e alturas iniciais e atuais foram obtidos nos prontuários ou registros clínicos. Os iniciais referem-se ao período que o tratamento iniciou e os atuais referem-se ao momento da entrevista. Para tomada destas medidas utilizamos balança com capacidade de 150 Kg e de precisão de 100g e também a fita métrica. Durante a medição, as mulheres usavam roupas leves e estavam descalças.

Foram variáveis o peso e o IMC de início do tratamento e o atual. Esse aspecto, visou obter informações variadas das depoentes, uma vez que vivenciam momentos diferentes de tratamento e de evolução do quadro clínico, nos possibilitando levantar o contexto em que o fenômeno vinculado a alimentação desenvolveu-se ou desenvolve-se.

A avaliação considerando o Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet apesar de apresentar limitações por não representar a composição corporal, é útil na avaliação do estado nutricional em estudos epidemiológicos estando ou não associado a outras medidas antropométricas. Esse indicador é de fácil mensuração e apresenta associação com a morbi- mortalidade, daí a sua importância até que novos indicadores que

possibilitem a expressão da composição corporal com fácil mensuração sejam desenvolvidos (ANJOS, 1992).

O IMC é obtido através da relação entre peso em quilogramas e estatura em metros elevada ao quadrado (ANJOS, 1992; COUTINHO, 1999; WHO, 1998).

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg)} / \text{estatura (m)}^2$$

A World Health Organization (WHO, 1998) recomenda os seguintes pontos de corte do IMC para o diagnóstico nutricional em adultos. Vejamos a tabela 1:

Tabela 1- Classificação do sobrepeso em adultos de acordo com IMC.

IMC (Kg/ m²)	Diagnóstico Nutricional
< 18,5	Baixo Peso
18,5 – 24,9	Peso Saudável (Normal)
25 – 29,9	Pré- obesidade
30 – 34,9	Obesidade Grau 1
35 – 39,9	Obesidade Grau 2
> 40	Obesidade Grau 3

((WHO, 1998)

ROSNER et al. (1998) descrevem percentis de IMC para meninos e meninas de 5 a 17 anos. Os percentis do IMC são divididos considerando idade, raça e gênero. Os percentis são divididos em: 5th , 15th , 50th , 75th , 85th e 95th. Entre os percentis 15th e 85th o peso é considerado normal; abaixo do percentil 15th é desnutrição, de 85th a 95th sobrepeso e maior que 95th obesidade. Os autores subdividem os grupos étnicos nos seguintes: asiático, negro, hispânico e branco e apontam uma média. Devido as diferenças entre esses grupos étnicos iremos considerar o da raça branca.

Na tabela 2 apresentamos os percentis de IMC para meninas de raça branca, nas idades em que tivemos informantes em nossa pesquisa.

Tabela 2- Classificação dos percentis de IMC para meninas de 13, 15, 16 e 17 anos para raça branca.

Idade	Percentis	Meninas
13	5	15,8
	15	17,1
	50	19,4
	75	22,2
	85	24,0
15	95	28,1
	5	17,0
	15	18,3
	50	20,5
	75	23,1
16	85	24,8
	95	29,1
	5	17,3
	15	18,5
	50	20,7
17	75	23,2
	85	25,1
	95	29,4
	5	17,6
	15	18,8
17	50	21,0
	75	23,7
	85	25,5
	95	30,8

(ROSNER et al., 1998)

O DSM- IV (1995) aponta a manutenção do peso abaixo de 85% do esperado como critério diagnóstico da anorexia nervosa. Já o CID- 10 (1993) considera como critério para esse quadro clínico tanto a manutenção de um peso (perdido ou nunca alcançado) abaixo de 15% do esperado ou quando o IMC \leq 17,5%.

Tendo em vista a validade do IMC como indicador, iremos utilizá-lo para considerar a avaliação nutricional das entrevistadas.

A informante 1 apresentava IMC 18,41, quando para sua idade (16 anos) o percentil 15 é IMC 18,5. Portanto, apresentava-se abaixo do IMC mínimo para idade, apresentando,

assim, um dos critérios necessários para AN. Atualmente encontra-se na faixa de peso saudável, com IMC 21,98.

A informante 2 apresentava IMC 14,84, sendo abaixo do °P 15 para idade (17 anos) que é 18,8. Atualmente, apresenta IMC 19,38, estando na faixa de normalidade (18,5 a 24,9) para idade (18 anos).

A informante 3 apresentava inicialmente IMC 37,38 o que caracteriza obesidade grau 2 e atualmente encontra-se com IMC 35,85, permanecendo na mesma faixa de peso (35,0 a 39,9), portanto, apesar da redução do seu peso, permanece com obesidade grau 2.

A informante 4 possuía IMC 21,81 no início do tratamento e atualmente IMC 21,02, permanecendo na mesma faixa de peso (18,5 a 24,9), o que caracteriza a manutenção em uma faixa de peso saudável (eutrófica).

A informante 5, de acordo com a idade (15 anos), encontrava-se na faixa de peso saudável (18,3 a 24,8) no início do tratamento, quando possuía IMC 21,58 e atualmente permanece na mesma faixa, com IMC 20,29, o que corresponde segundo ao critério do IMC, a manutenção do peso dentro da faixa de peso que a classifica como saudável.

A informante 6 foi a de menor IMC inicial (12,45) e atual (12,83), permanecendo abaixo da faixa de peso mínimo saudável, que para sua idade (13 anos) é o ° P 15 de 17,1.

A informante 7 apresentava-se no início do tratamento com IMC 30,0 (obesidade de grau 1) e atualmente com IMC 29,75 (pré- obesidade ou sobrepeso), devido uma leve redução de peso.

Vale salientar que as duas informantes com BN (4,5) e as duas com TCC (3,7) tiveram uma leve redução de peso. Já aquelas com AN (1,2 e 6) tiveram reposição de peso, sendo que as informantes (1,2) já encontram-se recuperadas no que diz respeito a peso, enquanto a informante 6 ainda precisa repor peso, visto que ainda encontra-se nas fases iniciais de tratamento, encontrando-se ainda em risco de vida.

Estes achados apresentados nos indicam os perfis dos entrevistados, os quais consideramos importantes para situar-nos em alguns aspectos gerais, demográficos e nutricionais da vida dessas mulheres com TA. A seguir, analisaremos as entrevistas à luz da literatura sobre o tema e a partir das categorias apresentadas no modelo de análise.

5.2) Reflexões acerca da análise

Os Transtornos Alimentares (TA's), apresentam-se como fenômenos complexos, resultantes da interação de diversos fatores.

Segundo BUCKROYD (2000) “ *anorexia e bulimia não têm a ver apenas com o uso da comida, mas fazem parte de um sistema emocional que afeta todos os aspectos da vida.*” (p. 11)

Foi possível observarmos uma certa uniformidade no relato das vivências, entretanto, não podemos excluir a singularidade de cada mulher entrevistada. Portanto, observamos aspectos recorrentes nas entrevistas referentes a experiências, comportamentos, valores e percepções, ao mesmo tempo que identificamos aspectos diferentes, variantes, que impossibilitam uma tipificação.

A articulação entre a literatura adotada e a realidade encontrada nas entrevistas, com suas características gerais recorrentes e as particularidades de conteúdos singulares, possibilitou o confronto das informações. Assim, a sistematização dos conteúdos ocorreu através do mapa de associação de idéias e dos diagramas de significações, considerando as limitações com que nos deparamos diante de uma classificação. Desse modo, a leitura proposta acerca dos transtornos alimentares deve ser considerada como uma das possíveis leituras, visto que a realidade apresenta muitos aspectos desconhecidos. Segundo MINAYO (1992), a ciência apresenta-se de forma provisória e aproximativa, podendo ser superada por futuras afirmações.

Neste estudo, buscamos compreender os TA's, a partir das experiências significativas das mulheres investigadas nas esferas intra- pessoal, familiar e sócio-cultural, no tocante a peso, percepção da imagem corporal, comportamentos e práticas alimentares pessoal e familiar, elementos psico- afetivos e momentos traumáticos, relações

sociais e familiares, valores e crenças sociais e familiares acerca de peso, corpo e alimento, bem como, a assistência profissional. Estas questões serão abordadas considerando os temas centrais e as categorias de análise propostas e já citadas anteriormente.

1) HISTÓRIA PESSOAL

a) História do peso e percepção da imagem corporal

Considerando o peso e a imagem corporal como um aspecto central para as portadoras de transtornos alimentares iniciamos a descrição da nossa análise abordando a história do peso em diversos momentos da vida das entrevistadas considerando o peso real e o peso idealizado. Também é descrita a análise da percepção da imagem corporal, a adoção de práticas obsessivas de medição e pesagem do corpo, bem como, as práticas inadequadas de controle de peso adotadas.

Através do diagrama de significações 1, são mostradas algumas narrativas das depoentes relacionadas ao peso em diversos momentos das suas vidas.

Diagrama de Significações 1: História do Peso em Diferentes Fases do Ciclo Vital das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

- **Ao nascer** → “(...) se eu não me engano eu nasci com quatro quilos e duzentas gramas” (E. 2).

- **Infância** → “(...) aí com oito anos, nove anos eu já era muito gordinha.” (...) “Lembro, eu nessa idade assim, 9, 10 até uns 11, 12 anos eu pesava 48 quilos por aí” (E. 2).

→ “Quando eu tava na quarta série e quando eu tava fazendo física eu tava pesando 52 e isso eu tinha 1.53, 1.52” (E. 5).

→ “Uns 60 quilos (...) (com) 12 anos” (E. 6).

- **Adolescência** → “Tinha 70 e poucos (...) (com) 13, 14 anos” (E. 1).

→ “Aí 15, 16 (anos) (...) eu cheguei a 58.” (E. 2).

→ “(...) tava com 62 (aos 14 anos)” (E. 5).

- **Adulta** → “(...) eu cheguei aos 61 quilos e eu sou muito baixinha” (E. 4).

- **Habitual** → “(...) porque eu sempre fui meia gordinha tinha 62, 63, 65 quando tava muito gorda tava com 65 e mudava pra 60, porque quando eu me casei eu tinha 45 quilos e depois da minha filha fiquei com 52, 51 era o ideal, mas depois do (nascimento do) A. eu, aí eu fiquei nesse negócio de 58, 56” (E. 3).

→ “Ah eu pesava 47, meu peso sempre foi 47 quilos.” (E. 4).

→ “(...) aí fiquei o resto da vida nesse 57, 58 aí quando tava começando a ficar gorda eu tava chegando perto dos 60 aí perdia de novo um pouquinho e o meu peso passou a ser esse, nem mais nem menos, eu queria voltar pra 55 mas não conseguia e ficava sempre no 58 por acolá” (E. 7).

Através das narrativas, podemos observar que as depoentes relatam a história de sobrepeso/ obesidade em diferentes fases da vida (infância, adolescência e/ ou idade adulta).

ABUCHAIM (1999), ALVARENGA (1997), HERSCOVICI & BAY (1997), FAIRBURN et al. (1997) e FISCHER et al. (1996) apontam a forte relação entre a história pessoal de sobrepeso/ obesidade e os transtornos alimentares.

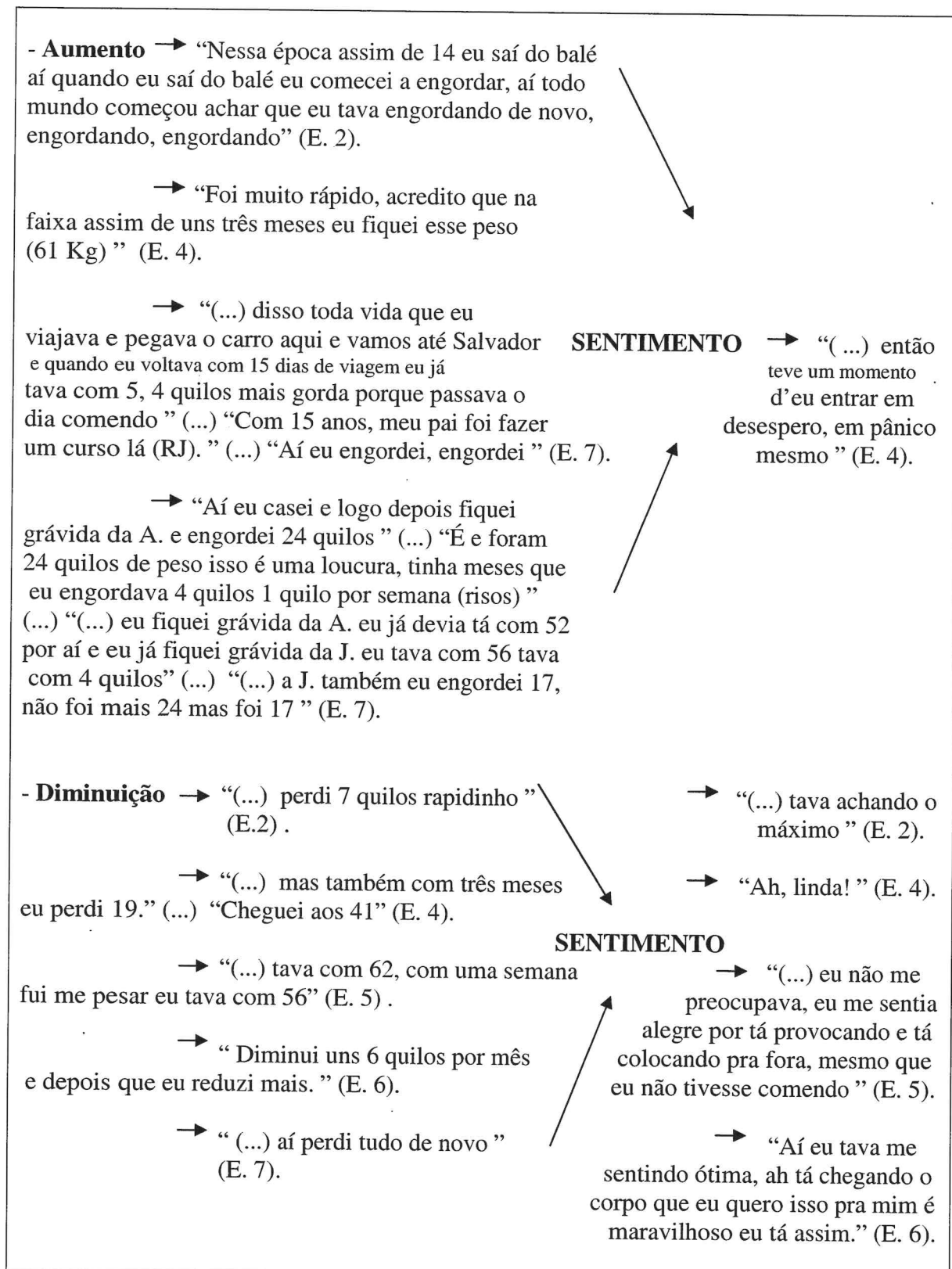
Em nosso estudo, independente do tipo de diagnóstico de TA, identificamos nos relatos uma história de sobrepeso / obesidade associada a forte preocupação e insatisfação. Embora, algumas delas (E. 3, E. 4, E. 7) tenham possuído habitualmente um peso na faixa saudável, a ocorrência da obesidade foi apontada como sendo a preocupação com o peso, anterior a ocorrência do sobrepeso/ obesidade, exceto para a depoente 4 que inicia a preocupação após um aumento de peso e a consequente instalação do quadro.

Entretanto, para as demais mulheres, a história de sobrepeso/ obesidade ocorreu entre a infância e a adolescência, portanto, iniciando ainda em tenra idade a preocupação e os cuidados objetivando a redução do peso.

A história de obesidade é apontada como um fator de risco para os TA's (FAIRBURN et al., 1997, FISCHER et al., 1996). Observamos que a preocupação com o corpo e o preconceito com a obesidade também são frequentes a nível pessoal, familiar e social.

Ilustramos no diagrama 2 o peso real obtido em diversas fases e os sentimentos relacionados com o aumento e a diminuição deste.

Diagrama de Significações 2: Aumento e Diminuição do Peso: Vivência e Sentimentos das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.



Foram citados os períodos de aumento e diminuição de peso e os sentimentos que essas vivências despertavam. Fica evidente que para essas mulheres, o aumento do peso relaciona-se a sentimentos negativos, como: “uma loucura”, “desespero”, “pânico”. Por outro lado, a vivência da diminuição do peso, de modo geral, foi obtida muito rápido e acarretou sentimentos positivos, como: “o máximo”, “linda”, “alegre”, “ótima”, “maravilhoso”. Ficando assim demonstrado a insatisfação com aumento do peso e a felicidade com a diminuição do mesmo.

Outro aspecto interessante é o peso idealizado para essas mulheres que buscam sempre pesos muito baixos, principalmente as anoréticas e bulímicas. Além disso, o peso das amigas é citado como referência para o peso ideal. No diagrama 3, sintetizamos essa informação.

Diagrama de Significações 3: O Peso Idealizado e as Amigas como Padrão Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

- “(...) as minhas amigas tudo magra e ah meu Deus do céu, eu gorda ” (E. 1).
- “(...) quando chegou nessa idade de 10, 11, 12 anos você começa a crescer e aí eu só tinha amiga magra e você começa a ver suas amiga e não se sente realizada (...) aí você começar a se preocupar em querer fazer regime.” (...) “Eu fiz a dieta, né, mas eu nunca fiquei assim como minhas amigas assim bem fina. ” (...) “Toda vida eu dizia assim, quando eu pesar 47 quilos 48 quilos por aí que é o peso das minhas amigas eu tenho certeza que eu vou parar, eu ficava dizendo.” (E. 2).
- “Eu queria chegar ao peso que eu estava antes, (...) que era os 47 quilos ” (E. 4).
- “Porque eu queria ter um peso que não seja normal, queria pesar pelo menos 42 quilos.” (E. 5).
- “Eu tava com 48 quilos no final do ano passado seis meses e perdi 20 quilos com seis meses e ali eu tava do jeito que eu queria, assim mesmo de chamar atenção por onde eu passava, eu chegava na loja pra comprar roupa e tudo que eu colocava, as vendedora ficava ‘Ah isso ficou lindo em ti, pelo amor de Deus o que tu faz pra ter esse corpo!’ ” (E. 6).
- “Era, eu queria assim perder três quilos e ficar magra igual as menina, que eu tinha umas amigas que era só um cibite e eu não era ” (E. 7).

Em primeiro lugar, com o relato dos pesos idealizados, percebemos que os pesos considerados como ideal são sempre na faixa inferior, chegando até a níveis abaixo da faixa de normalidade.

Uma das depoentes (E. 5) identifica claramente esse aspecto, onde o peso desejado como ideal encontra-se muito abaixo para sua idade, sexo e altura e ela mesmo o identifica como “um peso que não seja normal”. Isso nos coloca frente ao conflito existencial dessas mulheres quanto ao peso, visto que vivenciam ou vivenciaram um quadro de sobrepeso/obesidade e desejavam um peso menor, o qual algumas delas observavam próximo, através das amigas. Assim, o padrão de referência para algumas delas passa a ser o peso das amigas. Nossas depoentes se colocam numa posição de inferioridade, tendo em vista que a auto-avaliação que têm de si, é baseada no peso corporal que possuem.

Quando o emagrecimento ocorre, o reconhecimento obtido representa uma gratificação por todo esforço empreendido. Além disso, mudanças nas relações, associado a conquista de amizades e a felicidade, são referidas e compensam toda a cobrança e preocupação existentes na família:

“Aí eu ganhei mais amigas, comecei (...) sair de casa ir mais pra shopping, assistir filme todo final de semana, aí foi que a vida foi ficando mais legal, tão assim legal que eu ficava me sentindo maravilhada.” (...) “Aí dentro de casa é que era ruim, tanto é que eu só chegava em casa, mas pra dormir só, que quando chegava em casa minha mãe vai comer menina e não sei o que, aí meu pai brigando e tal porque tu não vai comer, aí minha avó era outra, dizendo: essa menina não vem e não sei o que.” (...) “(...) aí eu passava o dia fora, pra ninguém me ver, nem encher meu saco.” (E. 6).

Observando esta fala, podemos compreender a importância que o peso assume na vida dessas mulheres, que o priorizam em detrimento dos demais aspectos. Fica novamente demonstrada a satisfação dessas mulheres com o emagrecimento. Para elas, as conquistas obtidas como: amizades, vida social e lazer se sobrepõem e despertam sentimentos

positivos. E, embora afetem as relações familiares devido a preocupação destes quando percebem que a redução do peso é extrema e/ou que os comportamentos alimentares são inadequados, as mesmas ignoram os comentários, até mesmo porque nesse momento os familiares passam a representar uma ameaça para a sua conquista: o emagrecimento.

Vale salientar que quando a preocupação com o peso e a insatisfação corporal iniciaram, nem sempre ocorria um excesso de peso real, mas o peso era percebido como inadequado, ocorrendo um excesso de peso imaginário.

CORDÁS (1993) refere-se ao excesso de peso real ou imaginário. Diz ele que um excesso de peso imaginário decorre de uma avaliação distorcida quanto ao tamanho do corpo.

Para melhor entendermos esse aspecto construímos o diagrama 4, onde apresentamos as percepções referentes a imagem corporal em diversos momentos da vida: infância, adolescência, idade adulta, após o emagrecimento.

Diagrama de Significações 4: Auto- percepção da Imagem Corporal das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

- **Infância** → “(...) sempre fui gordinha desde quando era pequena, sempre fui gordinha. Comia muito e por ser gordinha comia muito e fui ficando gordinha e quando criança era bem fofinha, gorda, gorda mesmo” (E. 1).

→ “Pelo que minha mãe me diz eu já nasci uma criança gorda” (...) “(...) aí eu já fui crescendo assim muito gordinha sabe, muito gordinha mesmo ” (E. 2).

→ “Não era gorda não, criança não era não, fui uma criança normal uma menina normal, eu não era gorda quando criança, eu era gorda quando bebê mas criança eu fiquei normal, não era gorda.” (E. 3).

→ “(...) realmente eu era bem nos retrato eu era bem gordinha e fui gordinha assim até menina sempre gordinha, mais gorda da turma, maior, era grande e mais gordinha.” (E. 7).

- **Adolescência** → “No colégio eu não era gordinha não.” (E. 3).

→ “(...) eu era muito bonita, tinha o corpo muito bonito na minha adolescência não me preocupava não.” (E. 4).

→ “(...) agora além de não ter cintura, tenho barriga, meus seios são enormes, minha cara é redonda acho sou horrível.” (...) “Eu posso me considerar gorda.” (E. 5).

→ “Eu era mais gorda aí quando começou a adolescência eu acho que naturalmente eu devo ter perdido peso e emagreci um pouquinho, aí fiquei assim que eu me lembro 12, 13 que foi época de quadrilha de tertúlia e quando deu lá pros 14 anos eu me achei gorda, achei gorda e todo mundo era cibite baleado e a gente usava biquíni e eu “Ah, tô gorda”, eu tinha muito seio e só isso já me diferenciava das menina, ninguém tinha peito da minha turma era só eu ” (E. 7).

- **Adulta** → “(...) eu sempre fui muito gordinha ” (...) “Agora eu desde que casei que eu sempre me achei gorda, sempre me achei gorda, sempre me achei feia essas coisas assim, eu nunca fiquei satisfeita com o peso que eu tinha.” (...) “Mesmo quando eu pesava 45 quilos eu me achava gorda, o peso que eu tinha eu achava que não tava legal” (...) “Agora isso sempre me incomodou.” (...) “Nunca fui satisfeita, **uma coisa que eu nunca fui satisfeita foi com o peso** desde do colégio. No colégio eu não era gordinha não.” (E. 3).

Pelos relatos observamos que a percepção do quadro de obesidade ocorreu em momentos diferentes. Algumas referem perceber-se obesas desde a infância. Esse dado é importante, visto que, o modo como essas mulheres se auto- avaliam depende de como

percebem seus corpos. No depoimento de uma de nossas depoentes (E. 5) identificamos uma desvalorização extrema quanto ao seu corpo e aparência física.

Quando interrogamos como eram percebidas pelos outros, antes do emagrecimento, constatamos que até existia a admiração para o corpo de algumas delas.

“(...) eu tinha ódio das minhas pernas por causa disso, todo mundo parecia que só queria as minhas pernas ali, no palco um monte de bailarina e parecia que só tinha minhas pernas pra todo vê porque eu terminava de dançar e todo mundo cadê aquela menina daquelas pernas e iam atrás de mim pra verem as minhas pernas, ‘cadê?, cadê?, cadê?’ ” (...) *“Porque era grossa, era muito grossa, que era esquisito bailarina com as pernas tão grossa e que nunca tinha visto.” (...)* *“(...) me lembro que a mãe da professora achava lindo” (...)* *“(...) eu detestava ” (E. 2).*

“Com 16 por aí, (...) porque mesmo com 58 eu não tava aquela obesa mórbida e todo mundo ficava dizendo assim “mulher tu tá muito gostosa” e por isso que eu tenho medo quando a pessoa fala gostosa, porque eu com aquele peso aí todo mundo ficava dizendo mulher tu não tá gorda não, tu tá gostosa.” (...) *“(...) no colégio eu não era conhecida como “A” a pessoa não, “ah! Eu sei aquela das pernona que tem a bundona e eu detestava isso sabe e parecia que eu era só uma bunda e uma perna aí eu tinha ódio disso, aí 16 e eu comecei a ficar desgostosa e não gostava mais do meu corpo.” (...)* *“(...) era todo mundo elogiando.” (E. 2).*

“Eu acho que eu tinha uns 12 anos, aí eu era assim e o pessoal dizia que eu era bonita porque tinha perna, tinha bumbum, tinha tudo, era alta (...) o pessoal dizia que a minha gordura era bem dividida.” (E. 5).

Apesar de terem seus corpos admirados em algumas circunstâncias, a desconfiança foi marcante se sobrepondo aos elogios, revelando uma insatisfação corporal e um medo extremo de estarem sendo enganadas quanto a sua aparência física. Por outro lado, a vivência de discriminações e cobranças para magreza foram mais fortes. O emagrecimento fortemente desejado e as vivências negativas relacionadas ao corpo, serviam para impulsioná-las em busca da magreza. A narrativa abaixo reforça essa idéia.

“Porque hoje eu acredito assim nas pessoas” (...) *“Mas antes eu não acreditava de jeito nenhum, eu sempre achava que tava me enganando olha me chamando de gostosa, duvido, sabe.” (...)* *“Sempre achava assim:*

olha ela tá é gorda, negócio de gostosa isso não existe não, gostosa é um falso gorda, eu ficava me dizendo, aí eu fui me desgostando ainda mais porque minhas primas eram tudo magrinha, aí elas sempre andavam com roupa da moda e elas só vinham nas férias aí sempre era aquela coisa delas tudo magrinha e a gente saia pros show, elas com barriga de fora e tudo, chamando maior atenção e a gente não chamava atenção, porque as gorda não vai chamar atenção aí vai juntando esse monte de coisa, mas ao mesmo tempo que isso lhe chateia vai lhe dando força pra você, não eu tenho que dá um jeito nisso e você começa a querer e começa a querer buscar alguma coisa pra ter aquele resultado, você fica tão desesperada que se você pudesse dormir a acordar e já pudesse dormir gorda e acordar magra.” (E. 2).

É importante salientar que com o emagrecimento as opiniões pessoais e o “olhar do outro” divergiam.

Pelo relato, as depoentes se viam (vêm) com um peso “normal” ou ainda apresentando uma insatisfação corporal, mesmo após uma diminuição considerável de peso. Vejamos trechos da narrativa de uma das depoentes.

(com 46 quilos- após emagrecer 27Kg) - “Me sentia normal e pensava que eu tava normal ” (...) “Normal, eu não me via nem gorda como algumas pessoas com anorexia se vêem gorda, eu não me via gorda só ficava olhando a minha barriga.” (E. 1).

(após emagrecer 6 Kg) - “(...) me olhava no espelho era como se eu me visse a mesma gorda, ah eu tou uma baleia!”(E. 5).

(após emagrecer 15 Kg) - “Eu me sinto do mesmo corpo que eu tinha antes, eu não vejo mudança nenhuma, de quando eu tinha 62 quilos.” (...) “Eu não vejo mudança nenhuma, eu olho pro espelho eu vejo a mesma pessoa, a mesma pessoa que tinha 62 quilos.” (...) “Eu acho que eu deveria ter diminuído pelo menos 20.”(...) “Não (me vejo magra).”(E. 5).

Ao passo que o “olhar dos outros” percebiam e apontavam as diferenças depois do emagrecimento:

“(...) o pessoal ficava menina como tu tá magra; menina como tu tá magra chegou até um esposo da minha tia e ele menina se olha no espelho tu tá muito magra” (E. 1).

“(...) todo mundo diz pra mim você não tá gorda, você não tem mais nem bunda” (E. 4).

“(...) já meu namorado diz assim: F. (...) onde é que tá tua barriga? Pra onde foi que ela foi? Ele disse que eu tou horrível magra.” (...) “(...) porque quando conheci ele eu tava com 50 e diminui três quilos e eu não sinto essa diferença de três quilos, mas ele diz que eu tou mais magra e eu não vejo isso.” (E. 5).

Vale salientar que antes do emagrecimento, a discriminação e a cobrança para o emagrecimento ocorreram a nível familiar e social. No capítulo 3- Elementos psicoafetivos e momentos traumáticos, discutiremos esse aspecto.

Com a vivência da discriminação e cobrança, elas passam a avaliar-se de maneira negativa e terminam se achando “horrível”.

“(...) eu mais ou menos com essa idade de 9, 10 anos, aquela onda da lambada e aquelas blusinhas curtas, menina, e eu morta de gorda, tem na fita, horrível, sabe, horrível então eu com aquela roupa de lambada, agora como era que eu tinha coragem de uma coisa dessa num aniversário e toda família aqui, imagine quantos comentários eu não levei de gorda sem saber, porque eu com a blusa bem aqui e pior que meu bucho parecia bucho de lombriga imenso sabe (risos), horrível aí eu com aquela roupa de lambada e aquela faixa, horrível, sabe.” (...) “Ave Maria, eu não teria coragem de fazer mais isso hoje, primeiro porque a gente cresce, mas horrível, sabe, horrível.” (E. 2).

Entre as anoréticas, identificamos que, com a diminuição do peso ocorreram elogios que, segundo elas, recompensavam o “sacrifício” necessário.

“(...) eu fui diminuindo, aí o pessoal “Ah como tá legal! Ah tu tá mais magra! Aí eu fui diminuindo, fui diminuindo.” (...) “Porque o seguinte: o pessoal falava ah, como tu tá bem feita!, Ah como tu tá magra!” (...) “(...) quando eu tava emagrecendo.” (E. 1).

*“É isso que é o problema porque isso começava a levantar, a fazer que você queira mais.” (...) “**Querer perder mais peso porque era a única coisa que eu conseguia ver que eu era elogiada**, que eu tava começando porque eu tava fina, eu não tava magra, eu tinha afinado e ainda tava gorda, mas tinha afinado, imagine quando eu tivesse uma top model aí magérrima pronto não ia ter pra ninguém. É tipo assim uma valorização,*

sabe assim, porque é incrível, é incrível como você se sente bem, lógico que é normal quando você tá muito gorda e você começa a emagrecer e porque também não faz bem pra sua auto-estima você ficar uma gorda, aí quando começam a dizer que você tá perdendo isso faz com que você tenha mais força pra continuar o regime e chegar num peso que fique bem, né, só que isso é incrível como me fazia bem, eu me sentia muito bem assim todo mundo me achando magra e pra você valia todo o sacrifício que você fazia, tudo que você deixava de comer era recompensado e você ia comer aí quando você pensava nos elogios e tudo você imediatamente desistia de comer, aí comecei a emagrecer e emagrecendo ” (E. 2).

*“Também, todo mundo sabe que **a mulher tem que ter aquele corpo bonito, perfeito**, sair aí o pessoal avalia oh que lindo, e assobiar, dizer ei gostosa e tal, são coisas assim que a gente acha até assim necessário que a gente se sente bem, escutar um elogio e não dizer ei gordona, baleia” (E. 6).*

Observamos que a vivência do emagrecimento e os elogios decorrentes, faziam com que essas mulheres se sentissem “bem”. Entretanto, essa sensação não estava relacionada diretamente a uma melhor sensação pessoal, ao novo peso e corpo, mas, principalmente, direcionavam-se ao “olhar do outro”. Ou seja, esse emagrecimento visava, sobretudo, alcançar a “valorização” e “chamar atenção” do outro. A principal preocupação delas é de como são avaliadas. Os elogios que recebem devido o corpo, interferem na auto-estima e dão “mais força” para continuarem. Até porque acreditam que nesse comportamento são bem sucedidas, sendo a “única coisa” que conseguem fazer e serem “elogiadas”.

Estes achados são importantes, visto que “a maneira pela qual percebemos nosso corpo é o resultado de um grande número de experiência que vamos acumulando na vida, sob coordenação do sistema nervoso central. A imagem corporal é uma espécie de “retrato mental” que a pessoa faz de sua própria aparência física e das atitudes e sentimentos em relação a esta ” (CORDÁS, 1993, p. 84). Poderíamos citar também MOSCHETTA & CORDIOLI (1985). Para os autores “ a Imagem Corporal não é apenas

uma representação espacial do próprio corpo, mas todo conjunto de experiência corporais do indivíduo. ” (p. 113), onde, uma baixa auto-estima e distúrbios na auto-avaliação da imagem corporal resultam numa desvalorização do corpo, desempenhando um importante papel no desenvolvimento dos TA's (CORDÁS, 1993).

A imagem corporal é uma percepção mutável, que depende do estado de ânimo do indivíduo e o significado que possui, variando de acordo com o lugar e as situações. Assim, o modo como estas mulheres têm seus corpos avaliados pelo “olhar do outro”, influencia de forma determinante no modo como se vêem. Isso as leva a desvalorizarem seus corpos, deixando-as vulneráveis e facilitando o início de práticas de controle de peso, como as dietas (CORDÁS, 1993).

O uso do espelho, da balança e da fita métrica são freqüentes como instrumentos de avaliação e percepção desses corpos, que ocupa um papel central. Nesse sentido, citamos algumas falas através do diagrama 5.

Diagrama de Significações 5: Instrumentos Utilizados pelas Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas, para Avaliação e Percepção do Corpo: Espelho, Balança e Fita Métrica. Fortaleza, 2001.

- **ESPELHO - antes de emagrecer** → “(...) nem queria me olhar no espelho ” (E. 1).

→ “(...) eu nunca me olhei no espelho pra achar que tava bom, (...) eu sempre me vi muito gorda.” (E. 3).

- **após gestação** → “Aí quando eu acabei assim de ter o menino e que tive o menino e que eu lembro, me olhei no espelho “Minha nossa senhora que monstro!” (E. 7).

- **No TA** → “O pior que eu não me via do jeito que o pessoal me via, assim quando você se olha no espelho você não tem uma idéia de como o pessoal lhe vê” (E. 1).

→ “Porque eu me olho no espelho e me sinto gorda e tenho certeza que eu não tenho gordura” (...) “(...) eu vou vomito e depois vou me olhar no espelho pra saber como é que eu estou.” (E. 4).

→ “ (...) tinha que ter um espelho, lá em casa era um espelho assim de parede aí eu levava o espelho pro banheiro e começava a me olhar e começava a me pegar aí ficava ah será que eu to gorda, ah essa banha tá muito feia, ah essa banha tá horrível tá muito feia, ah como eu tou cheia de celulite, será que minhas pernas tão grossa? Será que meus braços tão gordo? Será que meus seios tão grandes? Eu tava neurótica.” (...) “(...) eu não sei se é o espelho lá de casa que tá com defeito, mas eu não consigo me ver do jeito que eu tou.” (E. 5).

- **BALANÇA - Antes de emagrecer** → “Tinha setenta e poucos, eu tinha repugnância a balança” (...) “Evitava (me pesar).” (E. 1).

- **No TA** → “Outra coisa (...) é em relação a balança, que às vezes eu inventava coisa pra ir pra farmácia pra poder me pesar (...) tentava me pesar quase todo dia, quase todo dia e se não me pesava num dia, no outro eu tinha que me pesar.” (...) “Eu ficava vixe Maria deu mais, eu não vou comer aí voltava o regime de novo e ficava sem comer” (E. 1).

→ “(...) pesava assim todo dia ” (E. 4).

→ “No meu aniversário de quinze anos eu pedi a minha mãe uma balança e ela não me deu, tinha uma farmácia perto lá de casa e todo dia eu tinha que passar em frente aquela farmácia pra me pesar, se eu tivesse engordado sequer cinco gramas, uma grama eu tinha que chegar em casa e mãe eu não vou almoçar hoje ” (E. 5).

- **MEDIÇÃO** → “Me media.” (...) “Assim se eu comia muito, um pouquinho mais aí ia me medir.” (...) “Media mais a cintura com certeza, assim eu media uma vez acolá o quadril e o busto. Mas assim, a cintura, passou a ser assim” (...) “(...) uma vez por dia não, se eu fizesse exercício abdominal aí eu ia me medir antes e depois ” (E. 1).

→ “Os meus braços, (...) media minhas pernas e tinha uma fitinha lá que eu mesma fiz (...) minha cintura era um cinto que eu tinha em casa aí eu ia pro banheiro e começava a me olhar e procurava banha e ia pros canto aí eu pegava minha barriga e esguiava bem muito assim pra ficar bem esbelta pra todo mundo ver que eu tou magra ” (E. 5).

A relação destes instrumentos para avaliação do corpo foi enfocada nos depoimentos principalmente de anoréticas e bulímicas. Percebemos que antes do início do TA, o espelho e a balança eram evitadas, e com o desenvolvimento do quadro, a importância deles iam crescendo, passando a ocupar um papel central em suas vidas. Assim, na avaliação corporal, braços, pernas, barriga, cintura, seios e quadril são observados. Identificamos o extremo desse comportamento quando uma delas (E. 5) solicita que a mãe dê como presente de aniversário de 15 anos uma balança. A confecção de instrumentos para medição do corpo também foi referida.

Outro aspecto marcante é a distorção da imagem corporal, quando elas relatam não perceberem a diminuição do peso, chegando inclusive a questionar se o espelho não estaria com “defeito”. A importância do “olhar do outro” é novamente reforçada, quando uma delas afirma que com seus comportamentos desejavam ser vistas magras por “todo mundo”.

Assim, a obsessão com o peso reflete-se na importância que o espelho, a balança e a fita métrica adquirem para essas mulheres. A padronização e a especificação de um peso “ideal”, que ignora as diferenças pessoais, leva as que fazem dieta a uma escravidão pela balança. O estado de ânimo e o modo como se sentem a respeito de si mesmas é regulado pelo ponteiro da mesma (OGDEN, 1993).

Decorrente de uma insatisfação corporal, surge no imaginário dessas mulheres, o desejo de ser magra. No diagrama 6, expomos algumas narrativas que identificam o significado desses aspectos.

Diagrama de Significações 6: O Desejo de Ser Magra das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

→ “ Eu queria ser tão magra, tão magra, tão magra, magra, magra, magra, assim, aquelas pessoas bem magrinhas, eu queria ser igual aquelas pessoas.” (...) “Eu acho bonito, acho que aquelas pessoas devem se sentir o máximo, se sentir linda.” (...) “Eu queria assim emagrecer o máximo possível, se eu pudesse eu parava de comer totalmente.” (...) “Eu ia emagrecer, ia vestir assim vestido deslumbrante ia ficar linda, ia colocar a sandália alta, ia ficar magra assim, igual a Carolina Ferraz não é linda, esbelta, ah eu acho lindo, tu é louca S., quando a pessoa veste assim um vestido longo e só fica assim a cinturinha bem fininha, bem magrinha eu acho muito lindo ” (E. 5).

- **Saúde X estética** → “Eu me preocupei com minha saúde com certeza, agora é minha vez de emagrecer, eu comi muito e também veio o caso da estética também que eu queria emagrecer pra ficar bem feita e ficar bonita” (...) “No caso assim você vê a pessoa a sua volta, você vê a pessoa magra. E por que não posso ser? Se o pessoal consegue por que eu não posso conseguir?” (voz triste) (...) “É eu tinha vontade. Porque eu não posso ser magra. Eu vou conseguir.” (...) “A estética com certeza, assim toda menina que procura emagrecer ela procura emagrecer mais pela estética.” (E. 1).

- **Busca de Aceitação** → “Tem a ver com o corpo assim, se eu for emagrecer vou ficar com a estética bonita, assim todos vão me olhar, vão elogiar e uma série de coisas e outra coisa é o caso da imagem corporal do que os outros passam. A pessoa que tá com anorexia ela imagina não é nem em si, ela imagina o que os outros vão pensar dela por exemplo, usar um biquíni você não tá preocupada não é nem com você se você tá se sentindo bem com aquele biquíni, você tá preocupada com que os outros tão pensando e tão vendo em você, é assim essa preocupação.” (...) “(...) a preocupação, a pessoa com anorexia ela pensa ah meu Deus eu tou magra e todo mundo não vai me aceitar ” (E. 1).

→ “Tipo assim, eu achava que eu ia ser mais valorizada, sabe assim, porque eu ia começar perder peso e todo mundo ia achar belo, todo mundo ia elogiar, assim “olhe tá ficando fina!” só que mesmo fazendo dieta todo mundo ficava dizendo assim: tá ficando magra, tá afinando, afinando só que é meio assim, afinando é uma coisa meio assim, você ainda tá gorda, é tipo assim, o seu destino é ser gorda mesmo só que você tá mais fina, eu não sei se tu entende mais ou menos, sabe, tipo assim, a gente nasceu pra ser gorda mesmo.” (...) “Quando eu tou revoltada aí eu digo não, eu tenho que ser gorda mesmo” (E. 2).

Aspectos de saúde, mas, principalmente, os estéticos foram citados nos depoimentos, ficando evidente a busca da valorização e da aceitação, que para elas é mediada pela magreza. Assim, o alcance ou não da magreza tão desejada, interfere na auto-estima dessas mulheres, surgindo um medo irracional de engordar. Vejamos o diagrama 7, onde exemplificamos esse aspecto.

Diagrama de Significações 7: O Medo de Engordar das Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

→ “Não é querer emagrecer, eu tinha aquela preocupação que se eu comesse eu ia engordar, não era querer mais emagrecer era aquela preocupação, o medo de engordar, de comer e engordar aí se eu comesse muito eu tinha que fazer exercício pra tentar queimar as calorias do que eu tinha comido.” (E. 1).

→ “(...) comecei a ficar temerosa. ” (...) “Eu perdi muito peso aí eu comecei a ficar com medo de comer e todo aquele meu sacrifício ir (silêncio)” (...) “(...) por água a baixo e também era assim, ela (médica) trabalhava com dieta escrita aí essa dieta era pregada na cozinha, aí era tudo meio que doido assim, porque eu tinha medo de sair da dieta, sabe e de recuperar o peso, aí ela botava não pode massas e essas coisas, aí se ela botava eu tinha medo de voltar a comer isso.” (...) “(...) eu sempre tava mantendo o peso, mas sempre com medo, eu vivia de dieta **a partir desse momento eu vivia de dieta, minha vida era dieta.**” (...) “Era assim, depois dessa época era tudo controlado, sabe, sempre controlado.” (...) “(...) me ofereciam bombom aí eu dizia assim: não mulher eu não vou comer não que engorda” (...) “(...) eu era muito cuidadosa assim com peso, (...) eu era presa àquilo e minha vida era aquilo ali sempre preocupada com dieta, em ter cuidado com o corpo ” (E. 2).

→ “(...) eu tava tão neurótica assim que até um carocinho de arroz que eu colocava na minha boca eu achava que tinha engordado, até um bombom que eu chupava achava que eu tinha engordado e tomava lá os comprimido e provocava.” (...) “(...) se eu colocar uma colherzinha de sopa de arroz e minha mãe pegar, chegar e colocar mais, eu vou no banheiro e provoço tudo aquilo porque eu acho que aquilo vai aumentar meu peso.” (...) “(...) porque uma grama pra mim era como se fosse 20 quilos.” (E. 5).

→ “(...) Se eu voltar a comer de novo eu sei que eu vou engordar, se eu parar de comer eu sei que eu vou emagrecer (...) aí resolvi continuar a dieta em casa e quem sabe eu paro mais de emagrecer, sei lá.” (...) “Eu tinha medo de voltar a comer e comer demais e engordar demais aí ter que voltar tudo de novo.” (...) “(O maior medo) Era, engordar de novo.” (...) “Ficar gorda de novo e ter que voltar a fazer tudo aquilo de novo.” (E. 6).

O medo mórbido de comer e engordar, chega a extremos, quando elas referem medo de ingerir “um bombom”, “um carocinho de arroz” a mais, chegando a acreditarem que isso interfira drasticamente no peso corporal. Para elas *“uma grama (...) era como se fosse 20 quilos”*. Esse pavor acarreta um sofrimento psíquico, onde até uma roupa que possa fazê-las aparentar gordas as assusta.

“(...) Aí foi 14 anos, foi chegando meus 15 anos e tudo eu me preocupo com o futuro, eu posso ter 14 anos mas eu pensava no meus 15 vestir

aqueles vestido cheio de babado que engorda que só, aí começou aí, eu com 15 anos graças a Deus não teve festa, porque meu avô faleceu, olha Graças a Deus, meu avô faleceu e minha mãe não tinha clima pra fazer festa ” (E. 2).

Percebemos o exagero extremo desse medo, no depoimento acima, onde uma delas refere ter se sentido aliviada quando, no seu aniversário de 15 anos, o avô faleceu e com isso ela não teve festa, o que a “protegeu” de usar um “vestido cheio de babado que engorda”.

Assim, a busca de um corpo ideal torna-se prioridade na vida dessas mulheres, que chegam a utilizar-se de recursos cirúrgicos. Entretanto, mesmo com a aparência física remodelada, a insatisfação permanece.

“Ó eu fiz uma prótese nos seios depois que eu fiquei magra, vai fazer um ano agora em setembro que eu fiz à prótese – ah eu vou fazer a prótese porque eu vou ficar muito bem e fiz a prótese e ainda não estou me sentindo bem, o que é que tá acontecendo comigo? Eu não sei, sempre buscando estar muito bela não sei pra que isso.” (E. 4).

Com isso, podemos concluir que o emagrecimento é algo que transcende um valor de peso e uma forma corporal, podendo simbolizar a busca de afeto e proteção.

“(…) todo mundo que chegava pra minha mãe e dizia assim: ‘mulher tua filha tá muito gorda e não sei o que’, aí minha mãe ‘é, o que eu posso fazer’, olha a resposta que minha mãe dizia, era pra defender a gente porque mesmo a gente podia tá obesa mórbida, mas era pra ela defender.” (...) “(...) minha mãe não me protegia não, minha mãe dizia assim: ‘eu não sei mais o que é que eu faço’.” (...) “Menina eu tinha ódio, só que eu não era a A. que eu sou hoje, porque eu não falava nada assim e eu aceitava, eu chorava, mas sozinha porque eu não tinha coragem de falar e daí, eu sempre aceitava.” (...) “Era tipo assim: se elas tão dizendo que eu tou gorda é porque eu tou mesmo, sabe, eu ficava muito chateada, porque você fica chateada, mas passava, só que eu pensava que passava e só que mais cedo ou mais tarde acabou estourando, porque quando a gente decide fazer um regime a gente começa a se lembrar de um monte de coisa que a gente passou e a gente quer se vingar de tudo aquilo que a gente passou.” (E. 2).

Percebemos também que o emagrecimento representa uma conquista para essas mulheres e o medo de engordar é tão forte quanto o medo de morrer.

“Eu não quero engordar, mas não quero morrer.” (E. 4).

“Acho que um dia a gente vai ter que morrer de qualquer maneira, então é melhor morrer magra do que morrer gorda, acho que Deus pode até me castigar por causa disso, mas assim é por isso como eu tinha tanta vontade de ficar magra e pra mim assim o mais importante é ser magra.” (E. 5).

O desejo de ser magra se sobrepõe ao desejo de viver. OGDEN (1993) cita um estudo realizado em 1988 com 1076 fumantes, onde 39% das mulheres consideravam o fumo como uma forma de perder peso. Cinco por cento das mulheres declararam ter começado a fumar para emagrecer e as mulheres, mais que os homens, declararam que o medo de engordar as impedia de abandonar o hábito.

Foi realizado um estudo com mulheres de 18 a 35 anos, sendo 37 de um grupo de comedoras compulsiva anônimas e 30 sem desordem alimentar. O EAT foi utilizado para seleção dos sujeitos dos dois grupos. Além desse instrumento, foram aplicados: 16 fatores de personalidade (16 PF), questionário de influência sobre o modelo estético (CIMEC) e questionário de imagem corporal (BSQ). De acordo com os resultados, as comedoras compulsivas do estudo se caracterizaram por: submissão, retraimento, timidez, objetividade, radicalismo e afabilidade, assim como, escrupulosidade social e por ter superego forte (escrupuloso, persistente, moralista, judicioso ou sensato). Quanto à imagem corporal, não foram reportadas diferenças quanto a presença da distorção da imagem corporal. Mas devido as pontuações do CIMEC, no grupo de comedoras compulsivas, é muito provável que exista uma insatisfação com a imagem corporal, sendo necessários mais estudos. Também precisamos considerar que nossa amostra recebe um tratamento em grupo. Por outro lado, observou-se que as comedoras compulsivas não

apresentam medo de engordar e sentimentos de baixa auto-estima, entretanto se vêem mais afetadas pelas mensagens publicitárias de magreza (AGUILAR et al., 1997).

O que nos chama atenção é como esses valores e crenças são incorporados. Citamos trechos da narrativa de uma das depoentes, onde a mesma expressa como avalia a vivência de sua irmã que apresenta obesidade, demonstrando sentimentos de pena, medo de tornar-se gorda e de, com isso, não ser aceita. Pois, no seu entender uma pessoa gorda, vivencia discriminações e não desperta interesse do sexo oposto, sendo a dieta, sempre apontada como a solução para essas questões.

“(...) Olha aí, não sei como é que eu vou dizer isso (risos). Às vezes, eu olho assim pra ela (irmã L1), eu tenho tanta pena dela assim.” (...) “Não é da gordura não, às vezes a gente tem pena de saber que às vezes ela sofre.” (...) “Porque eu acho que ela sofre, eu acho que ela não pode ser feliz e não ter nenhum sofrimento com esse corpo que ela tem.” (...) “Muito gordo.” (...) “Deve ser horrível, ave Maria em todos os sentidos deve ser horrível.” (...) “Porque todo mundo deve ter pena porque ela é gorda e todo mundo deve fazer hora com a cara dela porque ela é gorda, todo mundo deve fazer hora porque ela nunca vai achar ninguém, porque quem vai se interessar por uma gorda? No colégio se faz uma brincadeira assim é com gordo e chama assim baleia e ninguém chama ei magricela, chama assim baleia.” (...) “Acho, sinceramente eu acho.” (...) “Que não vai se interessar.” (...) “Sabe porque que eu penso, porque eu digo assim porque ele vai se interessar por aquela gorda se tem uma tão bem feita, tão magra, se tem outras tão magras porque justamente por aquela gorda.” (...) “O meu maior medo é de me sentir como eu me sentia antes, de fazer dieta e tudo, de não ser aceita assim por uma pessoa tipo assim de não pode namorar porque eu sempre me menosprezando e dizia assim: por que ele vai olhar pra mim se tem uma muito mais magra e mais bem feita? Sempre assim pensando assim, aí sempre quando você pensa nisso a primeira coisa que você pensa em fazer uma dieta.” (E. 2).

Em outro trecho da sua entrevista essa depoente aborda os padrões de beleza pessoal que considera como sendo ideais. Novamente discrimina um padrão corporal que não se enquadra em um corpo longilíneo.

“(...) eu até te falei que teve lá as eleições da mais bela e não sei o que aí por azar e pra surpresa pra mim, a mais bela, a gata da turma 6, da minha turma foi uma menina que fugia totalmente dos meus padrões, foi minha pior concorrente porque eu achava que ela era a última

concorrente (risos), porque ela foge totalmente dos padrões que eu mulher acho que ela se enquadra dentro de uma pessoa gordinha.” (...) “Porque assim ela tem assim as pernona, tem a bunda grande, não tem aquela barriga toda sarada, tem a barriguinha mas não tem aquela barriga, mas tem barriga sabe, tem peito, os braços assim não é fino é aqueles braços assim largos, só que ela ganhou (...) aí quando ela ganhou foi uma surpresa pra mim e lógico que eu tinha que criticar como é que aquela gorda vai ganhar aquele concurso! Mas pra mim ela é gorda, mas pros outros ela foi bonita, aí foi uma surpresa pra mim” (E. 2).

A magreza tão desejada é associada ao sucesso; “ *você vê só faz sucesso quem é magro.*” (E. 2). E na busca de peso “ideal” ocorre a utilização de práticas inadequadas de controle de peso, tais como: dietas, atividade física, vômitos, laxantes e inibidores de apetite. A prática de dietas iremos analisar no capítulo seguinte, sobre comportamentos e práticas alimentares.

De acordo com as narrativas, identificamos no Diagrama 8, as práticas utilizadas por nossas depoentes com o objetivo de controle de peso.

Diagrama de Significações 8: Práticas Inadequadas de Controle de Peso Utilizadas pelas Mulheres Portadoras de TA’s Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

- **Atividade Física** → “(...) qualquer hora do dia que eu tivesse um tempinho eu ia fazer exercícios.” (...) “ (...) eu fazia segunda, quarta e sexta se pudesse aí final de semana eu também fazia (...) às vezes eu dançava porque eu gosto muito de dançar ou às vezes eu fazia exercício mesmo.” (E. 1).

→ “(...) fazendo exercício e caminhando, caminhando” (E. 4).

- **Vômitos** → “ (..) e aí eu lá (no reveilon) quando eu comi aí veio o primeiro vômito de achar que não podia comer, aí comecei a botar na minha cabeça que aquilo ali ia me engordar, ia me engordar e comecei a vomitar, comecei a vomitar forçando e hoje eu vomito espontaneamente.” (...) “Quantas vezes eu comesse, cinco, quatro.” (...) “Era sempre, passava dois minutos eu ia pra dentro do banheiro vomitar tudo ” (E. 4).

→ “Ao dia eu vomito pelo menos umas três vezes e às vezes até mais dependendo da refeição que fizer, dependendo da quantidade” (E. 5).

- **Laxante** → “Mas antigamente teve uma época aí que eu tomava laxante.” (...) “Com objetivo de emagrecer ” (E. 3).

- **Inibidor de apetite** → “(...) o inibidor de apetite mais que eu já tomei foi de algas (...) e mesmo assim por muito pouco tempo” (E. 7).

A preocupação exagerada com aparência, peso, dieta e forma corporal, transformam-se no foco central da vida das portadoras de TA, sendo o medo exagerado de ficar gorda e o exagero no tamanho do corpo, aspectos comuns nesses quadros. Esses achados corroboram com a literatura (BUCKROYD, 2000, TANNENHAUS, 1994).

Entre as práticas de controle de peso, foram utilizadas além da restrição alimentar, atividade física, vômitos auto-induzidos, laxantes e inibidores de apetite. Vale salientar que os dois últimos foram citados pelas portadoras de TCC em período anterior ao quadro de TA atual. Entretanto, vômitos, laxantes, remédios para emagrecer, dietas radicais, da moda e de baixo valor calórico são práticas de controle de peso que não se limitam a portadoras de TA (OGDEN, 1993).

No estudo de NUNES (1997), a prevalência encontrada para as práticas inadequadas de controle de peso, considerando que não são excludentes, podendo, portanto, haver o uso de uma ou mais práticas, foi a seguinte: uso de laxantes 8,5%, jejum 3,1%, uso de diuréticos 2,8%, vômitos 1,4%. Outros comportamentos que podem evoluir para práticas inadequadas de controle de peso, quando não bem supervisionados, foram citados e encontrou-se a seguinte prevalência: 16,4% exercício físico frequente, 7,8% dietas para perder peso, 5,1% uso de remédios para emagrecer e 2,5% ausência das duas principais refeições por dia.

No capítulo seguinte, analisaremos os comportamentos alimentares dessas mulheres, portadoras de TA, em diferentes fases do seu ciclo vital.

b) Comportamentos e práticas alimentares

Devido a preocupação com peso e forma corporal, os comportamentos alimentares são modificados com objetivo de emagrecer. Aqui analisaremos esses comportamentos percorrendo diversas fases desde a infância. Iniciamos nossa análise pela amamentação. Consideramos primeiramente essa fase, porque a amamentação representa uma íntima relação mãe- filho, vínculo este que repercutirá nas práticas alimentares e no desenvolvimento dos transtornos alimentares, o que é sustentado por diversos autores (CASTILLO et al., 1990; LEMES et al., 1997; NÓBREGA & CAMPOS, 1996).

O seio materno representa um vínculo vital, concreto e estruturador após o nascimento (AXELRUD et al., 1999, VICENTE, 1998), estabelecendo-se uma vinculação orgânica, biológica que garante a sobrevivência. Com o crescimento e desenvolvimento se estabelece uma vinculação simbólica, afetiva e social (VICENTE, 1998). Portanto, além da satisfação alimentar, envolvem-se no processo, trocas significativas de experiências que repercutirão no desenvolvimento da criança.

Antes dos seis primeiros meses de vida, não devem ser oferecidos, além do leite materno, outros alimentos como: água, chás e sucos (GIUGLIANI & VICTORA, 1997, VITOLO e cols., 2001). A introdução dos alimentos complementares deve ser gradual e considerar as circunstâncias individuais da mãe (ex.: trabalho) e necessidades nutricionais da criança (energia, proteína, carboidrato, gordura, ferro, zinco, cálcio e vitamina A) (GIUGLIANI & VICTORA, 1997).

Segundo MONTE et al. (2002), o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida e, preferencialmente, até os dois anos ou mais, devendo ser no mínimo de um ano.

No diagrama 9, citamos narrativas referentes a amamentação dessas mulheres.

Diagrama de Significações 9: Amamentação de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

- **Duração** → “Eu mamei praticamente quatro anos.” (...) “Até quatro anos em média” (E. 1).
- “(...) minha mãe não me deu de mamar até os seis meses, eu acho que já foi errado.” (...) “(Mamei) Até quatro meses” (E. 2).
- “Se eu fui (amamentada) foi pouco tempo porque quando eu tinha um ano e dois meses minha mãe morreu, logo que eu nasci ela ficou doente.” (E. 3).
- “Eu amamentada foi pouco, mamãe disse que eu mamei pouco.” (...) “Mais ou menos uns dois meses” (E. 4).
- “Não sei, acho que uns seis meses, oito meses.” (E. 6).
- **Ausência** → “Não fui amamentada ” (E. 7).
- **Rejeição** → “ Mamar eu não mamei porque logo no começo eu rejeitei a mama.” (E.5).

Quanto à amamentação, observamos que a sua ocorrência e duração foram variáveis. Encontramos desde a ausência e rejeição a um período de 4 anos. Apenas em uma das entrevistadas (E. 1) a amamentação foi suficiente em relação à duração, como a OMS recomenda que é de pelo menos dois anos. Duas entrevistadas nunca foram amamentadas e duas delas mamaram menos de seis meses. Fica evidente que o aleitamento materno dessas mulheres não seguiu as recomendações da OMS (MONTE et al., 2002).

Vale salientar que a depoente (E. 5) que relata rejeição da mama, foi rejeitada e abandonada pelo pai, e a mãe não desejava essa gravidez. E a outra que também não recebeu leite materno (E. 7), é filha adotiva.

Foi- nos possível observar também que os primeiros alimentos introduzidos além do leite materno foram os leites artificiais, mingaus e frutas. Vejamos as narrativas :

“(...) aí minha mãe começou a dar esse mingau aí eu já fui crescendo assim muito gordinha sabe, muito gordinha mesmo, eu acho que era muito errado minha alimentação assim que eu lembre.” (...) “(...) eu fui acompanhada pela pediatra, porque começa aquelas coisa de frutas, comer de três em três horas quando o bebê tá crescendo e tudo” (E. 2).

“Leite sempre ela deu, sempre deu mamadeira pra gente, mesmo já grande um pouquinho ela sempre disse que eu tomava mamadeira” (E. 4).

“(...) tomava aquele mingauzinho ” (E. 6).

“(...) preparava o mingau ” (E. 7).

Diante disso, constatamos que, a alimentação complementar ocorreu precocemente para a maioria delas (antes do sexto mês), o que contraria as preconizações de uma prática adequada de alimentação infantil (MONTE et al., 2002). Quanto ao tipo de alimentação complementar, foram introduzidos leites, mingaus e frutas. Segundo (MONTE et al., 2002) devem ser oferecidos como alimentos complementares ao leite materno: cereais, tubérculos, leguminosas, carnes, frutas, verduras e legumes; devendo serem evitados: açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas .

Nos diagramas 10 e 11, sintetizamos aspectos relacionados à quantidade de alimentos consumidos (escassez e excesso).

Diagrama de Significações 10: Quantidade de Alimentos Consumidos (Escassez) por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ *“Foi porque houve uma seca muito grande e deu muita lagarta e acabou a água e não tinha água, era uma dificuldade muito grande de água” (...) “(...) eu me lembro é que eu chupava muita cana, da minha relação de criança com comida era muita cana que eu chupava ” (...) “(...) era muito pequena e me lembro que a minha avó batia ovo de galinha e era uma falta de coisa danada, não tinha galinha e tinha lagarta no chão que a gente não tinha nem onde pisar (...) e então faltava muita coisa pra gente, a gente comia inhame, porque a minha tia ganhava dinheiro porque ela fazia labirinto, mas não tinha o que comprar, era longe né e minha avó batia ovo e botava farinha pra mim comer, eu não sei como é que eu comia aquilo porque depois fui tentar comer uma vez e não consegui. Como é que eu comia aquilo?” (...) “(...) e eu só me lembro dos ovos batido e que a gente comia os inhame com café” (E. 3).*

→ *“(...) comia normal, pão no café, pão com café porque ninguém podia comer que nem hoje as pessoas comem queijo, presunto, ninguém tinha, não era a realidade.” (E. 4).*

→ *“A minha alimentação ela sempre foi arroz, feijão e carne e nunca tive esse negócio de doces, sorvete, chocolate e primeiro de tudo a gente não tinha condições dessas coisas, recheado (...) a maioria exageradamente era arroz, feijão e carne.” (...) “Assim não era que gostava era a única coisa que tinha e eu tinha que gostar, era pouco porque assim ela fazia e tornava bom, eu adorava.” (E. 5).*

Na infância, a escassez de alimentos pela seca e/ou pela falta de recursos econômicos foi relatada. Sendo o acesso aos alimentos limitado (“era a única coisa que tinha”), o consumo alimentar era restrito quantitativa e qualitativamente. Entretanto, o que predominou foi um período de consumo excessivo, mesmo entre as depoentes que relataram inicialmente uma dificuldade para o acesso ao alimento, talvez em decorrência de uma necessidade de suprir ou compensar as dificuldades que tiveram que enfrentar pela falta de alimentos. Vale ressaltar que para algumas, esse consumo excessivo foi incentivado na família.

Vejamos o diagrama 11.

Diagrama de Significações 11: Quantidade de Alimentos Consumidos (Excesso) por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “Aí eu me lembro assim que eu tinha uma babá e também que era errado, eu acho que ela me empanturrava muito de comida, assim porque ela me babava muito.” (...) “Com três anos, por aí, três anos, quatro anos, eu acho que ela me empanturrava muito, eu lembro que ela fazia aquele negócio capitão e eu era criança e um prato cheio de farinha e fazia capitão pra eu comer, assim papa e sempre jantava aquela papa de maisena, ela me empanturrava dessas comida assim.” (...) “(...) aí e eu fui crescendo, a minha babá foi embora aí ficou a Tia D., só que a Tia D. era pior (...). Porque ela acha que a comida da criança, pra criança ficar bem tem que ser sustância (...) ela acha que a comida boa é aquela que tem bem muita sustância, tipo assim o açúcar ela sempre exagerava no açúcar, menina mel, ela sempre fazia as coisa com mel” (E. 2).

→ “Eu gostava muito de comer, sempre gostei e quando era nas férias eu ficava no colégio e aquelas mesa grande assim e elas faziam muita comida aquelas irmãs e eu aprendi cozinhar com elas aí eu sentava em cima da mesa e elas faziam doce do ano pro outro” (E. 3).

→ “(...) tomava tanta coisa na hora do café (...) na hora do almoço eu vinha pra casa e repetia três vezes assim o almoço e depois ainda tinha sobremesa (...) sempre coisa doce” (E. 4).

→ “(...) o que eu mais considero é a quantidade de comida que eu comia, eu comia muito, acho que quantidade assim por exemplo, o almoço do homem não é muito, pois é eu comia daquele tanto e jantava assim aquele tanto, aquela pratada enorme aí depois ainda comia mais e ainda queria repetir.” (E. 5).

→ “Eu comia um pouco demais (...) aí sempre de manhã era assim: tomava aquele mingauzinho aí na hora do almoço a comida era arroz, verdura, carne um prato bem cheio (...) aí sempre foi assim de tarde merenda.” (E. 6).

→ “Não fui amamentada e a mamãe tinha uma mania que eu ficasse gorda, então o que eu sei assim é que preparava o mingau e eu não tomava, vomitava e preparava outra até eu segurar o mingau, quer dizer era uma mania que ela tinha que eu ficasse gorda” (E. 7).

Nossas informantes consideram que tiveram um consumo alimentar excessivo em períodos diferentes de seu ciclo vital. Ora incentivado por um adulto (babá, tia, freira, mãe), ora buscado por ela mesma. Segundo elas, eram “empanturradas”, comiam “aquele monte”, “aquela pratada”, um “prato bem cheio” e, às vezes, ainda voltavam a “repetir”.

A alimentação infantil possui muitas crenças e tabus, alguns prejudiciais a formação dos hábitos alimentares (MONTE et al., 2002). A tia de uma das depoentes (E. 2) acredita que a alimentação infantil deve ter “sustância” e, por isso, exagerava na oferta de alguns alimentos, como: açúcar e mel. Pois acredita que, “comida boa” é aquela que deve ser “forte” e dar “sustância”.

Quando o alimento é usado de forma inadequada, quando para suprir diferentes estados emocionais dificulta-se a diferenciação dos estados emocionais de sinais fisiológicos como a fome. Desse modo, o alimento torna-se um aspecto central de extrema importância na vida do indivíduo, e independente da fonte e da natureza da inquietação, o alimento é usado indiscriminadamente (CASTILLO et al., 1990, NÖBREGA & CAMPOS, 1996). Pelo trecho do depoimento abaixo, percebemos o conflito existente no momento das refeições, onde o alimento passa a ocupar um papel central e vital na vida da entrevistada.

*“(...) toda vida que eu tinha que fazer qualquer alimentação eu tinha que me esconder do meu pai.” (...) “Porque ele dizia que eu tava gorda e sempre brigando comigo, brigando, brigando, era horrível e na hora de almoçar eu botava meu prato e corria pra dentro do quarto pra dentro do banheiro pra ficar escondida.” (...) “É, mas como eu gostava muito de comer nem que eu fosse e me trancasse dentro do banheiro, mas enchia meu prato e comia tudo.” (...) “Não (me preocupava), pode brigar mas eu quero é comer.” (...) “Eu dizia pra mim: **a melhor coisa da minha vida é comer e praticar o esporte não tem coisa melhor, vivo só pra isso.**” (E. 6).*

Identificamos na narrativa, que para comer a quantidade que queria de alimentos, era preciso correr para o quarto ou banheiro e esconder-se. Isso nos chama atenção porque nos TA's, o comportamento alimentar é geralmente secreto. Os bulímicos e compulsivos

procuram esconder a quantidade e o tipo de alimentos consumidos, principalmente durante os binges e os anoréticos também evitam comer na presença de outras pessoas, para evitarem comentários relacionados à pequena quantidade ingerida. Esta mulher, desenvolveu AN restringindo drasticamente seu consumo. Teve um período anterior, como citamos, que consumia grandes quantidades de modo secreto e sempre com a ocorrência de conflitos e discussões com o pai.

Nos chama atenção, o fato de ser priorizado o alimento, em detrimento dos conflitos familiares. Segundo a depoente, o aspecto mais importante de sua vida era comer. Sem dúvidas a alimentação é vital, tendo em vista que fornece nutrientes essenciais para a manutenção da vida, entretanto, para esta mulher a comida é considerada como o motivo da vida.

Desse consumo excessivo, a depoente (E. 6) desenvolve um quadro de sobrepeso/obesidade, surgindo uma preocupação com peso e corpo associado ao “sentir-se gorda”, e início a prática de dietas.

Além da quantidade de alimentos ingerida, também questionamos quanto ao tipo de alimentos consumidos no período que antecede o desenvolvimento do TA.

Vale salientar que práticas adequadas de alimentação infantil são importantes na formação de hábitos alimentares saudáveis. Portanto, é fundamental que a criança seja exposta a uma alimentação variada e de qualidade (GIUGLIANI & VICTORA, 1997, MONTE et al, 2002, VITOLO e cols., 2001).

Segundo (GIUGLIANI & VICTORA, 1997: p. 44), “a saúde de uma população está intimamente relacionada com a sua alimentação”.

No diagrama 12, apontamos os principais tipos de alimentos consumidos em diferentes períodos da vida de nossas depoentes.

Diagrama de Significações 12: Tipo de Alimentos Consumidos por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “Antes eu repudiava verdura, verdura e fruta era minha mãe botando fruta e se era banana era pra ser com leite ninho, com farinha láctea, com nescau pra poder comer.” (...) “No período de quando eu era obesa, assim era igual o da minha família a minha alimentação” (E. 1).

→ “(...) tava meio doida minha alimentação tipo assim: eu merendava no colégio muita massa, coxinha, pastel, refrigerante, tudo isso, né. Aí no almoço não era muito, mas eu comia bem no almoço, não sei nem como eu comia tudo aquilo, mas eu comia bem, sabe assim, e a maioria das vezes com suco” (...) “(...) era típico, a tarde sempre eu merendava xitos com coca-cola só que não era uma vez, era todo dia xitos com coca-cola, biscoito ” (...) “(...) sempre tinha lanche em casa, mas a gente queria comprar refrigerante essas comidas assim.” (...) “(...) comprava refrigerante de um litro aí as quatro tomava (...) merendava banana frita e sempre, constantemente **essas merendas assim, gordas**; a tia falava que a gente tava gorda mas ela mesmo fazia pra gente levar pro colégio coxinha, ela não dava uma fruta pra gente levar pro colégio e só levava comida que não engordava pro colégio, quando tava fazendo regime, mas depois não. (...) hoje eu reconheço que era muito errado a minha alimentação (...) era muita fritura, sabe assim, todo final de semana comia pizza e era muita massa, a gente gostava muito de comer massa, essas comidas.” (E. 2).

→ “(...) nesse período nos campos, eu comia assim meio pão daqueles grande, meio pão com manteiga, café, na hora do almoço comia assim de tudo um pouquinho arroz, feijão, macarrão e carne ou ovos, o que tivesse e no jantar sempre eu comia pão de milho com leite em casa porque só tinha essa comida e não tinha outra, então a gente se alimentava desse jeito, sempre assim muito escasso, né. Então o que aparecia a gente tinha realmente que aproveitar.” (...) “(...) faziam pão pra mandar pro lanche, tinha uma comida chamada não sei se tu conhece Minuto que é feito de massa de milho, então você cozinha ela no fogo com margarina, depois faz assim parecendo um bolo, e passa margarina, corta ela todinha e passa margarina e a margarina vai entrando por dentro dos pedacinhos cortado e é bem gostoso, a gente merendava muito isso também, e teve um período que eu tinha saído dos campo e eu já trabalhava nas empresas, nas fabricas de doce, de castanha que tinha lá e aí eu já começava a comer era um pão inteiro, um pão daquele todinho com manteiga.” (...) “Na época (antes BN) eu tomava café da manhã todo dia, comia assim, não gostava de pão, hoje eu já tou gostando mais do pão, eu comia ovos, eu botava queijo, eu comia mamão sempre gostava do mamão, tomava vitamina passada, tomava tanta da coisa na hora do café e quando era mais ou menos nove meia eu tava na fabrica e o pessoal fazia pão de milho com ovos eu comia pão de milho com ovos e coca cola, coca cola, coca cola direto, era coca cola normal nessa época; na hora do almoço eu vinha pra casa e repetia três vezes assim o almoço e depois ainda tinha sobremesa e sobremesa era sempre coisa doce, eu queria comer coisa doce e a tarde eu trabalhava lá na fábrica, então o pessoal fazia merenda de tarde de novo, tapioca e lá vai eu comer tapioca com café, aí começou a ficar gorda e a comida a embrulhar e fazer aquele mal estar em mim.” (...) “(...) nunca gostei de comer muita fruta, nunca gostei de comer muita verdura (...) a única fruta que eu realmente gostava era banana” (E. 4).

→ “Eu que eu sempre fui muito bem alimentada, tomando muito leite e não muito assim de porcaria chocolate, sorvete, eu sempre fui de comer bem, verdura, fruta, minha mãe minha avó sempre dizia tem que comer bem pra não ficar doente e aí durante todo esse período nunca tive assim uma doença.” (E. 6).

→ “(...) o que eu comia naquele tempo era muito mais simples, a alimentação não tinha tanta coisa que tem hoje, não era nada disso, era sopa, era cuscuz, era pão recheado, era comida tradicional da gente, arroz, feijão e não tinha muita verdura, inclusive praticamente não tinha legumes e nem alface, nada disso e nem, refrigerante só em aniversário.” (E. 7).

Pelas narrativas constatamos que o consumo alimentar é determinado pelo acesso.

Aquelas que vivenciaram períodos de escassez, apresentam nesse período um consumo

limitado, tanto em relação à quantidade como à qualidade. Observamos também que, o acesso a uma menor variedade e quantidade de alimentos, representa um fator limitante para o consumo alimentar. Já uma maior oferta de alimento, favorece um consumo excessivo que é marcado, principalmente, por ingestão de guloseimas e pela ausência de frutas e verduras. Vale salientar que o consumo excessivo é incentivado na infância, pelos familiares, a partir da introdução dos alimentos complementares.

“A minha mãe sempre alertou que eu comesse bem ” (E. 6).

“(...) mamãe tinha uma mania que eu ficasse gorda, então o que eu sei assim é que preparava o mingau e eu não tomava, vomitava e preparava outra até eu segurar o mingau, quer dizer era uma mania que ela tinha que eu ficasse gorda ”(E. 7).

Entretanto, esse incentivo é anterior a instalação do sobrepeso/ obesidade. Como já citamos, com a instalação desses quadros, a cobrança pessoal, familiar e social para o emagrecimento ocorre. Nos capítulos seguintes, exploraremos melhor esse assunto.

A motivação inicial para a modificação da alimentação e a redução de peso foi pessoal, contando inicialmente com apoio ou indiferença (descaso) da família e com o incentivo de educadores físicos. Assim, dá-se início a prática de dietas.

Apresentamos no diagrama 13, como o início da prática de dietas é descrito.

Diagrama de Significações 13: O Início da Prática de Dietas por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “(...) nos meus 15 anos eu sempre procurava fazer regime toda vida na segunda-feira (...) aí durava só mesmo no dia e no dia seguinte eu já parava; teve uma vez no começo do ano passado que assim, eu e meu irmão a gente planejou (...) nossa alimentação era programada (...) aí eu consegui emagrecer (...) em uma semana eu emagreci quatro quilos em uma semana, (...) aí começou as aulas e eu não continuei meu regime (...) na semana santa eu assim, olhei pra mim mesmo e falei: não, A. tá bom você já passa sua vida comendo, sua vida comendo besteira, comendo guloseimas.” (...) “(...) na semana santa do ano 2000, comecei meu regime.” (...) “Eu mesma fiz por conta própria.” (...) “Aí eu toda vida comprava revistas, mas assim eu nunca acompanhava bem as revistas eu pegava só algumas coisas (...) e colocava na alimentação” (E. 1).

→ “É, aí minha mãe levou a gente (depoente e irmã mais velha) pro endocrinologista.” (...) “Com essa idade mais ou menos de 12 anos eu tava pesando por aí 48 quilos, sabe, aí ela foi lá, ela pesou e botou na ficha, menina nesse dia parece que era o fim do mundo, ela botou obesidade infantil aí minha mãe ficou desesperada e eu pedi logo pra minha mãe não dizer pra ninguém que a gente não tava dieta ” (...) “(...) aí pronto, eu comecei a fazer a dieta, comecei a fazer a dieta mas aí eu fui fundo mesmo, eu segui a risca a dieta bem direitinho, era assim eu fiz aquele objetivo e eu cumpria mesmo tudo que ela mandava, sabe, por exemplo, no final de semana ela dizia que podia comer doce ou uma coisa assim, mas eu não comia.” (...) “Porque eu queria perder logo aquele peso.” (E. 2).

→ “(...) aí eu fui pro endocrinologista ” (...) “Fiz muita dieta da lua ” (...) “Fui em vários médicos em busca de dieta” (E. 3).

→ “(...) comecei a fazer uns tratamentos e fazia os tratamentos lá e caminhava e a dieta que a doutora passou ” (E. 4).

→ “Eu tava na quarta série, meu professor de física achou que eu tava fora de peso aí eu comecei a fazer dieta e não é a primeira vez que eu faço regime.” (...) “Quando eu tava na quarta série, pra falar a verdade, todo final de ano eu fazia regime, logo no começo do mês eu tinha que fazer regime, no começo de dezembro eu tinha que fazer regime da quarta série pra cá e faz quatro anos, então todo mês de dezembro eu tinha que fazer dieta, dieta, então quatro meses que eu passei fazendo dieta sempre no final do ano.” (...) “Eu parava de comer, almoçava e pronto aí diminuía ” (E. 5).

→ “Por conta própria.” (...) “Assim eu apesar dos pesares fiz minha dieta maluca, mas também lendo um monte de livro também eu tentava sempre balancear pra nunca faltar vitaminas e balanceava pra nunca ter esse problema de anemia e não sei o que” (E. 6).

→ “(...) o primeiro regime que eu fui fazer foi com o doutor aquele R. aí ele passou um regime” (...) “(...) aí fui na doutora A., eu amamentava e doutora A. passou estilo regime do doutor R. só que eu tinha que tomar um litro de leite por dia e comer muita fruta a vontade, então não foi um regime foi diminuir a comilança” (E. 7).

Em um determinado momento tomam a decisão de emagrecer e se engajam em um regime alimentar. Entre as anoréticas e bulímicas identificamos maior rigidez na prática das dietas. Já as comedoras compulsivas tendem a envolver-se repetidas vezes, buscando inúmeras dietas e profissionais.

Um aspecto importante a ser considerado é a regularidade dos horários das refeições, uma vez que a omissão de refeições é utilizada como prática de controle de peso, e a “falta de tempo” utilizada como desculpa para tal comportamento. No depoimento abaixo percebemos como nossa depoente entrou em contradição, dizendo inicialmente que não mais pensava em emagrecer e quando não se alimentava era porque esquecia ou não tinha tempo; mas, posteriormente, afirma que utiliza-se desse argumento, objetivando a magreza.

*“(...) agora eu acho eu tou voltando a normalizar minha alimentação, só que aí agora o meu tempo não tá mais deixando,(...) Porque eu me esqueço, o pessoal pergunta tu almoçou e eu não, por quê? Porque eu me esqueci ” - **Contradição** - “Não S. eu quero regularizar a minha alimentação porque eu não consigo e pra te falar eu não tou mais com esse negócio de querer emagrecer.” (...) “Eu aproveito esse não ter tempo, pra ser magra, pra parar de comer totalmente.” (E. 5).*

Quanto à orientação de um profissional da saúde, isto não foi regra, visto que algumas fizeram dieta por conta própria, inclusive baseadas por revistas que sugerem cardápios alimentares. Além disso, algumas orientações profissionais, incentivavam uma dieta restritiva.

*“Ave Maria eu tinha uma mulher (nutricionista) que mandava umas quentinha lá pra casa, eu acho que hoje nem pagando, aquilo ali era quase uma **penitência**, que era caro e como era caro e **péssimo** não podia ser bom e pouco, aquilo era quase assim um **castigo** (risos), mas era pei e bufo porque você comia tão pouco, de noite tinha uma sopa (risos) que a bicha nem misturava se você não ficasse mexendo, não tinha gordura em nada, aquela bicha separava na hora, meu Deus, até a empregada mangava, eu não consigo vê a sopa, não dá, não dá, isso é demais, meu Deus que **horror!** Mas era ótimo assim porque uma vez eu ia pra Bahia e queria emagrecer um pouquinho e já que ia pra Bahia pro interior pra*

família dele e eu digo eu tenho que chegar mais magra pra poder comer caruru, vatapá e etc, se eu chegar lá gorda de começar a comer as roupa não entram e fiz esse regime, rapaz sete quentinha dessas intoleráveis era o suficiente pra perder dois quilos, cuma tacada só, assim, ou mais.” (...)
“Não, e o café da manhã a mulher dizia assim tome um café preto eu chega ficava tonta, eu almoçava e não sentia nada parecia que não tinha nada no estômago. Valha-me Deus.” (...) *“Essa foi uma das piores, essas quentinhas acho que eu apanhei dela duas vezes, ô coisa horrorosa!” (...)*
*“Não, que dizer a prática mais restritiva e mais **intolerante** foi essa mesmo.”*

(E foi orientada por alguém?)

“Era uma nutricionista (risos).” (...) *“Era uma colega sua, mas deve ter por aí, eu já vi.”*

(Mas ela fazia algum tipo de avaliação ou era um padrão?)
Nega com a cabeça.

(Você dava os dados pelo telefone?)

“Era. (Expressão de negação com a cabeça). Mas aquilo era como você passasse uma semana assim penitenciando”

(E o programa era pra uma semana?)

“Era, você fazia 15 dias, o tempo que queria.” (E. 7).

A proibição do consumo de determinados alimentos na orientação do profissional de saúde também foi referida. Eram “permitidos” apenas os alimentos que eram vistos como “coisa ruim”, e os “proibidos” eram os alimentos preferidos .

“Não podia, pois é, aí à vontade só coisa ruim à vontade era refrigerante light, chá sem açúcar isso podia tomar à vontade, água, limonada sem açúcar, podia ser à vontade só coisa ruim e eu não tomava essas coisa à vontade.” (...) *“Pois era e isso que eu também tinha raiva porque os a vontade era só coisa podre e as proibida era as coisa que a gente mais gostava, né” (E. 2).*

*“(…) todo mundo que eu ia ele dava uma listinha com o regime padrão e atrás as alternativas ABCD e isso no pode e o que pode à vontade era tempero verde (risos), oh meu Deus, à vontade, tempero verde, água, pimenta, eu ficava doente, aí que saco, aí de repente, o que eu mais gostava era o super proibido. (...) **a comida (...) dividida entre proibida e permitida**, permitido é o alface o proibido é tudo mais (...) aquela coisa assim de proibido e permitido **entre o bem e o mal**, porque eu tava vivendo a alimentação assim dividida”(E. 7).*

Nas dietas é comum a definição de alimentos “proibidos”, ou seja, aqueles que não devem ser consumidos. Ao se definir um alimento como “proibido”, excluindo-o assim da alimentação, torna-o mais desejado. Assim, ao consumi-lo estando de dieta, ocorre a perda da confiança em si e a pessoa tende a continuar a comer (HIRSCHMANN & MUNTER, 1992, OGDEN, 1993). Segundo as autoras, ao abandonar as dietas, a comida se tornará menos importante. O ato de comer será regulado pela fome e não pela atração que ocorre pelo fato de ser um alimento “proibido”.

Uma das depoentes sintetiza muito bem esse momento, onde diz que o aspecto central de sua vida são o alimento, peso e corpo simbolizado e mediado pela dieta.

“(...) e eu comecei a saber levar a vida assim, eu sempre tava mantendo o peso, mas sempre com medo, eu vivia de dieta a partir desse momento eu vivia de dieta, minha vida era dieta.” (E. 2).

Devido ao medo de comer alguns alimentos e aumentar o peso, a cota calórica diária consumida passa a ser estabelecida, calculada e a rigidez no consumo alimentar torna-se uma constante. Assim, uma inocente prática de dieta, com sua conseqüente redução de peso que passa a ser adotada com extrema rigidez, representa o alicerce necessário para o desenvolvimento do TA.

“(...) aí eu comecei a fazer a dieta bem direitinho e aí foi a glória eu perdi sete quilos rapidinho.” (...) “Lembro, eu perdi sete quilos, eu acho que em três meses de dieta, quatro meses, por aí, tanto é que minha irmã, não seguia muito direito, enquanto eu perdia assim cinco ela perdia só dois porque ela não seguia direito a dieta, ela era mais liberal.” (...) “Muito mais(rígida), aí nessa época eu já queria ficar sem comer, eu me lembro como se fosse hoje, que tinha um jantar e eu botei só no meu prato arroz e a minha mãe: vai comer só arroz? Eu vou dizer pra C. que é o nome da endocrinologista, aí minha mãe foi lá dizendo que eu já tava querendo deixar de comer, mas olha como é engraçado, quando eu perdi esse peso aí eu toda de roupa colada porque eu queria que ela visse que eu tinha perdido aquele peso e eu toda de roupa colada pra ela ver assim.” (E. 2).

Na anorexia nervosa, o comportamento alimentar característico é a rigidez na escolha e na quantidade de alimentos, com a exclusão dos considerados “proibidos” e o

predomínio dos alimentos “permitidos”. Entre os bulímicos e comedores compulsivos, a restrição alimentar não é mantida por muito tempo e alterna-se com os episódios de compulsão.

Quando, devido à compulsão alimentar, a dieta não mais pode ser mantida, o sentimento de frustração e inadequação é despertado.

“(...) porque é muito frustrante você pegar um papel de dieta e não fazer e emagrecer aquele monte de quilo que o médico quer e dizer todo mundo ah como você tá magra ” (E. 3).

Mas apesar de todas as vivências que tiveram com a prática de dietas, as mesmas ainda são desejadas e vistas como a solução dos seus problemas.

“Penso (ainda em fazer dieta).”(...) “Porque às vezes eu acho que a solução de alguns problemas com a dieta eu vou ter” (E. 2).

“Mas eu penso um dia fazer uma dieta, mas porque que eu tenho raiva da dieta do médico e acho que tenho que fazer uma dieta, isso não é uma incoerência muito grande não?” (...) “(...) eu preciso mas não faço dieta, não nem me fale em dieta.” (E. 3).

No capítulo “O Transtorno Alimentar e Suas Interfaces”, iremos explorar mais esses comportamentos.

Um dado relevante é a contradição no padrão de alimentação da sociedade, que apesar de cobrar um corpo magro, “vende comida” através de propagandas apelativas, que criam expectativas de identificação social e formam hábitos alimentares inadequados, visto que predominam alimentos de elevado teor calórico e de gordura e baixo teor de fibras, vitaminas e sais minerais (AXELRUD et al., 1999). Este aspecto é apontado por uma das depoentes.

“É você tem a musiquinha linda do Mc Donald's é uma moedinha e você vai ver é batatinha e não sei o que, é uma delícia a música é uma delícia, a música é mais gostosa do que a comida a propaganda muito mais gostosa do que a comida, aí você come aquelas fotos linda aí depois você sai que é uma bomba da caloria um bicho desse e que diabo é isso (risos)

que todo mundo manda você comer e depois diz que aquilo não presta.”(...) “Porque antigamente o arroz com feijão era a comida trivial e não tinha de tão saudável porque podia faltar até muita coisa, mas não tinha nada tão venenosa a não ser a gordura que você fazia um torresmo e uma coisa e tal, mas era o trivial que a gente comia antes que hoje eu tento mais ou menos comer na minha casa que é ter o arroz, o feijão todo dia e a carniinha e boto uma salada uma coisa, mas à noite a gente parte pras porcaria que o pessoal chama porcaria comida bomba é a pizza, é o hamburger.” (...) “É as porcaria, as bombas porque antigamente ninguém comia.” (...) “Mais gostosos, mais rápidos.”(...) “E fáceis de você preparar porque enquanto você vai preparar uma sopa você passa horas e horas ali mexendo, cozinhando, cortando, limpando, aí você pega um prato de macarrão pronto ou uma pizza e joga no forno e tá pronto.” (E. 7).

Incentiva-se, através da mídia, o consumo de alimentos calóricos, de fácil e rápido preparo, o que difere imensamente dos hábitos alimentares antigos. Sem dúvida, o peso apontado por esta mesma mídia como sendo o ideal, é incompatível ao consumo abusivo desses alimentos veiculados. Desse modo, a mídia passa a vender obesidade e magreza paralelamente, pois ao mesmo tempo que incentiva o consumo de alimentos calóricos, de consumo rápido e freqüente, que associado ao sedentarismo, decorrente do conforto atualmente disponível, que favorecem a obesidade, vende produtos *diets* e *lights*, aparelhos de ginástica e um padrão de beleza em que as modelos apresentam-se esqueléticas. No capítulo dos aspectos sócio- culturais, iremos abordar esse assunto com maiores detalhes.

No capítulo seguinte, demonstraremos como nossas informantes se referem as suas vivências e a interferência destas em suas vidas.

c) Elementos psico-afetivos e momentos traumáticos

Considerando que a relação do indivíduo com seu corpo é marcada pelas impressões vivenciadas na infância que são perduradas pelo resto da vida (CORDÁS, 1993), aqui iremos abordar aspectos relacionados às características de personalidade e situações traumáticas marcantes na vida dessas mulheres, relacionadas direta ou indiretamente a peso, corpo e alimento.

Revivendo suas biografias identificamos uma história de preconceito com discriminação, ridicularização e cobranças relacionadas a alimentação e aparência física. São relatos com conteúdo sofrido e doloroso.

No diagrama 14, identificamos situações apontadas pelas depoentes que trazem conotações de discriminação e cobrança.

Diagrama de Significações 14: História de Preconceito com Discriminação e Cobrança Relacionada ao Peso em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

- **Discriminação** → “Todo mundo, todo mundo me achava assim gordinha e não obesa mórbida, mas gordinha sabe, e eu detestava porque sempre a gente era lembrada “Ah! As filhas do C. sabe, aquelas gordinha” e parecia que nem tinha nome (...) aí minha mãe começou a ficar desesperada e todo mundo e parecia que a gente tava era com uma doença, sabe, a minha tia do lado da minha mãe tudo preocupada que a gente muito gorda e não sei o que e meu pai também, o meu pai parece que ele acordou agora, ele não liga mais depois que eu tive esse problema, porque ele fala que não era preocupado, mas ele era preocupado, sabe, porque ele dizia assim, passava uma pessoa e dizia “olhe, cuidado pra ficar assim”, sabe, tipo assim “ô você tá vendo, cuidado se não você ficar assim”, quando passava uma pessoa gorda.” (E. 2).

→ “(...) agora só que era o pessoal ficar chamando você de gordinha, baleia isso era o chato da estória.” (...) “Amigos, professor, meu pai, foi muitas pessoas.” (...) “Horível” (E. 6).

- **Amigo (as)** → “(...) nos 15 anos delas (amigas) com aqueles vestido e eu me lembro como se fosse hoje, eu tinha uma amiga, uma das minhas melhores amigas e ela ia fazer 15 anos e ela tava na maior dúvida se vestia aqueles vestido aí eu disse: mulher não veste não porque aqueles vestido a gente fica igual um bolo, porque fica muito cheio, aí minha outra amiga “não, só se ela fosse gorda que nem tu”. (E. 2).

→ “Não, eu sempre fui bem aceita, mas às vezes tinha certas restrições com amigos” (...) “Aí a coisa assim se tornava super chata” (E. 6).

- **Mãe** → “(...) ela sempre foi pelo lado da minha irmã, minha irmã tinha o corpinho magrinho, toda roupa que ela comprava ficava linda nela “ah essa roupa é muito linda! Serve pra E. (irmã da depoente)” e nunca nada pra mim porque eu era gorda, “Ah F. (depoente), tu é muito gorda!” e só vivia me chamando de baleia.” (E. 5).

- **Pai** → “Porque ele (pai) dizia que eu tava gorda e sempre brigando comigo, brigando, brigando, era horrível” (E. 6).

- **Pai e Mãe** → “(...) Eu tenho uma prima bem distante, bem distante, bem distante, que ela é muito gorda e isso ela é muito gorda mesmo, assim, quase obesa mórbida aí era horrível quando meu se encontrava com ela meu pai ficava dizendo: cuidado pra não ficar igual a fulano, fulano tão bonitinha mas tão gorda, sabe, era como se fosse assim a pior coisa do mundo aí minha mãe começou a ficar desesperada, só que minha mãe dizia assim: a saúde, a saúde, não tá vendo não criança com doze anos com colesterol alto e tudo assim.” (...) “minha mãe ficava dizendo isso, mas no fundo no fundo a gente sabe que nenhuma mãe quer ter um filho gordo, sabe é porque a pressão é muito grande, é como se a mãe tivesse vergonha que o filho fosse gordo.” (E. 2).

- **Tias** → “Toda vez que eu ia na casa da minha tia dizia F. (...) tu tá muito gorda F. (...) menina tu vai engordar menina! Cuidado se não tu não passa mais na porta” (...) “(...) **quando eu era gorda** não tinha nenhum problema, **só tinha simplesmente preconceito** e agora depois que eu diminui esses quilo adquiri doença” (E. 5).

- **Primos** → “Não, assim sempre meus primos brincavam, mas uma coisa totalmente assim normal.” (...) “(...) brincadeira mesmo assim gordinha e não sei o que e eu levava na brincadeira” (E. 1).

- **Cobrança** → “(...) minhas tias perguntando o peso que a gente tava e aquelas coisas, sabe assim. Essa minha outra dia gorda também eu tinha raiva dela na época, sabe, ela vivia enchendo o saco perguntando peso, qual era o peso que a gente tava, quanto a gente tava pesando, quanto peso tinha que perder, como era a dieta.” (...) “Me sentia (cobrada)” (E. 2).

→ “Fora que, meu pai me cobrava. “ (...) “Que eu era tão bonitinha, mas tão gordinha e que eu tinha que emagrecer.” (...) “O que mais me influenciou a prática disso foi a maior pressão de todo mundo de me achar gorda” (E. 6).

A discriminação e cobrança foram recorrentes nas entrevistas. Essas situações agiram negativamente em suas auto-estimas, levando-as a se desvalorizarem. Devido suas necessidades de se sentirem aceitas, envolvem-se em comportamentos alimentares disfuncionais, bem como, em práticas inadequadas de controle de peso, em que o esforço e a necessidade de aceitação se sobrepõem as suas necessidades nutricionais e emocionais.

No mesmo contexto, destacamos em suas histórias de vida, na fase infanto-juvenil, o extremo desse aspecto, chegando a ridicularização, quando o tio de uma delas (E. 2) decorou um botijão de gás como sendo nossa menina e a expôs para a família. A lembrança de “todo mundo rindo” dela, mesmo quando sua irmã mais velha era mais gorda, a entristece:

*“(...) era muito difícil esquecer tudo que eu passei. Quando eu era criança olha o que meu tio fez, fez um botijão de gás aí decorou todo, com meus cabelos pretos, como se fosse eu e chamou a família inteira pra ir ver esse botijão de gás que ele construiu como se fosse uma menina. Ele ganhou um botijãozinho pequeno aí todo mundo fazia hora com esse botijãozinho aí ele fez como se fosse eu, olha você ser **ridicularizada por todo mundo**, eu fecho os olhos e ainda fico lembrando todo mundo rindo na casa antiga da minha avó.” (...) “Tinha oito, nove anos.” (...) “Foi (comigo), mesmo minha irmã sendo mais gorda” (E. 2).*

Os apelidos pejorativos e discriminatórios referentes à peso e corpo também marcaram nossos relatos.

*“(...) mesmo minha irmã sendo mais gorda, mas quem foi que teve o apelido de **Lolo**, olha o meu apelido Lolo porque eu era morena e não tem aquele chocolate Lolo e ele é macio, fofinho, eu era morena era bem neguinha mais morena do que eu sou hoje porque eu vivia na praia e era fofinha que nem o chocolate Lolo, era o meu apelido. As nossas tias **bolota** e hoje ela ainda chama a gente de bolota (risos).” (...) “(...) minhas irmãs mais novas, antes da dieta sempre chama **baleia, tubarão**, aqueles apelidos, gorducha, aí eu batia nelas e chorava ”(E. 2).*

*“Meus irmãos assim em briga de irmão qualquer coisa “Ah! Essa **baleia** ” (E. 5).*

“(...) agora só que era (ruim), o pessoal ficar chamando você de gordinha, baleia isso era o chato da estória.” (E. 6).

A vivência dessas situações humilhantes fez com que se sentissem rejeitadas, interferindo em suas auto- estimas. Assim, as críticas recebidas e internalizadas adquirem grandes proporções. A representatividade desses momentos, pode ser exemplificado pela seguinte fala:

“Ave Maria, menina eu não me esqueço nunca, eu posso ficar boa da anorexia, mas nunca vou esquecer esses comentários assim, porque por mais que você fique boa, mas você não vai apagar da sua memória, da sua lembrança, aí horrível ” (E. 2).

Desse modo, essas situações de abuso infantil emocional, com toda essa pressão e extrema dependência da aceitação do outro, marcaram um vivido traumático, que interferiu diretamente em como se auto- avaliam.

É comum essas mulheres apresentarem baixa auto- estima; impulsividade; dificuldade no funcionamento social; necessidade de aprovação externa; suscetibilidade nos vínculos; baixa tolerância à ansiedade e frustração; maior tendência à depressão (CORDÁS et al., 1995, HERSCOVICI, 1997).

O modo como essas mulheres se auto- avaliam é representado no diagrama 15.

Diagrama de Significações 15: Auto- avaliação por Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “(...) eu me desvalorizava muito, menina até hoje ainda, eu ainda quero me desvalorizar...” (...) “(...) porque minhas amigas, eu achava que nunca era amiga demais, eu achava que eu nunca ia poder conquistar uma amizade.” (...) “Porque eu era muito envergonhada, menina era incrível eu não sabia demonstrar nada, eu podia adorar aquela amiga, mas eu não conseguia demonstrar que adorava...” (...) “(...) desde que acho que nasceu ser aquela pessoa que se desvaloriza e d’uma auto estima triturada, aquela pessoa que não acredita nela com certeza eu era assim às vezes ainda acho que sou assim, mas eu era muito mais, muito mais, muito mais.” (E. 2).

→ “Ser mais forte e parar com essas depressões.” (...) “(...) eu digo fraca assim porque qualquer coisa me deprime e eu não queria ser assim, eu queria deixar tudo por menos...” (...) “(...) eu não me considero uma pessoa feliz eu não sei porque, porque eu tenho três filhos saudáveis, (...) que (...) eu amo...” (...) “(...) não consigo acreditar que eu sou maravilhosa e todos ao meu redor me acham, me consideram uma pessoa maravilhosa, uma pessoa batalhadora, uma pessoa forte, uma vencedora como dizem e eu não vejo em mim isso” (E. 4).

→ “Eu me achava uma pessoa sem valor, uma pessoa órfã, uma pessoa que não tinha valor nenhum porque um pai que diz ah você tá grávida do cão e não de mim, eu achei que eu não tenho valor, por ter sido uma gravidez indesejada ” (E. 5).

→ “Eu não sou fácil mas também não sou tão difícil quanto ele (pai), né.” (E. 6).

Observando como nossas mulheres se auto-avaliam, percebemos que sentem-se “desvalorizadas”, “fracas”, “infelizes” e “sem valor”, ficando demonstrado em seus relatos, características de baixa auto-estima e desvalorização. Isto ocorre devido as situações traumáticas que fizeram parte de seus vividos. Segundo ANDRADE (2000), estes fatos marcantes em suas biografias, nos remetem a uma “ferida” em sua auto-estima.

Entre as anoréxicas percebemos que o perfeccionismo apresenta-se como característica (BUCKROYD, 2000, HERCOVICI, 1997). Vejamos as falas que seguem:

“(...) Até mesmo na parte, no perfeccionismo, assim, se os outros conseguem, por que eu não posso? Eu posso fazer é melhor ” (E. 1).

“(...) querendo ser essa perfeição em pessoa” (...) “(...) porque que eu quero o tão perfeito, por que eu não posso ceder mais, por que eu tenho

que ser aquilo,(...) tão a risca e pra mim tem que ser aquela perfeição e se for um pouquinho errado já não tá só um pouquinho errado é aquela coisa frustrante que tá tudo errado e não serve mais.” (E. 2).

“(...) e eu sou assim perfeccionista demais, eu quero tudo daquele jeito, eu não gosto que mexa nas minhas coisas isso pra mim, isso é horrível ”(...) “Perfeição. Eu quero ver tudo perfeito” (E. 6).

Outra característica comum na AN é o fato de serem sempre boas alunas, com excelente desempenho escolar (MORANDÉ & CARRERA, 1988). Esse rendimento se mantém mesmo quando as mesmas se encontram debilitadas em decorrência do baixo peso.

“(...) eu estudo no Christus e o Christus é um colégio que exige muito do aluno, então praticamente estudo lá de sete horas da manhã até as oito horas da noite mais ou menos, é quase tipo semi-internato e não dar tempo assim.” (...) “(...) quase todo dia tem aula de manhã, trabalhos tem demais aí todo dia a noite tem aula de inglês e uma coisa e outra aí meu tempo não existe mais.” (...) “No colégio eu não me aceito tirar nota abaixo de nove, eu quero minhas coisas 100% perfeitas não quero nada assim fora do lugar, meu trabalho tem que ser o melhor de todos e eu gosto das coisas assim e tem que ser assim e pronto.” (E. 6).

A capacidade intelectual é utilizada para o estudo dos alimentos e, conseqüentemente, para o alcance do peso desejado.

“Eu comecei a estudar os alimentos e entender tudo sobre eles, hoje eu sei de tudo que vitamina tem em tal coisa que isso foi a única coisa positiva que teve que quando cheguei na prova de biologia agora não teve problema, era só sobre isso e já sabia de tudo.” (E. 6).

É comum a existência de uma comorbidade. A área financeira costuma ser afetada, que além dos gastos com a comida, gastam com compras diversas. Uma paciente bulímica, atendida no consultório (não está na pesquisa), referia gastar enormes quantias com alimentos e material de limpeza, para higienizar o banheiro após os vômitos. Chegou a gastar dinheiro entregue a ela para pagamentos de contas da empresa para comprar comida e estava sempre tendo que esconder do esposo suas dívidas relacionadas às compras.

Também referia que, além de comprar materiais de limpeza para sua casa, levava sempre os produtos para casa de sua mãe e para o local de trabalho, afim de evitar que percebessem seu comportamento.

Outros tipos de compulsão associada à bulimia nervosa são relatadas. Podemos observar pelo depoimento que segue, a relação de compras compulsivas e o endividamento financeiro:

“(...) eu notei uma coisa que aconteceu comigo há uns três anos atrás que eu passei um período financeiro meu muito difícil assim porque eu gosto muito de gastar sabe S., então eu passei um período assim meio aperreada.” (...) “É gastar às vezes compulsiva eu falei até pro doutor F., eu às vezes, por exemplo, se eu tiver meio tensa, meu destino é ir prum canto e comprar, comprar, comprar, assim sempre gastar às vezes sem necessidade pra ajudar a alguém eu compro as coisas, nem vou precisar daquele coisa mas (compro)” (E. 4).

A depressão é uma comorbidade frequentemente associada aos TA's (AZEVEDO et al., 1999; BAGATTINI, 1998; BUCKROYD, 2000; FERNANDEZ et al., 1998; SANTACRUZ, 1997; SOUZA & SOUTO, 1999; YUNES et al., 1993). Nos relatos também foi citada uma história de depressão.

“Eu tive, quando A. veio pra cá eu fiquei depressiva só que eu achava que não era depressão, porque eu não queria lidar com ninguém, eu não tinha paciência, eu não tinha vontade de sair de casa, o B. vinha pra cá e eu passava sábado e domingo enfiada dentro de casa eu não botava nem a cabeça do lado de fora e sozinha com o Teo e a Kika (os gatos).” (E. 3).

“(...) essas depressões ”(...) “Já tomei uns medicamentos (para depressão)” (E. 4).

Exposição a abuso emocional, físico e sexual na infância é referida por alguns autores em portadoras de TA (ANDRADE, 2000; BUCKROYD, 2000; FAIRBURN et al., 1997; HERSCOVICI, 1997; MORANDÉ & CARRERA, 1988; SOMENZI et al., 1996).

ANDRADE (2000), em sua dissertação de mestrado, aponta como os abusos infantis, a nível emocional, físico ou sexual, implicam em uma relação disfuncional com a comida, apresentando-se de modo diferente, de acordo como tipo de TA desenvolvido. Ora, como um quadro de desnutrição grave, ora de obesidade.

Vejamos trecho de um depoimento, onde fica claro uma situação de abuso emocional infantil:

*“Oito anos de idade comecei a trabalhar com meu avô nos campo apanhando caju, castanha porque precisava sobreviver, minha família muito pobre e não tinha condições e tal, então eu ajudava meu avô ” (...)
“(…) lá eu fiquei até os quinze anos, então eu trabalhava com ele nesse período nos campos (...) e teve um período que eu tinha saído dos campo e eu já trabalhava nas empresas, nas fábricas de doce, de castanha que tinha lá ”(…) “(…) sempre desde de criança eu lutei, porque quando eu comecei a ganhar meu primeiro dinheirinho eu tinha oito anos de idade pra poder ter minhas coisas e a partir daqueles oito anos de idade meu pai nunca comprou uma calcinha pra mim, então hoje eu tenho 35 anos e sempre fui muito responsável.” (E. 4).*

O depoimento transcrito, leva- nos a refletir acerca de um abuso infantil emocional, onde a criança em tenra idade (oito anos) começa a trabalhar e a partir daquele instante passa a assumir responsabilidades de um adulto, sendo, a responsável por manter-se, vendo-se muito cedo obrigada a cuidar de si mesma.

Através da rede de relações familiares, dos fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, a criança construirá o adulto que será. O abuso emocional intrafamiliar diz respeito a uma confusão de fronteiras, onde a criança é negligenciada em suas necessidades básicas, assumindo o papel de cuidar de seus pais. Estas situações abusivas acarretam danos em sua identidade, fazendo com que a criança cresça física e socialmente, *“enquanto emocionalmente continuam de alguma forma, humilhadas, órfãs e prejudicialmente envergonhadas, reivindicando aquilo que não tiveram, tentando reparar, a qualquer preço, sua auto- estima, sua dignidade, seu narcisismo ferido”* (CUKIER, 1998, p. 32).

As situações traumáticas geram sentimentos de vergonha, humilhação e inferioridade, e secretamente a criança decide vingar-se e resgatar a dignidade perdida da criança abandonada, magoada, órfã e solitária que possui internamente (CUKIER, 1998).

Analisando esses aspectos nos TA's (ANDARADE, 2000) concluiu que devido as situações vividas na infância, em algum momento, essa “criança ferida” simbolicamente pedirá resgate para reparar os danos, e isto pode ocorrer expressado por um quadro psicopatológico.

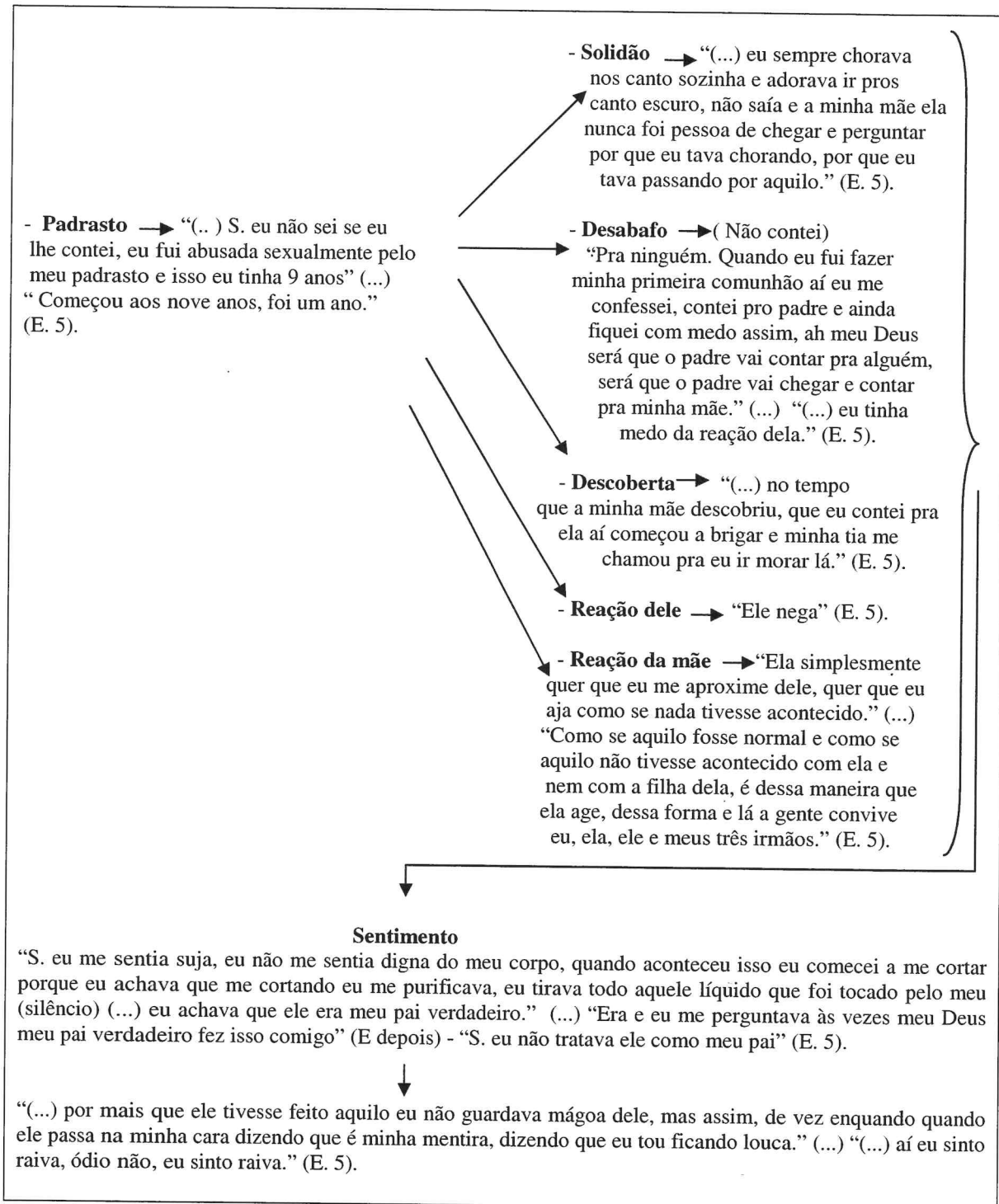
“Claro está que nem todas as mulheres têm uma criança ferida a reparar e, conseqüentemente, não necessitam a qualquer custo recuperar, através do controle do corpo e da imagem corporal, ou por outra doença simbólica, a dignidade perdida ao longo de sua história.” (ANDARADE, 2000, p. 136).

Mas através da mesma pesquisa vimos que, em todas as portadoras de TA, existiu um desamparo constitutivo na infância, marcado por uma forte vivência de experiências traumáticas na estruturação psíquica da personalidade. Portanto, a gênese dos TA's relaciona-se à vivência de abusos infantis de diferentes tipos ligados diretamente ao corpo. Assim, o quadro sintomatológico é marcado por dificuldades emocionais relacionadas a baixa auto-estima, que prejudicam a avaliação da imagem corporal.

Ao adotarem comportamentos alimentares disfuncionais, com abstenção rígida dos alimentos ou com impulsos incontroláveis no consumo alimentar, buscam resgatar a dignidade perdida, visto que com as condutas patológicas e obsessivas buscam o corpo que julgam como “ideal”, o que ao seu ver, facilitaria sua aceitação familiar e social.

Adiante ilustramos como história de abusos físico e/ou sexual estiveram presentes, despertando sentimentos de solidão, abandono, ódio, raiva, mágoa e medo. Nos diagramas 16 e 17, representamos os momentos de abuso sexual.

Diagrama de Significações 16: Abuso Sexual (Padrasto) em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.



No diagrama acima vimos como esta depoente descreve o abuso sexual, no qual foi vítima do padrasto. Até então ela acreditava ser o seu pai biológico.

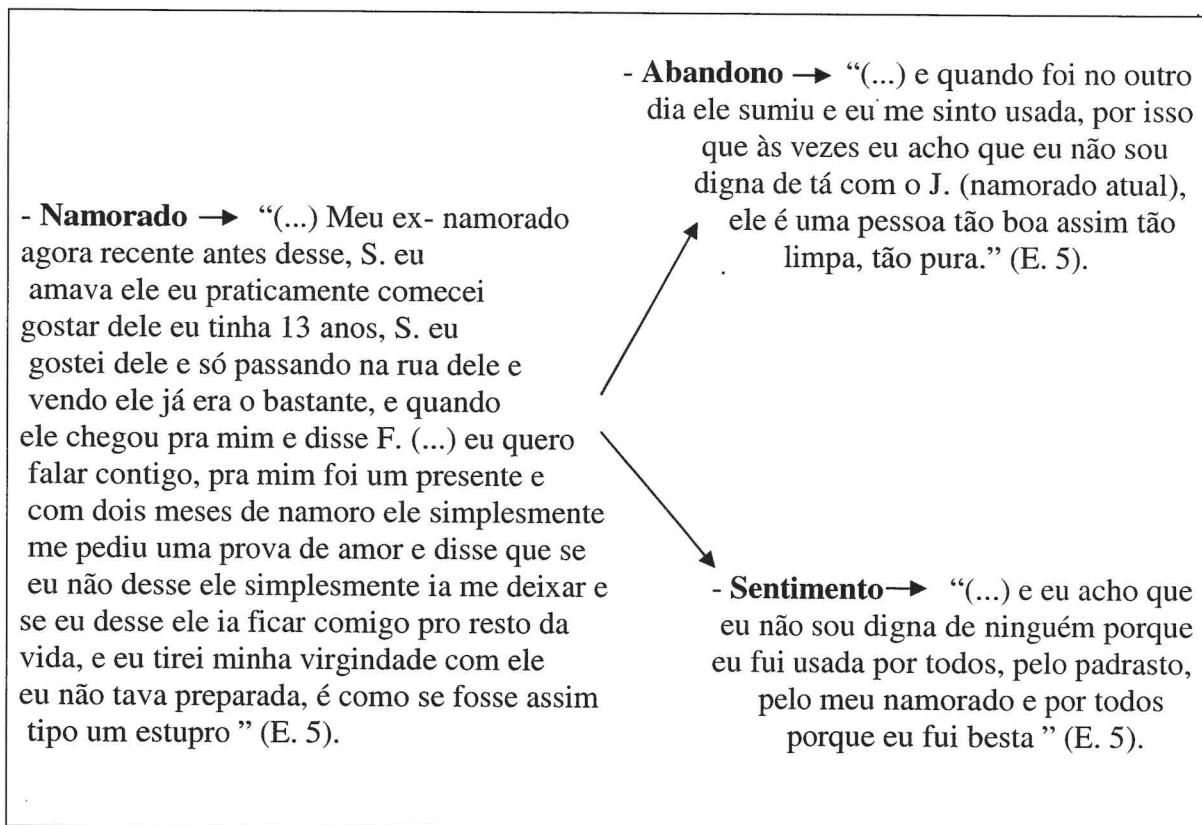
Para JUNQUEIRA (2000) o abuso sexual infantil é marcado pelo silêncio, levando a um sentimento de desamparo. A experiência de horror e submissão deixa cicatrizes na constituição da identidade da vítima. No relato identificamos componentes de solidão e medo.

A depoente refere sentir-se “suja” e “não digna do corpo”, passando, com isso, a se auto- mutilar, pois, se cortando acreditava que estaria se “purificando”.

Identificamos essas características nessa informante, inclusive a revitimação.

No diagrama 17, ela descreve o contexto do abuso vivido com um ex- namorado.

Diagrama de Significações 17: Abuso Sexual (Namorado) em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.



Para ela, o ato sexual com o ex- namorado foi como um “estupro”. Além disso, após o abuso sexual ela foi abandonada. Isto a fez sentir-se “usada” e por conseguinte, não

sente-se “digna de ninguém”. Então, a vítima de atos extremos de horror e trauma passa a internalizar uma culpa. Essa mulher vê-se desamparada, pois além de ser abusada por pessoas que confiava, não conta com o apoio e compreensão da mãe.

Essa nossa entrevistada desenvolveu bulimia nervosa. Outros autores também apontam a relação da história de abuso sexual na infância com o desenvolvimento de TA (SOMENZI et al., 1996, FAIRBURN et al., 1997).

Entre as formas de abuso, o sexual é o que mais envergonha e envolve além da prática de relações sexuais, situações disfarçadas, como:

- intimidar sexualmente - por exemplo: “*criar situações em que a criança vê ou ouve coisas que não quer, não pode entender, ou que a envergonham*”;
- cuidados físicos – por exemplo: “*uso de enemas, dar banho em crianças mais velhas*”;
- ausência de informação adequada à idade – por exemplo: “*não falar à menina que ela irá menstruar, dizer que a masturbação causa lesões físicas etc*”(CUKIER, 1998, p. 32 e 33).

“Eu acho que eu tinha uns 3 anos de idade (risos).” (...) “Assim: antes que eu era inocente e ainda ele era mais descarado ele me levava pra casa dela (amante), até que um certo dia ele me levou pra casa dela e eu morta de inocente né, vi cenas obscenas pra uma pessoa de três anos aí comecei a entender e depois comecei a escutar telefonemas aí fui relacionando as coisas e começando a mexer na agenda dele e achando telefones, descobrindo coisas, que ele liga pra disque- amizade e sentia assim um papaizinho aí eu fui associando coisas e descobrindo a família dela, descobrindo tudo aí até que hoje em dia eu sei tudo e mais um pouco.” (E.6).

Presenciamos também, principalmente na infância, história de abuso físico.

Para CUKIER (1998) o abuso físico diz respeito a situações tais como: “*bater, espancar, puxar cabelos, beliscar, trancar no quarto escuro etc*” (p. 33), sendo estas punições direcionadas à própria criança e/ou presenciadas por ela com alguém da família.

No diagrama 18 identificamos situações de abuso físico vividos por essas mulheres.

Diagrama de Significações 18: Abuso Físico em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

- **Mãe** → “Minha mãe batia na minha cara e o sangue espirrava, quantas vezes minha mãe bateu na minha cara assim, (...) quantas vezes minha mãe puxou meus cabelos e começou a tacar a cabeça na parede, quantas vezes a minha mãe não tacou a mãozada na minha cara que saia sangue do meu nariz; uma vez já minha mãe jogou uma bacia na minha cabeça que rasgou minha cara, meus braço, minha barriga, meu seio e foi isso que foi juntando mágoa e que eu achava que ela nunca gostou de mim e ela nunca fez isso com meus irmãos, ela nunca bateu neles até fazer sangue e em mim toda vida que ela me batia ela me fazia sangue, o que ela tivesse nas mãos ela jogava podia ser até uma pedra como ela fez um dia, pra dizer que eu tinha respondido ela aí ela tava com uma pedra na mão e só foi a conta dela tacar e bater na minhas canela aí sangrou, quantas vezes a minha mãe não pegou e tacou o cinto e a fivela tacou nas minhas perna até sangrar” (E. 5).

- **Pai** → “(...) uma coisa que marcou na minha vida (...) sobre eu ter engravidado e ter ficado sozinha, ninguém me apoiou só a minha avó, meu pai ele me agredia o tempo todo (...) ele me chamava de rapariga, ele me maltratava, puxava faca pra mim com desgosto coitado acredito que até com desgosto, né, (...) e eu sofri muito com isso, chegou uma vez até d’eu dizer pois me mate logo que aí acaba logo com essa agonia” (E. 4).

- **Padrasto** → “A gente tinha conflitos, ele batia em mim e eu avançava em cima dele mesmo que eu não tivesse força pra me defender, eu parava assim de dor; uma vez ele me bateu de cabo de vassoura e eu cuspi na cara dele, todo mundo ficou horrorizado porque minha mãe disse que nem numa cara de cachorro a gente cospe e ela falando aí peguei e falei pra ela: mãe se ele fizer isso de novo eu cuspo de novo na cara dele e minha mãe disse que eu era uma pecadora e até eu mesma me senti culpada por eu ter feito aquilo.” (E. 5).

- **Tia** → “(...) fui pra casa da outra tia e a outra tia judiava, batia.” (...) “Batia demais, a M. C. batia muito, a gente varria a casa e depois pegava uma escova de sapato e varria a casa outra vez todinha com a escova de sapato.” (...) “(...) era muito malvada assim (...) todas essas coisas foi antes de cinco anos tudo isso porque com cinco anos eu fui pro colégio interno (...) e ela fazia os bolero e me batia e me batia e depois vestia um bolero por cima e as irmãs queriam saber o que era aquele bolero, até que um dia mandaram eu tirar e eu tirei e tava toda marcada.” (...) “(...) aí a irmã perguntou e eu acabei contando (...) e mandaram chamar minha avó.” (...) “Eu levantava cinco hora da manhã, na casa dela não tinha água (...) e) tinha que encher umas jarra, um latão e botava no banheiro e aguar um monte de planta só que eu era muito pequenininha aí eu trazia água batendo aqui na minha perna e fazia puf na minha cabeça e depois ela pegava cipó de goiabeira e me dava uma surra porque eu tava molhada e eu tinha raiva e nem tinha raiva mais de apanhar eu tinha raiva porque ela tirava minha roupa e era cerca e eu era pequena e os menino dos vizinhos me viam pelada eu tinha muito ódio dela, eu tinha muita raiva dela por causa disso, eu sentia sei lá, sem roupa e naquele tempo não é como agora a educação era muito diferente, eu sei que ela batia muito e era com cipó de goiabeira” (E. 3).

Notamos que componentes dolorosos decorrentes de abusos físicos permearam a biografia dessas mulheres. Acreditamos que essa dinâmica acarretadora de sofrimento, independente do tipo de abuso vivido, faz parte da gênese dos TA's, em que o controle do peso e do corpo simbolizam o resgate da dignidade que ao longo de suas vidas foi perdida. Apesar de todos os abusos vividos essas mulheres ainda apresentam sentimentos de culpa e encontram justificativas para o comportamento do outro. Então, a filha justifica a rejeição e abandono paterno e as agressões do padrasto e da mãe.

“Com certeza (me sinto culpada), porque S. quando ela engravidou de mim ela simplesmente não tinha ninguém e a primeira pessoa que chegou e disse assim: olha, eu te dou uma casa pra você e sua filha e te sustento e te dou isso e aquilo. S. até hoje ela fala que se juntou com ele porque ela não tinha ninguém pra sustentar a filha dela e muito menos ela, ela não gostava dele, ela não gosta dele (...) Então eu acho e é como ela fala que ela ficou com ele simplesmente por apoio ” (E. 5).

Outro dado que emergiu nos relatos das anoréticas foi a escolha de *hobby* ou carreiras que enfatizam peso e forma física. Segundo TANNENHAUS (1994) esse achado é comum.

“(...) no balé tem muita pressão porque é muito festival e eles vivem tirando medida das nossas roupas, vivem tirando nossas medidas pra saber negócio de roupa, sabe, logo eu temia muito tirar medida assim na frente de todo mundo, achava isso uma ameaça.” (...) “Assim porque todo mundo ia ficar sabendo suas medidas e que eu acho que é uma coisa sua e todo mundo ia ficar sabendo e ia ficar fazendo hora “olha tu tem tanto de bunda e não sei o que.” (...) “(...) sabe aquele tchu-tchu, aquelas roupas toda coisada aí tem a calcinha por baixo, aí tinha que tirar a medida de coxa e de tudo pra poder fazer, aí pense na confusão, porque era a maior confusão das meninas fazendo hora pra ver qual era a maior bunda, qual a que tinha maior bunda (...) eu ave Maria eu sentia tudo assim (...) e era horrível” (E. 2).

“Por exemplo, eu vou ser médica, eu vou fazer medicina, vou passar de primeira vez, vai ver, aí vou fazer cirurgia plástica” (...) “Perfeição. Eu quero ver tudo perfeito. Se eu quero em mim perfeito, nos outros é que eu quero tudo perfeito.” (...) “(...) No outros, se você não gosta de qualquer coisa pra tirar no nariz, gordurinha aqui gordurinha ali quer ajeitar vamos logo que eu ajeito tudo, você fica perfeita se sentindo perfeita, eu

não quero que ninguém fique como eu ficava, eu quero todo mundo perfeito.” - (Então é isso que vai buscar profissionalmente?) - “Exatamente.” (E. 6).

Isso nos chama atenção, visto que elas tendem a envolver-se em atividades de lazer ou profissional que reforçam a obsessão pela magreza e/ ou do corpo “perfeito”. Em nossa prática clínica é comum encontrarmos nossas pacientes envolvidas ou desejando atuar nas áreas de medicina, nutrição, psicologia e educação física.

No capítulo seguinte, revisitaremos aspectos da estrutura e relações familiares dessas mulheres. Compreendemos que uma estrutura familiar disfuncional, representa um meio favorável para ocorrência de eventos traumáticos e, conseqüentemente, a gênese de quadros psicopatológicos, entre eles os TA's, que são nosso objeto de estudo.

2) CONTEXTO FAMILIAR

a) Estrutura e relações

Alguns autores consideram haver uma íntima relação entre as relações familiares e a determinação da saúde mental dos seus membros (CARNEIRO, 1992; FALCETO, 1998; RODRÍGUEZ & LÓPEZ, 1999), as quais contribuem na etiologia dos TA's (FASOLO & DINIZ, 1998).

Segundo (MINUCHIN, 1990, p. 57) *“a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais. Transações repetidas estabelecem padrões de como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema.”*

Considerando que o sistema familiar, possui subsistemas cada um com suas próprias fronteiras e necessidades importantes no funcionamento geral da família, iremos abordar a relação da portadora do TA com os diversos membros da família. Segundo CUKIER (1998) as diversas relações da rede familiar, além dos fatores biológicos, psicológicos e sócio- culturais, constroem a matriz de identidade da criança e isto define o adulto que será. Com isso, buscamos compreender o sintoma familiar (TA) como uma forma de restabelecer algum equilíbrio que tenha sido rompido (CORDÁS, 1993), ou para manter a homeostase familiar (FALCETO, 1998). O alimento é usado como meio de comunicação e, através da recusa alimentar, a anorética objetiva mostrar autonomia e ganhar espaço (FALCETO et al., 1993). Portanto, o sintoma é *“uma tentativa de manter e proteger a família”* (FALCETO, 1998, p. 178). Assim, em sua busca incansável pela magreza, essas mulheres com TA, submetem-se a dietas rígidas e a mecanismos

compensatórios/ purgativos, o que as faz girar em círculos viciosos, colocando suas vidas em risco.

Não objetivamos com isso estabelecer generalizações, visto que não há uma família típica para esses quadros, e sim, características comuns. Não existe um padrão familiar característico, mas um elevado grau de conflito e desajuste emocional é freqüente (HERSCOVICI, 1997).

No diagrama 19, podemos observar aspectos da relação mãe- filha. O que nos chama atenção é a distância marcante em termos de comunicação nessa relação, que se estabelece através de uma relação superficial e/ou na presença de brigas e agressão física.

Diagrama de Significações 19: Relação Mãe- Filha em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “(...) eu sempre recorro mais a minha mãe (...) busco mais a minha mãe, minha mãe é tipo assim mais minha amiga sabe, aí eu sempre falo pra ela, eu tenho mais contato com minha mãe” (E. 1).

→ “Minha mãe sempre me relacionei bem e como me relaciono até hoje, só que eu esse ano a gente tá assim brigando, no ponto mesmo da comida que ela quer que eu coma a mais e eu digo que não consigo” (E. 6).

- **Perda** → “(...) porque quando eu tinha um ano e dois meses minha mãe morreu, logo que eu nasci ela ficou doente.” (...) “Câncer de útero.” (E. 3).

- **Distância** → “(...) sempre fui muito distante da minha mãe ” (E. 2).

→ “(...) mamãe às vezes mas é mais difícil, já poupo, não gosto de levar problemas pra ela ” (...) “Bom, nós temos um relacionamento muito bom, a gente se ama, se adora só que a gente não conversa muito porque minha mãe sempre foi uma mulher muito calada ” (E. 4).

→ “Minha mãe S. é uma pessoa que o carinho ela não demonstra, é uma pessoa muito grosseira, ela é uma pessoa que sequer ouve um filho ” (E. 5).

→ “Às vezes eu acho que a doença do papai foi assim uma coisa que veio e que teve que juntar nós duas, ela teve que parar de implicar comigo e a gente teve que achar um pouco de equilíbrio pra conviver mais. ” (...) “Eu acho estranho, (...) engraçado, eu não tenho vontade de abraçar a mamãe (risos), não tenho” (E. 7).

- **Brigas** → “(...) até uma certa idade eu era bem tranqüila com ela (mãe), eu era muito quieta, muito só, dentro de casa não tinha irmão, não tinha irmã, saía pra estudar na casa de uma colega, mas sempre tava só, depois que eu fui ficando mocinha aí começou na adolescência foi briga só, direto.” (...) “(...) brigava por tudo.” (E. 7).

- **Agressão física** → “(...) ver minha mãe fazer sangue em mim.” (...) “ Minha mãe batia na minha cara e o sangue espirrava ” (E. 5).

Para FALCETO et al. (1993) as mães dessas mulheres são inefetivas, mesmo quando são figuras fortes.

A superproteção materna é um achado comum nos relatos. Duas delas (E. 1, E. 6) referem que antes da anorexia tinham um bom relacionamento com a mãe, entretanto a distância não deixa de ser marcante também em suas histórias. Assim como uma das

bulímicas (E. 4) que apesar de referir-se a um “relacionamento muito bom” e a um amor mútuo, diz que “não conversa muito” com a mãe. As demais entrevistadas (E. 2, E. 5, E. 7) referem claramente um relacionamento distante, onde não há demonstração de carinho, chegando a brigas (E. 7) e até a agressão física (E. 5). Vale lembrar que a mãe da outra depoente (E. 3) faleceu quando a mesma tinha uma ano e dois meses.

Essa distância é marcada pelos segredos, ao ponto de a primeira menstruação não ser revelada e para esconder da mãe, a filha vive um dilema todo mês.

“Eu nem falei nisso eu menstruei aos 12 anos e ficou aquele dilema eu escondendo pra minha mãe e aquela coisa.” (...) “Era uma comédia (risos)” (E. 2).

BURIAN et al. (1984) apontam a menarca como sendo um das causas precipitantes da anorexia nervosa. Segundo nossa depoente, a doença teve como um dos efeitos positivos a parada da menstruação, pois assim, não precisava mais ter que esconder da mãe todo mês.

Durante uma sessão de família com uma das depoentes, um dado que nos chama atenção: a extrema preocupação generalizada da mãe e a superproteção. Segundo a terapeuta da depoente, a mãe da mesma apresenta transtorno de ansiedade, necessitando, assim, de acompanhamento terapêutico individual. Na fala da depoente emerge esse dado: *“minha mãe ela é assim uma pessoa muito nervosa, muito, muito, muito, uma pessoa totalmente preocupada e primeiro se preocupa com os outros pra poder se preocupar consigo, ela é altamente preocupada. Na época que eu não comia minha mãe ficava aí menina come aí fica todo tempo come, come, come quando eu tou hoje meio assim gripada aí ela “come, esquece teu regime” (E. 1).* Essa preocupação materna abrange diversos setores, inclusive a alimentação e o corpo. Uma outra situação que nos chamou atenção com essa mesma depoente, ocorreu durante uma sessão individual. Ao chegar na residência para o acompanhamento da mesma, ela havia batido o pé na quina de uma mesa e estava

com o dedo do pé muito inchado. Chamei a mãe e orientei para que ela levasse a menina ao médico para fazer raio X e tomar as providências necessárias. Ela olhou pra mim e disse: “Tá. Vou levar meu filho pra faculdade e quando for buscá-lo, faço isso (22h). Mas, a doutora não acha que ela (filha) tá com o braço tá muito fininho?”. Vale salientar que era por volta de 16h:30min e no momento a situação que preocupava era o pé da menina, tendo em vista que a mesma já se encontrava na faixa de peso mínimo.

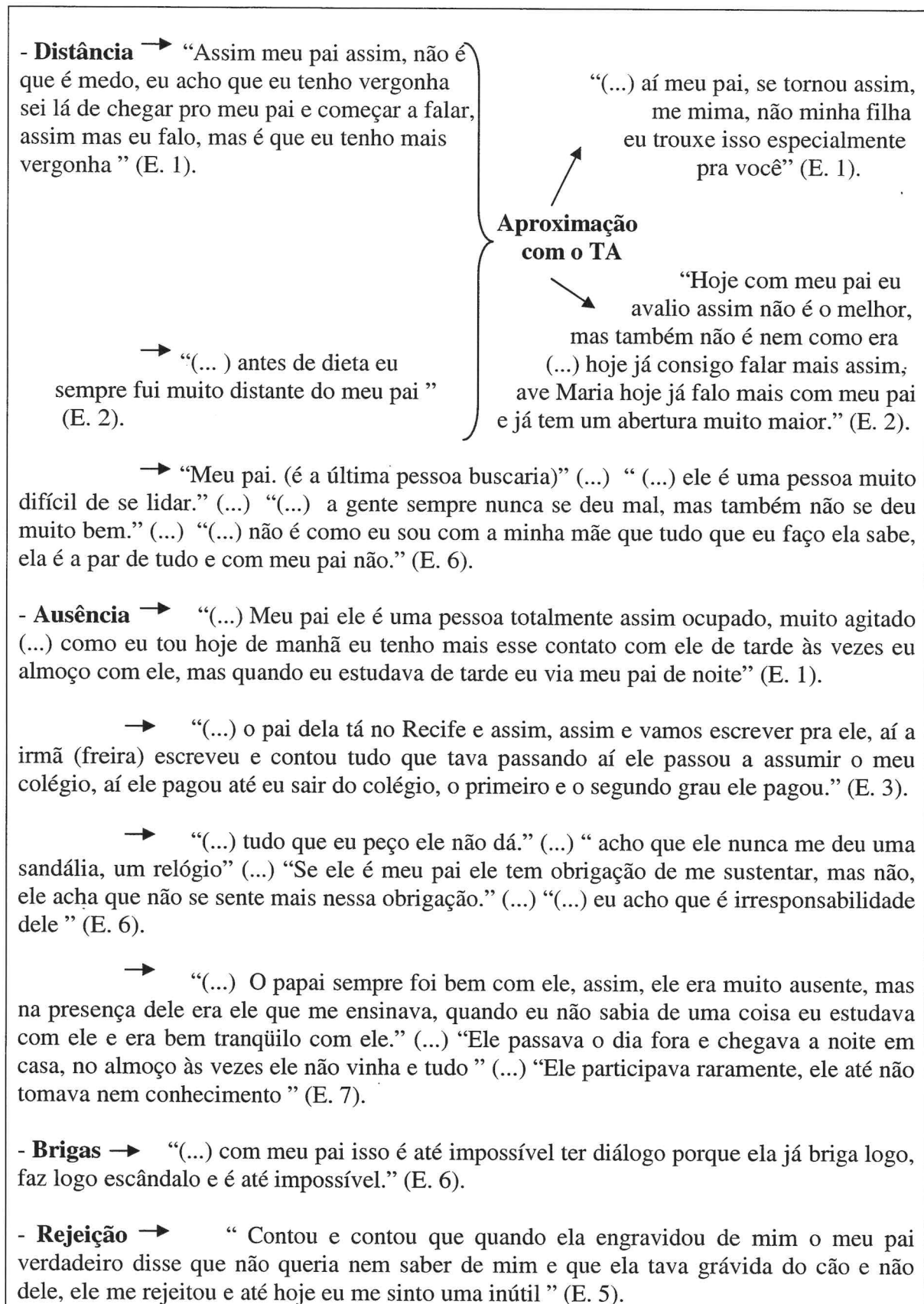
Essa preocupação acompanhada da superproteção, impedia a paciente de desenvolver-se em suas atividades e relações fora de casa, devido a rigidez familiar para adaptar-se às mudanças do desenvolvimento. Esses achados corroboram com as afirmações de HERSCOVICI (1997), HERSCOVICI & BAY (1997) e TANNENHAUS (1994). Segundo MINUCHIN (1990) a família precisa adaptar-se e reestruturar-se de acordo com os diferentes períodos de desenvolvimento dos membros da família.

Outro achado que também corroborou com a literatura, foi a presença de um maior grau de conflito familiar na família bulímica, expressando um maior grau de desajuste emocional. Isso pode ser percebido através da fala da E. 5 (agressão física) (HERSCOVICI, 1997 e TANNENHAUS, 1994).

HOLLIS (1996) discute o relacionamento mãe- filha. Para a autora faz-se necessário renegociar esse relacionamento para recuperar-se do TA.

Considerando a relação pai- filha, podemos identificar através do diagrama 20, algumas características.

Diagrama de Significações 20: Relação Pai- Filha em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.



Para FALCETO et al. (1993) os pais de anoréticas são inefetivos e periféricos. Em nosso estudo, a distância nessa relação pai- filha foi marcante, sendo o TA um “instrumento” que serviu para aproximação segundo duas delas (E. 1, E. 2).

Mas, independente do tipo de TA desenvolvido, percebemos pelos relatos que esses pais participavam raramente da vida de suas filhas, assumindo pouca ou nenhuma participação no desenvolvimento dessas mulheres. Uma delas (E. 3) refere que a participação paterna foi “assumir o colégio”, resumindo-se, portanto, a disponibilidade financeira. Uma outra (E. 6) não recebe nem mesmo o apoio econômico caracterizando uma “irresponsabilidade” quanto ao seu sustento. Segundo ela, “tudo que eu peço ele não dá”.

Além da distância, a ausência paterna, a rejeição, brigas e agressão foram apontadas pelas depoentes portadoras de TA, caracterizando assim, pais omissos, distantes, e, em muitos casos, ocorre um certo abandono do grupo familiar. Estes achados também são referidos por diversos autores (BAGATTINI, 1998; CORDÁS, 1993; TANNENHAUS, 1994).

A agressão física foi relatada pelas depoentes bulímicas, sendo uma vítima do pai (E. 4) e a outra do padrasto (E. 5). Além disso, o abuso sexual foi referido por uma das depoentes (E. 5). Os resultados da pesquisa de RORTY et al. (1995) sugerem que o abuso físico na infância é mais comum em mulheres com história de BN que em mulheres sem TA, sendo associado a um maior grau de disfunção familiar global. Acerca desses achados, já discorreremos no capítulo de elementos psicoafetivos e momentos traumáticos.

Ao mesmo tempo que os pais são figuras ausentes, a avó materna apresenta-se como uma figura importante nas relações familiares, ocupando um papel central na vida dessas mulheres. Através do diagrama 21, constatamos essa realidade.

Diagrama de Significações 21: Relação com Avó de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

- “(...) Aí me levaram e chamaram minha avó pra vim tomar conta e minha avó veio lá do Rio Grande do Norte tomar conta ” (E. 3).
- “Na minha infância eu fui criada pela avó que morreu ” (...) “Fui morar com a vovó eu era menina velha eu tinha uns oito anos.” (E. 4).
- “Eu procuro primeiro eu resolver agora se eu não consigo eu vou buscar ajuda com minha avó.” (...) “ Só que a minha avó ela que é meu pai, ela assume o papel de pai.” (...) “(...) ela tem (...) uma aposentadoria (do marido).” (...) “(...) então ela ganha bem e ainda tem casa alugada; então tudo dela ela reparte pra mim e pro meu irmão, ela paga meu colégio ela de vez em quando faz o mercantil pra minha casa, ela ajuda a minha mãe e tal, ela assume o papel do meu pai.” (...) “Eu peço a ela.” (...) “É, ela já me deu tanta coisa.” (...) “Meu pai nem pensar, que ele não dá.” (E. 6).

Observamos que uma depoente de cada diagnóstico (AN, BN, TCC) refere uma maior proximidade com a avó, onde esta assume o papel de pai, seja quando vai “tomar conta” e “criar” essas mulheres, ou quando assume economicamente.

Segundo ZEGERS et al. (1988) existe um domínio lateral partindo de um dos membros na família de anoréticas. Em seu estudo, analisou 20 famílias e encontrou que, a pessoa dominante foi o pai em sete das famílias, a mãe em seis e a avó (ou sua substituta) em outras sete. Vale salientar que combinado a essa estrutura de uma figura dominante, a outra é débil, enferma ou ausente.

Refletindo acerca desse aspecto, nos parece claro que pelo fato de ser uma doença predominantemente feminina, a mulher aparece como figura hegemônica do sistema familiar, onde o aspecto transgeracional é impregnado pelo imaginário feminino. Através dos relatos e da nossa experiência na prática clínica identificamos que ao contrário do que ZEGERS et al. (1988) encontraram em seus estudos, a mulher representa a figura dominante na família, salvo alguma exceções.

Para BAGATTINI (1998) os TA's têm um valor transgeracional, sendo transmitidos silenciosamente, sobretudo da linha materna (avós, tias etc.)

Considerando ainda as relações femininas nessas famílias, analisamos a relação com as irmãs. No diagrama 22, sintetizamos aspectos característicos dessa relação.

Diagrama de Significações 22: Relação com Irmãs de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

- **Competição** → “Primeiro eu não queria nem que a minha irmã fosse fazer balé, sabe porque eu sempre fui muito assim concorrendo com a minha irmã, sabe porque em tudo a minha irmã era melhor, mesmo ela gorda ela era melhor.” (...) “Sempre ela era a mais inteligente, eu me matava de estudar e tirava um seis e ela estudava um pouquinho e tirava um dez, sempre foi a mais simpática mesmo gorda, foi a mais simpática, mais extrovertida, mesmo gorda todo mundo achava ela linda assim: ela é tão gorda, mas ela é linda e toda vida era assim.” (...) “Era horrível aí no balé era só eu, então ia ser tudo pra mim, centrado pra mim.” (...) “Ia ser o meu festival, ia ser a minha fita (...) como se ela quando fosse dançar apagasse o brilho, todo mundo achava que eu dançava bem, mas quando ela fosse dançar ia ser muito melhor, porque mesmo ela gorda ela tinha um jeito danado na dança aí ia me superar, aí pronto, a única coisa que eu tinha assim.” (E. 2).

→ “(...) porque S. minha mãe ela comprava assim uma roupa assim e ah ficaria linda na E. ela é magrinha, ela é curtinha e não sei o que e eu sei lá não sei se eu sentia ciúme, oh como eu queria ser magra também pra minha mãe comprar roupa pra mim.” – (Tu sentia competindo com a tua irmã?) – “Isso pode até ser pecado, mas (afirmação com a cabeça).” (E. 5).

- **Inveja** → “Antes de todas as dietas e de tudo eu sempre fui muito distante, eu morria de inveja da M. porque ela era muito próxima da minha mãe aí eu morria de inveja e sempre achava que minha mãe gostava mais dela, morria de inveja porque a M. mesmo gorda assim ela sabia demonstrar tudo que ela tava sentindo, quando ela gostava de uma pessoa ela ia mesmo, ela abraçava e eu tinha raiva dela por causa disso, mas mesmo eu competindo com ela e tudo sempre foi legal meu relacionamento com ela” (E. 2).

→ “Eu achava ela linda, eu nunca neguei pra ninguém que eu achava minha irmã, eu acho realmente minha irmã perfeita, ela é magrinha mas ela tem um corpo assim escultural, cinturinha bem fininha, perninha assim nem muito grossa nem muito fina, não tem muito peito, ela não tem barriga e olha que ela só tem, 13 anos, é alta, tem a pele lisa assim macia, tem um cabelo lindo.” (E. 5).

- **Distância** → “Minha irmã ela uma pessoa assim totalmente não é nem fechada, é uma pessoa assim na dela, assim ela não opina e se opina é muito difícil (...) Ela é uma pessoa assim totalmente ela não gosta muito de dar opinião, ela fica só mais na dela, mas minha

relação com ela é boa, às vezes a gente briga como todos irmãos, mas a relação dela é boa comigo” (E. 1).

→ “(...) com a L. (irmã) eu nunca morei.” (E. 3).

- **Avaliação** → “Não com minhas irmãs mais nova sempre foi bom apesar de antes das dieta sempre chama baleia, tubarão aqueles apelido, gorducha aí eu batia nelas e chorava, mas sempre foi um relacionamento legal, isso tudo antes” (E. 2).

A relação com as irmãs foi marcada pela competição e inveja. Essa disputa entre as mulheres é citada por CORDÁS (1993) e HOLLIS (1996). A comparação do membro portador do TA com outro da família, a coloca constantemente em posição de desvantagem. Como se a irmã sempre a superasse, havendo competição até pelo amor materno. Sendo uma das irmãs descrita como “bonita”, “inteligente”, “simpática”, a outra (portadora do TA) encontra-se em posição de desprivilégio. CORDÁS (1993) reforça essa hipótese. É interessante que, apesar da competição, existia uma admiração e dependência dessa relação. Vejamos a fala abaixo:

“(...) eu era aquela pessoa que dependia muito da minha irmã, passava recreio com ela, tinha amigos mas passava o recreio com a minha irmã e era grudado com ela.” (...) “(...) eu não sabia agir sem minha irmã sempre era com ela, a gente era muito grudado, aí ela saiu do colégio porque terminou o terceiro ano aí eu fiquei lá no colégio foi horrível também porque eu me senti só” (E. 2).

A distância nessa relação também foi referida. Mesmo quando esse relacionamento era descrito como sendo “bom” e “legal”, ocorriam brigas e discussões relacionadas à peso e imagem corporal.

Já entre as depoentes que possuíam irmão, a relação foi percebida como sendo mais tranqüila e mais próxima, quando comparada com a relação entre as irmãs. Vejamos o diagrama 23.

Diagrama de Significações 23: Relação com Irmãos de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “(...) já o meu irmão, (...) não é a toa que minha relação mais assim amigável e mais assim e que tinha mais brincadeira até com meu irmão do que com minha irmã, (...) eu tenho mais contado com meu irmão.” (E. 1).

→ “Com o V. a gente se gosta muito, né. Agora a gente é assim ele fica muito lá e eu aqui, mas é o jeito que já acostumamos, mas a gente quer muito bem um ao outro e eu gosto do meu irmão lá do Rio, mas com aquele do Rio, eu tinha, não sei, mais pendenga com ele” (E. 3).

→ “(...) meus irmãos são pessoas maravilhosas, acho que eu me dou mais bem com eles do que próprio com ela (irmã), são umas pessoas assim tão legal brinca, se diverte, faz palhaçada, eu gosto muito deles, mas eu posso dizer que eu gosto mais dos meninos do que próprio dela, ela é muito mesquinha.” (E. 5).

→ “Meu irmão a gente é assim, a gente briga mas a gente se ama né, a gente se passar um dia fora do outro tem que telefonar, a gente é assim demais a gente se gosta muito, a gente se entende bem e tal só que eu noto assim que ele é meio assim ciumento, na minha parte eu faço de tudo pra que ele tenha tudo que ele quer, eu abro mão de coisas pra mim pra ser pra ele, mas já ele não.” (E. 6).

Percebemos que na relação com os irmãos existe maior proximidade e entendimento. Esse achado reforça a hipótese de que o ambiente de disputa e competição é instalado predominantemente entre as mulheres dessas famílias.

Em seguida analisamos a relação dessas mulheres com seu maridos/ namorados. Estes foram citados como figuras tranqüilas e passivas. A portadora do TA, apresenta-se como a figura forte da relação, sendo, inclusive, a responsável pelas decisões da relação e da família de modo geral. No diagrama 24 exemplificamos. Vale salientar que, no momento da entrevista, nenhuma das depoentes anoréticas possuíam namorado nem marido. A literatura aponta que anoréxicas são mais imaturas sexualmente (BILLIET, 1997, SANTOS et al., 1988).

Diagrama de Significações 24: Relação com Maridos/ Namorados de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “Minha relação com B. (...) nunca me perturbou muito não porque com o B. eu sempre pude dizer o que eu quis ” (...) “(...) a gente também tem momentos muito bons porque a verdade é que ele sempre tá tentando que as coisas corram bem, ele é uma pessoa muito educada, muito tranqüila, a gente tem liberdade de falar e uma das coisas que me ajuda muito é isso eu posso falar o que eu quiser pra ele, ele escuta, não critica e fica quieto, a gente se entende assim.” (...) “É a gente se entende assim sem precisar tá eu te amo, eu não sei o que, não precisa nada disso a gente se olha e se entende e isso eu tenho desde que comecei a namorar com ele ” (...) “Sempre foi tranqüila, a gente nunca brigou ” (E. 3).

→ “(...) considero ele uma pessoa muito boa” (...) “Eu noto que ele sente (medo de me perder), ele até às vezes não fala uma coisa que queria falar talvez pra não me magoar” (...) “(...) ele sempre me trata muito bem, é muito carinhoso comigo, é uma pessoa muito boa meu marido, ele me endeusa muito ” (...) “Sempre num momento difícil eu busco mesmo o meu marido.” (E. 4).

→ “(...) porque ele era uma pessoa muito ciumenta” (...) “De vez em quando a gente briga, ele briga por causa das minhas roupa, briga porque eu aparo o meu cabelo, quando eu pinto minhas unhas essas coisas, briga quando eu converso com algum dos meus colegas, ele quer saber de tudo que acontece no colégio, se eu converso com algum menino, se eu me sento perto de algum menino e ele quer ter muita autoridade assim de mim.” (...) “(Me sinto) Presa a ele, é como se eu fosse aqui e ele tivesse ao meu redor, eu fosse o centro dele e ele tivesse ao meu redor, o que ele mandasse eu fazer eu tinha que fazer.” (E tu faz?) – (Nega com a cabeça) (E. 5).

→ “Ele é muito fácil de viver, me deixa bem à vontade eu faço assim tudo que me der na cabeça ” (E. 7).

Nos depoimentos, os companheiros são descritos como sendo uma pessoa “boa” e “fácil de viver”. Exceto o namorado de uma delas (E. 5) que devido seu ciúme, briga e procura impor autoridade, entretanto, não consegue e termina se curvando. Assim, as responsáveis pelas decisões da relação e da família, em geral, são tomadas por essas mulheres, e o companheiro acomoda-se, agindo passivamente. Vejamos a narrativa:

“(...) eu era totalmente diferente dele despachada, enfrentava tudo.” (...) “Falava com fulano, falava com sicrano.” (...) “Então ele era muito na dele e esperava muito eu resolver as coisas.” (E. 3).

Buscando compreender melhor as relações entre mulheres dessas famílias, analisamos a relação de nossas depoentes com filhas adolescentes/ adultas. Vejamos o diagrama 25.

Diagrama de Significações 25: Relação com Filha (s) de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “(...) comecei bater de frente com a M., primeiro foi com a M. e foi com A. quando veio pra cá porque ele era muito teimoso, mas ele fez muito com a M. porque tudo que eu dizia fedia e eu não sabia” (...) “É (na adolescência), mas a M. perdurou o negócio, era muito irritada e eu era também. Quando eu comecei a ver que a M. não tava bem eu comecei a me culpar aí até agora que eu percebo que eu me culpava e comia, mas você não tem noção, eu não tinha noção do tanto que eu comia.” (...) “Ela tem muito ciúme do pai e agora tou notando assim que ela reclama que diz que ele só me enxergava e não olhava ela, mas eu acho que a minha parte com ela eu fiz, só não sei se fiz direito.” (...) “Eu nunca deixei de dar atenção, quando tava com problema na escola vamos ver o que é, agora eu e B. não somos as pessoas de melosa de tá beijando, abraçando nós não fomos criados assim, nós não somos nem assim com nós dois não somos e ela reclama muito disso e isso me cria uma culpa muito grande” (E. 3).

→ “(...) a mais velha eu nunca nem senti ela ser adolescente, ela é muito calma, lê demais e fica quieta nos cantos e muito, muito calma, já a calma dela já me irrita porque ela é desarrumada, bagunceira e parece que ela não tá nesse mundo, (...) a J. (...) a do meio eu brigo mais, sempre brigamos mais nós duas.” (...) “Entra (mais em atrito) e ela é muito exigente comigo, ela me vigia o tempo todo, até hoje eu me pego eu digo uma coisa e ela diz mas você não disse isso, ela tá sempre (testando)” (...) “É, a A. não tá nem aí e às vezes a A. pra mim eu às vezes nem sinto aquela coisa de mãe e filha, ela é muito mais companheira, às vezes ela é um pouco mal humorada, irritada e deixo ela pra lá (...) e a C. (filha mais nova) é ótima.” (...) “É não dá trabalho, é querida por todo mundo e também ela tem o espaço dela, tem as horas dela de brincar o canto dela, mas é aquela idade bem boa e não sei como é que ela vai ser.” (E.7).

As relações citadas são difíceis, existindo cobranças e brigas, principalmente no início da adolescência. Identificamos também a competição entre nossa depoente e sua filha pelo marido/pai.

Dentro desse contexto, identificamos aspectos específicos das famílias de portadoras de TA, tais como: famílias fechadas e com papéis pouco definidos. Esses achados confirmam características mencionadas por outros autores (CORDÁS, 1993;

FALCETO et al., 1993; HERSCOVICI, 1997; ROBERTO, 1994). Podemos exemplificar através de algumas narrativas:

- **O empobrecimento afetivo do subsistema conjugal**

“Minha mãe (quem sustenta a casa), tem horas que ele manda ave Maria, que nem um hóspede, parece o filho mais velho da minha mãe.” (...) “Faz (tempo que ele dorme em outro quarto).” (...) “Eu acho até que ela se sente aliviada porque não tá perto dele.” (...) “Acredito eu que não (foi sempre assim), mas de uns oito anos pra cá sim.” (...) “É (piorou), principalmente depois que começou a se sentir, porque durante o dia dorme e quando é de noite sai vai pras farra e quando é no outro dia de manhã chega, morto de doentinho, aí minha mãe vai fazer chazinho”

(E tua mãe cuida dele?)

“Cuida.” (...) “Minha mãe gosta, sinceramente por mais que eu achasse ele (...) eu não ligava não, que morra que faça aí o que quiser, mas passa a noite farreando e quando é no outro dia ainda quer tudinho na mão.”

(E tua mãe diz alguma coisa com isso?)

“Não, ela faz.”

(Não comenta nada?)

“Não.” (E. 6).

Nossos achados corroboram com as afirmações de CORDÁS (1993) que o subsistema parental parece ser o mais comprometido, sendo marcado pelo empobrecimento afetivo do casal. Percebemos pela narrativa que no subsistema parental já não existe um relacionamento afetivo e a mãe de nossa depoente age como a mãe do marido.

- **Comunicação comprometida, com dificuldade pra expressar sentimentos**

“Eu sei que eles (pais) não se dão bem por causa disso, eles não conseguem dialogar, conversar, não é que eles não conseguem, meu pai não consegue conversar com minha mãe acho que só tem uma pessoa que ele consegue conversar.”

(Você sabe quem é essa pessoa?)

“Sei.” (...) “É, com o resto ele não consegue não tem jeito, comigo ele não consegue conversar, tudo ele já parte pra briga.”

(Quando começou isso?)

“Isso?”

(A ter mais discussão em casa)

“Ah, isso é desde que eu nasci.” (E. 6).

“Eu não falava com ninguém.” (...) “Eu não falava, não me lembro assim ...” (...) “Acho que eu nem falava.” (...) “Eu não me lembro, assim passou e assim eu não sei se eu falava ou não, eu não tinha que dizer se eu tinha problema, aliás eu acho que eu aprendi isso muito cedo ” (E. 7).

O comprometimento da comunicação entre os membros dessas famílias fica evidente. Sendo raro os momentos de diálogos, essas mulheres se calam e precisam aprender muito cedo a conviver com o silêncio .

- **Envolvimento dos filhos nos problemas dos pais, formando uma triangulação patológica**

“Do relacionamento com a minha mãe (...) hoje em dia eu me percebo assim por muito tempo eu fui ativa, eu tomei o lugar dela quando eu brigava com o papai e tinha uma triangulação, eu apesar de gostar muito dele mas eu ficava do lado dela na hora das brigas principalmente assim em caso extra conjugal que eu sabia, que eu via e via que ela não via nem reagia, ela não queria ver e nem reagir e eu via e agia, quer dizer eu era que brigava com ele e ela gostava, eles não tinham cuidado suficiente de me esconder, de me resguardar e muito menos ela, ela achava bom eu tomar a frente e até hoje ela quer me jogar pra mim brigar com as empregada dela, pra mim tomar a parte difícil da vida dela e quando eu me recuso ela toma um susto (risos).” (...)“Eu ia tomava aquilo pra mim e ia assumia ela achava ótimo.” (E. 7).

Devido o empobrecimento afetivo do casal e a pouca definição dos papéis, as filhas tendem a envolver-se nos problemas de seus pais, tornando-se aliados, ora do pai, ora da mãe. Nossa depoente é pressionada para solucionar os conflitos de seus pais relacionados a casos extra- conjugais. Fica evidente uma situação de abuso emocional, o qual já discutiremos anteriormente.

- **Hierarquias alteradas**

“(...) lá em casa quem resolve os problemas familiares sou eu.” (...) “Eu que resolvo, eu sou a chefe da casa depois vem minha mãe, meu pai e meu irmão.” (...) “É porque ninguém tem coragem lá em casa de fazer nada,

esse que é o problema.” (...) “Ah tudo, tudo eu tenho que resolver até assim problema da minha mãe eu tenho que resolver.” (...) “Até problema assim financeiro se ela tá sem dinheiro “meu Deus o que é que eu faço”, primeiro eu, que que eu vou fazer, eu vou juntar e pedir minha avó e vou fazer um inferno, às vezes eu tento resolver assim da melhor forma possível, se meu irmão tá querendo isso, ah meu irmão quer isso e o que eu vou fazer e vou arranjar uma maneira dele ter isso, tem que resolver sei lá se tá faltando alguma coisa assim urgente, eu tento resolver tudo.” (E. 6).

Aqui fica claro a ocorrência de alteração da hierarquias, onde a filha assume as responsabilidades de funções que deveriam ser de adultos (pai e/ou mãe).

- **Doenças psiquiátricas** – nos relatos não identificamos essa característica.
- **Preocupação estética** - nos relatos esse aspecto foi marcante, corroborando com a literatura. Por isso, optamos por discutir esse aspecto em um capítulo específico.

Como vimos, não existe fronteiras claras e limitadoras entre os membros, o que traduz um sistema familiar com padrões disfuncionais, os quais dificultam a autonomia e diferenciação de seus membros. Desse modo, o TA surge para “salvar” a família dos conflitos vividos. Em uma das entrevistas o emagrecimento é visto como algo que poderia melhorar o relacionamento dos pais.

“Eu tinha certeza né (que tudo ia ficar melhor).” (...) “Porque eu ia tá num corpo bom, meu pai não ia brigar porque eu tava gorda, minha avó não ia mais dizer que eu tava comendo demais, ia dizer que eu estava com o corpo ótimo aí ia dar mais dinheiro pra comprar roupa pra mim, minha mãe ia dizer que tou esbelta meu corpo e ia ficar assim tudo normal, mas não.” (...) “Eu imaginei né, porque meu pai vivia brigando com a minha mãe porque ela me dava comida, certo ”. (E. 6).

Em outro depoimento ela acredita que o emagrecimento iria melhorar seu relacionamento com a mãe.

“Quando foi agora juntando isso tudo, problema com comida, problema com mãe, eu resolvi totalmente ir em frente nem que eu morra.” (...). “Também, eu posso te falar que eu entrei mais nessa por causa dela, ela me exclui muito.” (...) “Ela ia me enxergar ” (...) “Uma coisa que eu não tinha.”(...) “Pra te falar a verdade com essa dieta foi mais pra chamar atenção dela.” (E. 5).

As famílias de anoréticas são aglutinadas e entre seus membros existe uma grande distância emocional. A portadora do TA possui um poder extraordinário sobre a família, ora funcionando como um bebê que recusa-se a comer e precisa ser alimentado, ora tomando decisões de adultos, as quais são cruciais na vida de seus pais (FALCETO et al., 1993).

Alem disso, foram referidos os segredos de família. Vejamos o diagrama 26.

Diagrama de Significações 26: Segredos de Família de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “Minha mãe nunca me contou que ele não era meu pai verdadeiro” (...) “(...) quando eu completei 15 anos aí eu perguntei minha mãe se ele realmente era meu pai, porque pelos comentários da rua o pessoal dizia que eu não era filha dele e eu cheguei mãe eu sou filha dele? Aí minha mãe disse não.” (...) “Quando eu tinha 15 anos, no meu aniversário de 15 anos aí foi ela que contou” (E. 5).

→ “(...) é que eu sei de coisas dele que ele pensa que eu não sei e por conta disso tem esse relacionamento tão tenso.” (...) “(Mamãe) Sabe, mas eu sei mais que ela.” (...) “Cheguei já a falar mas ele não ligou e pedi desculpa, então achei que ele tivesse esquecido.” (...) “(Faz) Uns três anos.” (...) “Antes (da anorexia).” (...) “Pra mim não significa muito, né. Se ela (amante) não existisse seria bem melhor né, mas já que existe não posso fazer nada.” (...) “Teria (outro irmão) se não tivesse morrido (risos), ele pensa que eu não sei, mas eu sei, mas graças a Deus depois que nasceu ele morreu.” (...) “Eu ouvi e liguei, eu tentei fazer assim uma espécie de amizade com o filho que ela tem com outro, sabe, eu procuro eu pego os talões de cheque dele aí olho com que é que ele gasta aí tem lá churrascaria e não sei o que, aí vem o cartão de crédito cheio de que e pra gente nada, só pra ela C & A tem saia não sei o que, blusão não sei o que e cadê essas roupas aqui, não chegaram aqui não.” (...) “Sei lá ele se esquece que a gente existe e só vê ele, em casa ele vive como um hospede desses bem exigente, exige tudo a comida perfeita e saindo na hora e tal.” (...) “Eu gosto do meu pai, mas eu tenho pena dele, ele sei lá, ele podendo se analisar tendo uma família em casa e ter de buscar isso em outros cantos, eu acho assim, sinto até pena. Acho isso uma coisa (...) sei não.” (...) “Me incomoda, mas nem tanto.” (E. 6).

→ “(..) quando eu tinha 4 anos a vizinha me disse assim: ‘tu não é filha da tua mãe’. E minha mãe eu achava muito bonita e não sei o que e por conta disso as vizinhas disseram, aí eu saí da casa da vizinha e ela tava deitada e eu perguntei: ‘mamãe a fulana disse que eu não era a sua filha, uma coisa desse tipo, é verdade?’. E ela disse: ‘NÃO’ e foi um não e pronto e a partir daí eu vi que não tinha conversa, não tinha volta não tinha nada. Eu acho que eu interiorizei, minhas coisas foram ficando comigo e eu nunca tinha (abertura)” (...) “É, nem entendo isso hoje em dia, como é que eu convivi com isso a vida toda porque era muito pequena, sabendo que eu não tinha com quem conversar, com quem falar e eu nunca conversei com ninguém.” (...) “É eu vivia como se fosse, como se aquilo não tivesse acontecido ” (...) “Era verdade mas eu não vivia, não sofria por isso e nem pensava nisso e fui levando, passei por isso.” (...) “(...) depois já velha já casada foi que eu conversando com uma amiga minha que conhecia meu pai, (...) ela tocou no assunto (...) e fazia o que? 30 anos que eu não conversava com ninguém sobre isso e nem falava nesse caso, aí foi assim como eu caí na real, aí fui vivenciar tudo.” (...) “(...) quando ela falou veio tudinho na minha cabeça e quando de repente bateu um sininho dizendo ei acorda, vamos ver se tu desenterra isso e resolve.” – (Como que tu se sente sabendo disso?) – “(Pausa de silêncio). Não sei.” (...) “Depois de tanto tempo, né, não sei, era mais assim questão de entender, não me incomoda assim a ponto d’eu ir em busca (...) de pai e de mãe ” (...) “(...) depois (...) eu comecei a conversar com as pessoas mais próximas, primas, tias e não sei o que, eu nunca conversei com ela (mãe).” (...) “(...) até com ele (pai) eu cheguei a conversar, ninguém sabia de nada lá da família da minha mãe todo mundo sabia, mas ninguém sabia de nada aí um primo dele que contou pra uma tia minha do lado dele algumas estórias

assim e eu comecei a ir em busca, mas não deu pra chegar lá não, tanto é que agora eu conversei até com a A. (psicoterapeuta) e conversei com uma amiga minha a probabilidade d'eu fazer DNA porque aí esclarecia realmente se eu sou mesmo filha dele e até explicaria no meu caso assim o meu relacionamento com ela (mãe), eu não sei se ela sabia que era dele, eu acho que não, pelo menos pelo que conheço não porque eu sei de toda a trama.” (E. 7).

Esses segredos de família ao emergirem podem colocar em risco a homeostase e o pseudo-equilíbrio existente nessas famílias. Famílias estas que são apresentadas como “perfeitas” e “equilibradas”, sem problemas específicos. No entanto, ocultam freqüentemente uma insatisfação profunda, que em maior ou menor intensidade é negado por seus membros, sendo o paciente quem explicita os “problemas familiares”.

Evidenciamos pela recorrência nas entrevistas que, independente do tipo de TA, ocorreu a presença de “segredos familiares”.

No depoimento da portadora de BN (E. 5), sua mãe guardou o segredo da identidade do pai desta, que foi revelada quando a mesma desconfiou devido os comentários da vizinhança e interrogou a mãe, que por fim revelou. Com isso, essa mulher carregou a angústia e a dor de ter sido abusada por aquele que acreditava ser seu verdadeiro pai.

A história de vida de uma de nossas anoréticas (E. 6) e de uma das portadoras de TCC (E. 7) é marcada pela presença de casos extra- conjugais. A primeira descobre aos três anos, quando era levada pelo pai para casa da amante e presenciava “cenas obscenas”, caracterizando um abuso emocional e sexual. Para HOLLIS (1996) os caso extremos de estupro e penetração carnal são terríveis, entretanto violações de menor grau também acarretam danos. Pelo relato fica evidente que essa mulher, ainda em tenra idade, descobriu problemas conjugais dos pais (casos extra- conjugais), chegando a presenciar cenas chocantes para a idade e teve que silenciar.

Já a entrevistada (E. 7) vive um duplo “segredo familiar”. O primeiro é que não é filha legítima de sua mãe e o segundo é que seria filha de seu pai, fruto de um caso extra-conjugal. Entretanto, “ninguém” da família comenta esse fato e quando questionados (pai e mãe) negam. Além disso, quando em busca de sua verdadeira história, procurou um médico do hospital onde nasceu, e terminou sendo assediada por este homem que segundo a depoente, tinha idade para ser seu pai. Desse modo, é vista como solução a realização de um exame de DNA, para que, finalmente, esse segredo seja revelado.

Considerando três díades mãe- filha, CRAMER (1997) analisa como são transmitidos e assimilados os “Segredos Femininos: de mãe para filha”. Discute problemas relacionados a alimentação e imagem corporal considerando vivências históricas, familiares, sociais, políticas e culturais. Uma vez que, *“todas as mães sopram segredos no ouvido de suas filhas; elas constituem uma base de saber referente ao que é ser mulher e – sobretudo- como estabelecer relações com os homens.”* Entretanto, os pais também participam na construção da representações da mulher, nem que seja pelo silêncio.

O autor aponta que, sutilmente, comportamentos, atitudes e valores são transmitidos, afetando *“nossas representações imaginárias do corpo (sobretudo feminino) e da alimentação.”*(p. 15). A dimensão desse aspecto pode ser percebida no macrocosmo, pela importância que a indústria ligada aos regimes e ao emagrecimento assume atualmente. Assim, esses conteúdos são internalizados e transmitidos de uma geração para outra. Segundo CRAMER (1997, p. 26, 31) *“(…) no âmbito das relações familiares, a cultura é transmitida sobretudo por gestos e atitudes. A construção e a transmissão das tradições familiares não se limitam às palavras, mas recorrem à mímica, às inflexões da voz e a uma miríade de pequenos sinais transmitidos à criança desde a sua mais tenra idade.”* (...) *“A comunicação materna é penetrante, e sua repetição é tal que a criança não poderá se furtar a isso. “*

No microcosmo, as culturas, valores e tradições familiares são passadas de mãe para filha. Essas representações devem ser consideradas, visto que, “ *a memória tem vida longa.* ” (CRAMER, 1997, p. 157).

ROBERTO (1994) analisa na perspectiva sistêmica, famílias que apresentam como sintoma um membro com TA, considerando que o sintoma representa uma comunicação secreta e metafórica, servindo para manter a harmonia e a homeostase familiar através da evitação de conflitos. Considera também os TA's como “segredos familiares abertos”, decorrentes da dificuldade de trocar, promover e integrar diferenças existentes entre os membros da família. Assim, através do sintoma, evita-se conflitos quando existem divergências acerca de opiniões e valores. Quando passa a haver espaço para que sejam assumidas as posições individuais, os segredos dos TA's tornam-se desnecessários e são substituídos pela confiança e reciprocidade dos relacionamentos.

Citando ROBERTO (1994, p. 170): “*os comportamentos alimentares fisicamente expressados, autocontidos, não- verbais e internamente nocivos são mecanismos poderosos para alteração no estado de consciência de uma pessoa e para impulsionar sua família para certas áreas de conscientização, em vez de em direção a outras.*”

Compreendemos os TA's como fenômenos pluridimensionais. Neste sentido, estabelecemos um olhar sistêmico, considerando as relações interpessoais familiares. Tendo em vista que a família é a responsável por boa parte da sociabilização da criança e que esta é integrada a um ambiente sócio- cultural, que por sua vez a influencia, iremos posteriormente discutir o campo das relações sociais. No capítulo seguinte, continuaremos abordando o sistema familiar, mas o foco de nossa discussão serão peso, imagem corporal e hábitos alimentares: história e valores familiares.

b) Peso, Imagem Corporal e Hábitos Alimentares: História e Valores Familiares

Como vimos, o funcionamento familiar é um componente importante no desenvolvimento e na manutenção dos TA's. Neste sentido, colocamos em destaque as vivências e mensagens passadas pelos familiares no tocante a peso, imagem corporal e hábitos alimentares, e destes para as gerações subsequentes, caracterizando o que CUKIER (1980) denomina de "contágio psicológico", "*que significa a passagem de geração a geração, de carências fundamentais nas relações de dependência básica, que acabam por impregnar toda a capacidade de relacionamento humano do indivíduo.*" (p. 27).

Quando interrogamos como seus familiares se viam em relação ao próprio corpo, elas apontaram o peso e a percepção da imagem corporal de alguns membros.

Iniciaremos esse capítulo, apresentando os relatos referentes a história do peso de familiares. Vejamos o diagrama 27, que sintetiza os achados referentes a história de peso.

Diagrama de Significações 27: História do Peso dos Familiares de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ "A minha irmã tem 1.67 e pesa 58, 59." (...) "Às vezes ela tem essas revoltas, (...) ela pra comprar esse remédio (pra emagrecer) fez um inferno, passou o dia mal humorada, (...) fica descontando em todo mundo dizendo que ela é dona do nariz dela e que vai comprar (...) aí ela fica com essas revoltas assim, mas no geral eu acho que ela se sente bem, ela aceita o corpo dela, ela tem essa consciência que ela não vai ser nenhuma Claudia Lis que é magérrima e ela sabe disso e que até a estrutura dela (não é fina)" (E. 2).

→ "Não porque a minha irmã A. ela tem um corpo com seus 50 quilos, mas ela se adora, a A deve ter seus 48 quilos e também se adora." (...) "A minha irmã agora que tá gordona, tá dessa largura, ela é linda é a caçula." (...) "(...) eu acredito que é uns 65 quilos e ela tá muito desesperada tá talvez passando o processo que a A. (depoente) (...) passou e me pediu pra mim pagar um SPA pra ela" (E. 4).

→ "42 (quilos) por aí mas ele (irmão) é alto, tem um corpo bonito, eu acho, mas ele diz não tou nem aí, eu como o que eu quiser, a quantidade de pastel que eu quiser, a quantidade de bolo que eu quiser, sanduíche e eu não tou nem aí, comer meus queijos e vocês que entendem." (...) "Ele se acha bem, nem que engorde 10 quilos de uma vez não tá nem aí pode falar quem quiser" (E. 6).

Nos depoimentos foram citados os pesos de irmãs e de apenas um dos irmãos, sendo apontada uma insatisfação com o mesmo, predominante entre as figuras femininas. Além da preocupação com o peso, práticas para a diminuição deste foram citadas (remédios, atividade física e SPA). O mesmo já não ocorreu com o irmão, que “se acha bem” com o peso e não refere medo nem preocupação com o aumento do mesmo.

A história de obesidade familiar e uma acentuada preocupação estética são apontadas pela literatura como características dessas famílias (CORDÁS et al., 1998; FAIRBURN et al., 1997; RODRIGO et al., 1990; TANNENHAUS, 1994). A preocupação familiar e a luta estabelecida para diminuição do peso pode desenvolver um pavor de tornar-se gorda, no futuro (TANNENHAUS, 1994). Em nosso estudo também encontramos essa associação na família de anoréticas e bulímicas.

“Porque eu vim de uma família de obesos” (...) “Porque minha família tem tendência mais a obesidade.” (...) “Mais parte de pai e problemas também de diabetes meu pai tem e minha avó tem, aí já é mais ligada até obesidade também e que minha avó não é que ela seja gorda, mas é um pouquinho cheia.” (E. 1).

“A família da minha mãe são todas gordas, fora do peso.” (E. 5).

A história de obesidade é identificada quando referem que são oriundos de uma “família de obesos”, onde as pessoas “são todas gordas, fora do peso”.

No diagrama seguinte, sintetizamos os aspectos referentes a como os familiares e nossas depoentes percebem a imagem corporal de diversos membros.

Diagrama de Significações 28: História da Imagem Corporal dos Familiares de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

- **Mãe** → “(...) minha mãe fica tou gorda, vou começar a fazer musculação pra ficar bem feita” (...) “Porque de vez em quando (...) ela menina eu comi demais, eu tou meia gorda” (E. 1).

→ “Assim minha mãe se acha magra ” (...) “Ela se sente magra, a minha mãe tem o cúmulo de dizer que é tão em forma e como tão pouco, mas eu não acho não que ela come pouco, é exagero dela dizer que come pouco, mas não come não, é porque ela quer dizer que come pouco e mantém a forma, mas ela se acha magra e ela come tudo.” (E. 2).

→ “Minha mãe também (é gorda) ” (...) “Minha mãe ela se acha fora do peso” (E. 5).

→ “Minha mãe não se acha gorda mas diz que tem a barrigona, aí diz que é porque bebe muita água e tem a barrigona, mas diz que não é gorda, mas já que tá daquele jeito diz que não vai abrir mão da comida porque a vida é muito curta pra gente abrir mão disso, ela diz que não tá nem aí.” (E. 6).

→ “Mamãe nunca foi magra, mas isso nunca foi problema pra ela, ela se acha ótima.” (E. 7).

- **Pai** → “Meu pai também ele é gordo.” (E. 1).

→ “Meu pai nunca ligou pra isso, a gente fica dizendo que ele tá barrigudo e tudo, mas ele (...) sempre fica naquele peso, se acha bem.” (E. 2).

→ “(...) meu pai já se acha fraquinho, ele é gordo, barriga mas se acha fraco ” (E. 6).

→ “Também nunca se preocupou, mais ou menos constante ” (E. 7).

- **Pai e Mãe** → “Papai e mamãe são pessoas muito simples, né, então eles vivem bem do jeito que estão.” (E. 4).

- **Irmã** → “Minha irmã quando ela quer emagrecer ela tenta diminuir a comida dela, assim porque minha irmã sempre foi magra e de um tempo pra cá que ela engordou um pouquinho, mas eu já tou achando ela mais magra de novo, ela tá comendo assim comendo pouco, não tá comendo muito não, como ela tá comendo antes.” (E. 1).

→ “(...) as minhas outras irmãs a L.1 e a L.2 que são as menores, Ave Maria, eram bem magrinhas ” (...) “Era, só que (M.) muito mais gorda que eu ” (...) “ A M. mesmo tendo feito dieta às vezes ela ainda quer se achar gorda, menina, ela fez um inferno e foi semana retrasada ela fazendo um inverno que quando minha mãe vai pagar lipoaspiração pra ela ” (...) “Mas se fosse ora mais, eu que fazia porque eu com todo esse problema e tou aprendendo a conviver com a minha barriga por que tinha que ser ela, ela que aprenda a conviver com a dela também, se fosse fazer lipoaspiração ia ser eu e depois

ela (risos).” (...) “Não sei, só sei que ela fez um inferno por causa da lipoaspiração aí deu outra idéia de comprar um remédio espirulina um remédio aí natural” (...) “(...) (L.2) essa minha irmã era magra quando ela fazia balé aí a L.2 já tava começando a comer muito, assim, mas só que ela não tava uma gorda, tava ficando mais cheinha” (...) “Minhas irmãs mais nova é um problema porque a L.2 já tem essa preocupação, a L.2 nessa idade é igual a mim assim de não querer que uma blusa cole a barriga e fique aparecendo a barriga, que tá se achando muito gorda e já se preocupar com dieta, tudo igual a mim e faz atividade física e assim muito preocupada com a forma física.” (...) “A L.1 não, mas a L.1 também é uma defesa assim que eu acho, mas ela vive a vida dela e ela não deixa de viver por causa disso, mas eu acho também que ela sofre sabe assim.” (E. 2).

→ “(...) minha irmã se acha deslumbrante ” (E. 5).

- **Irmão** → “Meu irmão ele fala: se eu fizer regime Deus me livre de passar fome, eu prefiro não fazer do que passar fome e comer verdura” (...) “Ele nem se importa assim, ele se sente gordo, mas ele é o tipo da pessoa assim sou gordo, sou gordo e daí, não tou nem aí ” (E. 1).

→ “Meu irmão ele se ama porque ele não tem essas coisas, eu só tenho um irmão homem e ele não liga pra esse tipo de coisa não.” (E. 4).

→ “(...) meu irmão de 14 anos, ah F. para de comer pra emagrecer e tá magra desse jeito, eu como, como e não engordo, eu acho que eu sou de bem com a vida, já o meu irmão de 11 anos ele é mais cheinho do que os outros, meus dois irmãos chama ele de Clodo gordo num tem o Clodoaldo do Fortaleza, aí chama ele de Clodo gordo porque ele adora futebol aí chama ele de **Clodo gordo**, mas ele não tá nem aí, ele come, come e não tá nem aí e se sente bem.” (E. 5).

→ “Meu irmão ele não é gordo e nem é magro, tem assim um corpo normal, mas ele é assim um pouco gordinho, cheinho, ele é assim um corpo bonito, mas aí já vem meu pai de novo “muito gordo”, só que ele já é o contrário de mim “tou nem aí, o corpo é meu como na hora que eu quiser, você não se meta na minha vida porque eu como e se eu ficar bem gordão o problema é meu, a boca é minha, a barriga é minha e pronto”, ele já não tá nem aí.” (...) “(...) ele diz não tou nem aí, eu como o que eu quiser, a quantidade de pastel que eu quiser, a quantidade de bolo que eu quiser, sanduíche e eu não tou nem aí, comer meus queijos e vocês que se entendam.” (E. 6).

- **Tia** → “(...) minha tia a F. porque ela é gorda também e ela vive lutando contra a balança” (E. 2).

- **Filha** → “Olha é muito difícil porque M. tá gorda ” (E. 3).

- **Filho** → “(...) o A. tá gordíssimo” (...) “É, por isso que ele tá com a barriga do tamanho que tá.” (E. 3).

- **Primas** → “Minhas primas todas (obesas).” (E. 5).

→ “Tem uma prima minha (...) e ela já tá mais gorda porque diz que não agüenta e vai pro SPA.” (E. 7).

A ocorrência de obesidade e preocupação com peso corporal associada a práticas de emagrecimento foram encontradas em nossa pesquisa em diversos membros. Os pais e mães em sua maioria são obesos. Constatamos que as irmãs das depoentes também apontam uma preocupação com o peso, o mesmo já não pode ser dito quanto aos irmãos que, de modo geral, não referem insatisfação corporal, mesmo quando vivenciam o sobrepeso/ obesidade. Há uma preocupação com peso e imagem corporal, principalmente, entre as mulheres dessas famílias (mãe, irmãs, tias e primas). Esse achado nos chama atenção, visto que o aspecto transgeracional, com a transmissão simbólica desses valores pode ser percebida entre as mulheres da família.

A transmissão dos valores e crenças relacionadas à alimentação pode ser identificada através da narrativa de uma das nossas depoentes, quando esta se refere ao “nome gordo”, sobre o uso de alimentos específicos relacionados, no seu entender, à gordura, sendo este valor transmitido pela sua mãe.

“(...) eu não vou dar nem pro meu filho, mucilon e aquelas coisas e só o nome já é um nome gordo, Cremogema, né assim.”

(O que é um nome gordo pra você?)

“Eu não sei, tem gente que liga muito assim, minha mãe quando ela vê uma criança assim gordinha ela diz assim: tu tá dando esses mingau pra ela, qual é o que tu tá dando? Mucilon, vixe é isso que tá deixando ela gorda, minha mãe fala assim, sabe ” (E. 2).

Pelos relatos podemos identificar outros mitos relacionados à alimentação presentes nessas famílias.

“(...) porque minha mãe teve a M. aí ela teve que se alimentar porque foi muito próximo, aí ela teve que se alimentar bem e se bem se tem a ver, isso ela diz que teve que se alimentar bem pra agüentar porque ela tava amamentando a M.” (E. 2).

“(...) eu me lembrei que minha mãe vive dizendo que abacaxi emagrecia, emagrecia aí pronto eu comia só isso.” (E. 2).

“(...) minha mãe, minha avó sempre dizia tem que comer bem pra não ficar doente e aí durante todo esse período nunca tive assim uma doença.” (E. 6).

Outro aspecto interessante é cultura da imagem do bebê gordinho e do adulto magro (SANTACRUZ, 1997). Através das falas abaixo percebemos essa idéia:

“(...) meu pai acha lindo criança assim gorda aí acho que esse era o problema, que minha mãe nunca deixava e desde de bebê a gente sempre foi aquela criança não aquela criança obesa, mas aquela criança gordinha.” (E. 2).

“(...) mamãe tinha uma mania que eu ficasse gorda, então o que eu sei assim é que preparava o mingau e eu não tomava, vomitava e preparava outra até eu segurar o mingau, quer dizer era uma mania que ela tinha que eu ficasse gorda e realmente eu era bem nos retrato eu era bem gordinha e fui gordinha assim até menina sempre gordinha, mais gorda da turma, maior, era grande e mais gordinha.” (E. 7).

Com isso concluímos que, inicialmente, essas mulheres eram incentivadas a um consumo excessivo de alimentos, sendo valorizada a imagem do bebê gordo. Entretanto, na infância/ adolescência os mesmos que incentivavam essa imagem cobram o adolescente/ adulto magro.

“Eu considero que além da mídia eu considero minha família porque é muito ligada em peso, a negócio de gordura de você tá em forma e minha família é muito ligada de complexo de ser gordo” (...) “De repente eles nem queriam passar essa pressão, mas eu senti assim da minha mãe, a minha mãe era muito preocupada, melhorou agora (...) menina, meu pai às vezes eu ainda escuto ele dizer “menina tu vai estourar” com as minhas irmãs pequenas no almoço, ainda dói um pouquinho aqui dentro mas eu consigo passar e antes eu não conseguia, mas meu pai ainda diz isso: Menina, tu vai estourar.” (...) “Minhas tias não, minhas tias tá assim melhor.” (...) “Ave Maria era todo mundo até a família do meu pai que nem era muito ligada a isso parecia que a gente era a obesa mórbida da família, imagina se a gente fosse obesa mórbida acho que eu me suicidava porque eu não ia agüentar, se a gente gordinha assim já era o fim do mundo imagine se a gente fosse aquelas obesa mórbidas, Ave Maria, ia ser horrível, ia ser pior.” (...) “É nos aniversário, Ave Maria nos aniversário era perguntando qual era o peso “quanto é que tu tá pensando agora, A.?” essas coisas, aí olha pra o que você tá comendo, olha que coisa horrível controlando o que a pessoa tá comendo” (E. 2).

“(...) minha mãe é outra pessoa” (...) “(...) e aí quando foi um certo dia que minha mãe pegou e falou F. tu tem que emagrecer e não sei o que, tu tá parecendo um pote”(...) “(...) mas pela minha mãe eu acho que emagreci mais pela minha mãe do que próprio por mim” (E. 5).

“Meu pai, minha mãe, meus amigos, meu irmão.” (...)“Fora que meu pai me cobrava.” (E. 6).

“Quando eu aumentava assim não tava nem aí e foi a única vez foi quando eu tava no Rio, foi que eu vi ela forçar e aí mesmo eu vi ela comprar couve flor e incrementar o almoço, aí que ela teve mais cuidado.” (...) “Você tá gorda e não sei o que” (...) “(...) a mamãe nunca me incentivou a fazer nada só nessa época do Rio que eu não queria fazer.” (...) “(...) aí a mamãe que me forçou a emagrecer.” (...) “Agora hoje ela enche meu saco”(E. 7).

Quanto à alimentação, identificamos nessas famílias um hábito alimentar com o consumo excessivo de guloseimas (refrigerantes, biscoitos, bolos, frituras). Vejamos as falas:

“(...) um grau assim de refrigerante, de biscoito assim de comidas mesmo assim que não prestam entre aspas, é muito grande aí o consumo a gente costuma comer até a forma, educação da família a gente costuma comer o que todo mundo come aí com isso me acostumei mal, a tomar refrigerante, comer biscoito e comer essas coisas que relativamente engordam e não tem nenhum nutriente, aí eu passei a comer de acordo assim com o que minha família comia ” (...) “Assim totalmente não saudável com certeza, porque assim meu irmão, fruta, verdura nem bota na boca.” (E. 1).

“(...) minhas outras irmãs a L.1 e a L.2 que são as menores, (...) foram tudo ao contrário da gente (depoente e irmã mais velha), elas mamaram até dois anos de idade, minha mãe tinha maior cuidado com alimentação delas, não deixava comer muito essas besteiras, assim frituras, Ave Maria e a gente era direto negócio de fritura.” (E. 2).

Este achado é importante, uma vez que a família representa um modelo fundamental, influenciando na formação do hábito alimentar das crianças (AXELRUD, 1999).

Paradoxalmente, a discriminação frente a obesidade e a cobrança para um peso e corpo dentro de padrões considerados ideais foram freqüentes, como já exemplificamos anteriormente.

Além disso, a prática de dietas e a preocupação com o consumo alimentar em outros membros da família, foi apontada, ora por uma questão de saúde ora por uma questão estética.

“(Papai) Teve (que mudar alimentação) não é a toa que hoje ele come três tipos de fruta no dia; de manhã ele toma um café reforçado e leva fruta; de tarde ele come fruta e assim teve que ter uma alimentação, teve que acabar de beber que ele bebia muito.” (E. 1).

“A minha irmã fazia acompanhamento (médico) e começou a fazer caminhada, exercícios físico pra ajudar a queimar, minha irmã ia de dois em dois meses e quase mês e mês ela tava lá medindo, pesando com acompanhamento e tudo ” (E. 2).

CORDÁS et al. (1998) também nos falam que é provável o envolvimento de um membro da família com práticas de dietas, além do temor de engordar.

TANNENHAUS (1994) aponta a grande importância emocional que o alimento, as refeições, o peso e aparência física possuem nessas famílias. A preocupação estética acentuada, sobretudo, das mães é um achado comum. Vale salientar que estas, muitas vezes, apresentam-se obesas ou com dificuldades para controlar seus comportamentos alimentares e peso (CORDÁS, 1993).

“(...) aí minha mãe começou a ficar desesperada, mas assim, mais pela minha irmã, que minha irmã emagrecesse mais porque ela era muito mais gorda que eu (...) só que minha mãe dizia assim: a saúde, a saúde, não tá vendo não criança com doze anos com colesterol alto e tudo assim.” (...) “(...) minha mãe ficava dizendo isso, mas no fundo no fundo a gente sabe que nenhuma mãe quer ter um filho gordo, sabe é porque a pressão é muito grande, é como se a mãe tivesse vergonha que o filho fosse gordo.”(E. 2).

Nesse sentido identificamos a preocupação da mãe com a obesidade das filhas. E, segundo nossa depoente, o principal aspecto era a cobrança social e estética, apesar de referida a saúde.

Evidenciamos que a história pessoal e/ou familiar associada à preocupação com peso, imagem corporal e alimentos estiveram presentes, sendo esta vivência inicial que levaram nossas mulheres a sentirem-se insatisfeitas com seus corpos e a adotarem práticas de dietas restritivas em busca de uma aceitação familiar, tendo em vista que faz parte da ideologia familiar um corpo magro.

Vale salientar que entre os irmãos das depoentes, a preocupação com peso e o desejo de fazer dietas não foi expressado, bem como, não identificamos uma preocupação familiar com os meninos, como fica claro com as mulheres da família. Isso nos remete novamente à transmissão simbólica predominantemente entre as mulheres.

Associada a esta ideologia familiar, lembramos a idéia de que o aspecto sócio-cultural é um dos componentes da imagem corporal e que na atualidade o padrão vigente é o da magreza. Sendo assim, o imaginário dessas mulheres é permeado por mensagens familiares e sociais que incentivam e apoiam na busca do corpo “ideal”, simbolizado pela magreza. Corpo este, incompatível para muitas mulheres, que terminam se envolvendo em práticas alimentares prejudiciais à saúde em busca de seu maior objetivo de vida: A MAGREZA.

À luz dessas discussões, no capítulo seguinte buscaremos compreender essas mensagens culturais, que incentivam a prática de dietas indiscriminadamente, associada a uma pressão para a magreza. A relevância desse aspecto se dá pelo fato de presenciarmos profundas influências dessas mensagens veiculadas nos diversos meios de comunicação ao desenvolvimento dos TA's.

3) ASPECTOS SÓCIO- CULTURAIS

a) Incentivo à dietas e pressão à magreza

Abordamos anteriormente o contexto familiar de portadoras de TA. Aqui, incluiremos os aspectos sócio- culturais, visto que a sociedade deve complementar qualquer estudo de família, pois o indivíduo (paciente identificado) é membro ativo e reativo de grupos sociais (MINUCHIN, 1990).

Segundo (MINUCHIN, 1990, p. 55), *“a família mudará à medida que a sociedade muda. Provavelmente, de modo complementar, a sociedade desenvolverá estruturas extra-familiares para se adaptar às novas correntes de pensamento e às novas realidades sociais e econômicas”*, considerando que *“A mudança sempre se desloca da sociedade para a família, nunca da unidade menor para a maior.”* (MINUCHIN, 1990, p. 56).

Entre as falas expressadas, identificamos que o incentivo à dietas e a pressão à magreza tiveram diversas origens. Constatamos que família, amigos, educadores físicos e até mesmo os profissionais de saúde incentivam essas práticas, sendo a influência a nível pessoal, familiar e social. Os dois primeiros níveis já mencionamos anteriormente. Aqui iremos nos deter aos aspectos sócio- culturais.

No diagrama 29, exemplificamos como essas idéias e valores são transmitidas e assimiladas pela sociedade. No capítulo seguinte iremos abordar melhor os aspectos profissionais envolvidos.

Diagrama de Significações 29: Incentivo Social para Dietas Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

- **Colégio** → “(...) eu sofri até no colégio mesmo.” (...) “(porque) eu era gorda” (E. 5).

- **Amigas** → “Até vamos dizer assim também as minha amigas tudo magra e ah meu Deus do céu eu gorda e não sei o que, assim teve influência totalmente mas foi uma coisa assim bem branda, mas que teve assim a ver com isso.” (E. 1).

→ “(...) eu só tinha uma amiga gorda (...) o resto eram tudo magrinha” (E. 2).

→ “Hoje em dia o pessoal me chama muito pra ir pra SPA ” (E. 7).

- **Professor(a) de Educação Física/ Balé** → “(...) eu fazia balé aí minha professora era horrível, sabe, era péssima, era horrível acabava com qualquer auto- estima de qualquer pessoa.” (...) “Ela só vivia mandando a gente fazer regime, sabe, era horrível sabe assim e ela nem era magrinha, aí quando era véspera de festival todo mundo tem que tá um palito, aí era todo mundo desesperado com plástico dentro das roupa pra ficar magra, sabe.” (...) “(...) eu não era aquela bailarina mais magra, magérrima, mas eu me dedicava mesmo, sabe, eu adorava (...) eu me dedicava mesmo, eu tinha o maior gosto assim de ir, só que sempre ela reclamava e era horrível.” (...) “(...) ela chamou minha mãe (...) agora eu já temia isso porque era alguma coisa ligada a gordura.” (...) “(...) e disse pra minha mãe que tomasse cuidado com a L.2 que a L.2 tava engordando e que eu tinha que fazer uma dieta urgente, senão ela não ia me passar pra ponta, aí olha que absurdo, que minha irmã ponta nem pensar porque pra ela minha irmã já era uma obesa mórbida e ponta nem pensar, aí minha mãe foi me dizer e minha mãe toda preocupada e divulgou pra família e que até a A. que morria de preocupação com a alimentação, era tudo contado e já morria de preocupação e até eu tinha que fazer dieta.” (...) “(...) aí eu fiz a dieta, mas ela era tão ruim que ela não elogiava, mesmo ela achando que eu tava gorda eu participei de um monte de dança, aí eu participei de uma dança que era caixinha de música e que a roupa era muito colada e você tinha que tá magérrima e a pobre da minha irmã queria participar, sabe o que ela disse pra minha irmã, que só ia botar ela se ela emagrecesse, nem via o talento da minha irmã ” (E. 2).

→ “Quando eu tava na quarta série e quando eu tava fazendo física eu tava pesando 52 e isso eu tinha 1.53 ou 1.52 e o professor de física disse que eu tava fora do peso (...) “Tinha onze anos e aí ele me disse que tava fora do peso, tudo bem eu nem me importei.” (E. 5).

→ “Quando foi no colégio no jogo de basquete lá estar o professor falando olha V. tu joga muito bem e tal mas acho que nesse jogo não vai dá pra tu ir porque lá eles estipularam mais ou menos um peso pra todas as jogadoras e você esta um pouco acima, aí eu vou ter que emagrecer mesmo desesperadamente.” (...) “Aí eu liguei porque aí não podia de deixar de jogar.” (E. 6).

A pressão e a cobrança para o emagrecimento esteve presente na vida dessas mulheres, tendo surgido de diferentes lugares e pessoas, sendo o ambiente do colégio e a pressão das amigas e educadores físicos os mais referidos.

A influência do ambiente do colégio e das amigas foi sutil, ocorrendo principalmente críticas na escola e comparação com o peso e a imagem corporal das amigas, o que acarreta um sofrimento psíquico as nossas depoentes.

Em um dos depoimentos (E. 7) o incentivo torna-se mais explícito, quando a portadora de TCC refere ser constantemente convidada para ir a um SPA. Felizmente esta recusa. Afinal, como veremos mais detalhadamente a seguir, as práticas restritivas, como as utilizadas em SPA, podem fazer emagrecer, entretanto, representam uma armadilha, visto que são comportamentos impossíveis de serem mantidos. O risco dessas práticas é mais grave para as portadoras de TA, visto que favorecem em seguida a ocorrência de episódios de comer compulsivo e, conseqüentemente, ficam girando em ciclos viciosos, como iremos detalhar a seguir.

Já a influência dos profissionais de balé/ educação física é mais intrusiva. Estes profissionais ao julgarem como estando “um pouco acima” ou “fora do peso” as estimulam a “fazer regime” e emagrecer, caso contrário não iriam “passar para ponta”, dançar no festival de balé ou participar de jogos. Portanto, a participação nas atividades fica dependendo do seu emagrecimento. A situação é descrita como “horrível”, “péssima” e ameaça suas permanências nas atividades, deflagrando o que, segundo uma delas, “acabava com qualquer auto-estima”, colocando-as em situação de desespero.

A vulnerabilidade dessas mulheres para os comentários acerca de seus corpos é identificada na narrativa abaixo:

“Hoje eu cheguei na empresa e não sei porque eu entrei aí quando eu ia voltando a minha faxineira disse assim: dona A (...) a senhora tá mais gordinha e eu digo ah obrigada mas já saí passando mal porque eu digo

ela tá me achando gorda, será que eu estou gorda meu Deus! Mas não é possível eu tou com o mesmo peso e como é que eu tou mais gorda e já comecei a me preocupar com aquilo que ela falou, é uma coisa que incomoda se eu tiver engordando, só que na verdade eu acho até que meu corpo esteja legal, eu tou sem nada quase.” (E. 4).

Os meios de comunicação também influenciam essas mulheres, que, através do incentivo à dietas, bem como, com o paradigma de beleza imposto, pressiona todas nós a ter um corpo magro.

Nas últimas décadas presenciamos grandes mudanças nos padrões de beleza veiculados, além de ter se estabelecido um fascínio pela imagem, que é mediado pelo culto ao corpo. Este, por sua vez, passa a ter um espaço privilegiado na publicidade.

Essa nossa discussão é problematizada por AXELRUD et al. (1999), MALYSSE (1998), OGDEN (1993), SANT’ANNA (1995) e WOLF (1992). Estes autores apontam que o embelezamento feminino é voltado para o corpo e que este cuidado chega a ser obsessivo para algumas e, conseqüentemente, patológico, como ocorre com as portadoras de TA.

No diagrama 30, apontamos como nossas entrevistadas percebem a influência da mídia, através dos padrões de beleza veiculados.

Diagrama de Significações 30: A Influência da Mídia Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas.. Fortaleza, 2001.

→ “(...) **eu fui umas das vítimas da mídia**, do que a mídia passa, você vê numa entrevista e uma das primeiras coisas que pergunta é o que você faz pra manter esse corpo, aí isso influencia muito as adolescentes que procuram por um peso e ser como aquelas modelos, eu acho que a mídia influencia muito nisso com certeza e que anorexia assim, é uma doença acho que até ocasionada pela mídia, muito pela mídia, é pela parte psicológica que a pessoa fica com aquilo na cabeça, mas também pelo meio que interage com ela, tem tudo a ver com o meio que interage com certeza e aquilo fica martirizando na cabeça que a pessoa fica assim e não sabe por onde correr e fica meio assim e vai na onda daquilo porque quando você escuta uma série de coisas aí ah mulher faz aquilo e você sempre faz como se fosse *Mãria-vai-com-as-outras* aí a mídia influencia muito nisso.” (...) “Assim revista Boa Forma que eles vendem mesmo só, porque eu acho que muita gente já deve ter comprado e ter o mesmo caso que eu, porque eu comprei com intuito de fazer o regime e acabei adoecendo, tive anorexia” (E. 1).

→ “Me influenciou muito, porque é incrível, porque quando a gente tá crescendo a gente quer ser bela, a gente quer ter a barriga mais sarada e tudo e o que a gente vê na televisão todo mundo saradão, na malhação não tem uma atriz que é gorda, só tem uma gordinha que é a dona lá do bar e o resto é tudo sarado e quando botou a gordinha na academia ainda pra mostrar o preconceito que a gordinha tem de fazer academia, é todo mundo sarado, é um bombardeio **você vê esses outdoor todo mundo sem um pingo de barriga** e você pensa assim: por que ela pode ter aquela barriguinha e eu não posso ter? e não vou nem muito longe não, você tem amigas que não sei como conseguem ter aquela barriga e você fica doida assim porque você quer ter também, você fica desesperada assim, lógico que uns nem sentem tanto, mas pelo menos pra mim Ave Maria hoje você vê só faz sucesso quem é magro.” (E. 2).

→ “(...) agora de emagrecer realmente de ficar seca ou sei lá acho até que é essas televisões (risos) porque mostra que a mulher tem que tá toda hora seca ” (E. 4).

→ “Eu sempre sonhei ter um corpo daquele.” (E. 5).

→ “Mídia assim, televisão hoje em dia eu quase não assisto, mas revista essas coisas tudinho eu percebo que há uma exigência muito maior de você ser magérrima, como eu tava lendo até só a capa da revista no supermercado e diz assim: fulaninha tantos anos, tantos metro, tantos filhos, perdeu tantos quilos e hoje é puro músculo, e eu olhei assim aí que cansaço, aquela coisa assim que dizer ela é maravilhosa essa criatura (risos) que perdeu não sei quantos quilos e hoje é puro músculo, veja e leia, você não pode deixar de ler essa reportagem e eu olho assim ” (E. 7).

Nossas informantes se vêem como “uma das vítimas da mídia”, que ao seu ver influencia muitas adolescentes , divulgando e propagando um padrão de beleza, o qual

determina que para ser bonita deve-se ter um corpo “saradão”, “sem um pingo de barriga”, ou seja, deve-se ser “seca”, sendo essa imagem associada ao sucesso e esse corpo esguio desejado e buscado “desesperadamente”.

Entretanto, este modelo de beleza, como já dissemos, é irreal para muitas mulheres, que terminam se julgando incapazes e frustradas, pois algumas, mesmo se envolvendo em dietas, não alcançam o peso “ideal” e passam a utilizar-se progressivamente de práticas cada vez mais nocivas a saúde.

A magreza está associada a sucesso, felicidade, atração, controle e estabilidade. Com isso, é criada uma generalização, estereótipos que passam a ser apreciados e desejados. O excesso de peso torna-se um problema e o emagrecimento o objetivo, e a solução ditada é a dieta. Essa motivação para o emagrecimento é monopolizada pela indústria do emagrecimento (OGDEN, 1993).

O padrão de beleza vigente, que apresenta como silhueta ideal uma forma muito mais esbelta que a mediana, faz com que a maioria das mulheres sintam-se gordas e desejem emagrecer. A dieta é vendida como solução, reforça a idéia de que com ela emagreceremos, e caso isso não ocorra é porque a dieta não foi seguida corretamente, ou seja, a pessoa não tem autocontrole e é incapaz, arcando com toda responsabilidade. Quando na realidade, a quebra da dieta é uma conseqüência inevitável e não reflete uma inadequação pessoal (OGDEN, 1993). Não queremos dizer que a modificação do comportamento alimentar não se faz necessário para alguns, em especial aqueles que correm risco de vida pelo excesso de peso. Entretanto, a prática de dietas não pode ser banalizada e praticada indiscriminadamente, sem orientação profissional e principalmente através de métodos radicais e desnecessários.

Artistas e modelos famosas, seja em propagandas de televisão ou em revistas especializadas, veiculam além de suas imagens impactantes, o incentivo à adoção de

práticas alimentares inadequadas. Associado a suas imagens, a prática de dietas e o uso de produtos para o emagrecimento é incentivado indiscriminadamente.

Vejamos as propagandas.

O LANÇAMENTO DO ANO!

FAÇA A PODEROSA DIETA DA
ADRIANE GALISTEU

LIGUE JÁ
(011)
3666 5011

ATENDIMENTO TAMBÉM
AOS DOMINGOS

*Ganhe um
exclusivo Medidor de
 Gordura Corporal!*

Adriane Galisteu

46 REFEIÇÕES

- VOCÊ PERDE ATÉ 10% DO SEU PESO EM 1 MÊS
- É SABOROSA
- VOCÊ NÃO PASSA FOME
- VOCÊ TEM 2 DIAS LIVRES POR SEMANA PARA COMER O QUE QUISER
- KIT COMPLETO PARA 1 MÊS DE DIETA

Você nunca fez uma dieta igual!


0001 5 0302 2001

Figura 1: Incentivo à dietas 1

IN NATURA é o primeiro e mais conhecido complemento alimentar para você balancear suas refeições corretamente. É rico em fibras e de baixo valor calórico. Fique em forma! Leve a vida leve e saudável. Use **IN NATURA. EU RECOMENDO!**




Solange Frazão

Solange Frazão, atriz, modelo e personal trainer



IN NATURA
NUTRIÇÃO

Você encontra In Natura em supermercados, farmácias e lojas de produtos naturais.

Distribuição:  
 

www.innaturanutricao.com.br Atendimento ao consumidor 0800 195206

ABC Design



LEVE A VIDA LEVE

Figura 2: Incentivo à dietas 2

Além disso, se referem abertamente que para alcançar esse corpo “perfeito”, muitas vezes utilizam-se de práticas de controle de peso, como: dietas restritas, exercícios físicos extenuantes e até jejum. Vejamos uma amostra dessas mensagens.

BELEZA • FITNESS • DIETA

CORPO

Edição de aniversário
13 ANOS!
Concorra a mais de 200 presentes

Luciana Gimenez
"Para ter este corpo, malho todo dia e, se precisar, faço até jejum!"

Depoimentos de ex-sedentárias que viraram malhadoras por causa deles

Biquínis maravilhosos que valorizam suas curvas

Como tratar psoríase, herpes e outros problemas de fundo emocional

GRÁTIS: UM PROTETOR SOLAR DE BOLSO

QUERO SER MAGRA!

- Ginástica para fazer em casa e exterminar as gordurinhas
- Programa definitivo que combina dieta, acupuntura e caminhada

Brnze saudável
Morena, sim, mas sem estragar a pele

SÍMBOLO
ANO XIII
Nº 143
RS 4,90

ISSN 0104-7612

Figura 3: Incentivo a comportamentos inadequados de controle de peso

Diante disso, discutiremos posteriormente, esses padrões e as razões que permeiam o imaginário e as práticas alimentares e de controle de peso adotadas. Para tanto, construímos o diagrama 31 e utilizaremos algumas reportagens e propagandas utilizadas.

Diagrama de Significações 31: Os Padrões de Beleza Veiculados na Mídia Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

→ “ Por um lado a gente pode dizer até que a mídia influenciou assim o pessoal tudo bem feito e agora a mídia querendo que você fosse magra ” (...) “ (...) na revista Boa Forma por exemplo, a apresentadora de televisão **Eliana** veste 36 – ah se ela veste 36 eu sou capaz de vestir 36; ela tem uma cintura de 65 – ah também sou capaz de ter uma cintura 65, (...) eu queria ser igual a essa mulher.” (...) “É, aí eu me imaginava ah eu vou ser igual aquela pessoa.” (...) “Assim eu via a Boa Forma e olhava essa aqui tem 65 de cintura, essa já tem 66, não eu vou ficar pelo menos com 66, olha aí ela tem 12 quilos a menos, não eu vou ficar com 12 quilos a menos.” (...) “Imaginava como meus padrões sendo os padrões da revista com certeza, imaginava muito assim, não eu ainda vou ficar igual a ela e com o meu corpo igual o dela ” (...) “Eu imaginava que eu ia ficar daquele jeito, daquela maneira.” (...) “(...) a mídia passa pra gente uma perfeição que tem que ficar daquele corpo” (...) “Muito cobrado ” (...) “(...) todo mundo é magro, por que eu não posso também ser magra, no sentido eu também posso todos são capaz e por que eu não posso (...) aí eu comecei a fazer o regime ” (E. 1).

→ “Porque o magro é assim mais belo, o magro ele chama muito mais atenção, você vê nessas revistas, sábado mesmo eu tava vendo uma revista e nunca iam botar uma foto minha com 38 quilos e eu agora com 52 não iam botar porque é ganho de peso, vocês as fotos tem mulher com cento e poucos quilos perdendo 70 quilos, é **todo mundo na luta pra ser magro** porque não era feliz daquele jeito, porque agora se olha no espelho e se acha linda, porque eu acho que porque a pessoa tá se achando bem e tudo se achando magra pode até influenciar melhor no seu trabalho.” (...) “Que você tem que ser magro, você só vê gente magra em outdoor, revista.” (...) “(...) ainda hoje eu não gosto de vê revista essas Caras que tem as mulher lá de biquíni, essas Boa Forma que só tem gente magro aí vem as mulher lá com barriga de fora eu não gosto muito (...) por enquanto eu evito porque ainda me faz sofrer vê essas revistas porque eu fico assim injuriada também porque só botam essas menina que não tem um pingão de banha na barriga, como é que elas conseguem fazer isso aí eu não gosto muito assim.” (E. 2).

→ “O corpo como o da **Carolina Ferraz**, o corpo daquela mulher é deslumbrante S., a mulher é magra e assim alta, muito bonita, ela é magra assim com uma aparência sei lá não tem uma aparência de tá doente.” (...) “A **Angélica**, a **Sandy**, um monte, porque eu acho que **todas artistas são magras**, todas. Imagina aquela **Gisele Bunchen** não tem um pingão de barriga” (...) “Quando eu era gorda” (...) “Eu me sentia horrível, eu me sentia praticamente uma baleia mesmo, assim horrível, eu olhava aí eu pegava e chegava assim no espelho e pegava a revista e olhava assim e tentava assim me olhar, olha, eu quero ficar desse corpo.” (E. 5).

→ “Nas novelas todas tem o corpo perfeito, aí vem feiticeira com aquele corpo lindo, todo siliconada mas que é lindo; **Carla Perez**, aquele pessoal todo e começa a falar de alimentação, em malhar até serve assim de influenciar as pessoas a se alimentar melhor e praticar exercícios físicos, aí eu acho assim que influencia muito até nisso.” (E. 6).

Como percebemos pelas narrativas anteriores, as imagens seduzem as mulheres que passam a ter como padrão e ideal de vida a obtenção de medidas e peso corporal semelhantes aos veiculados nos meios publicitários.

Vejamos o dado empírico referente a assertiva da depoente, quando esta se refere ao corpo da apresentadora infantil Eliana.

a transformação de Eliana



Ela emagreceu 8 quilos, remodelou o corpo e ganhou estilo. Tudo porque decidiu fechar a boca e levar a sério a malhação
por Tatiana Schibuola

antes
Eliana comemorando seus 21 anos, em 1995

depois
idade: 25 anos
altura: 1,62 m
peso: 50 kg
busto: 86 cm
cintura: 62 cm
quadril: 92 cm
coxa: 44 cm

"Odeio musculação"
Eliana prefere dançar, pular, para gastar energia. O cabeleireiro Toninho, proprietário do salão LayOut, se lembra da época em que ela frequentava a academia que ficava nos fundos do salão. "Ela adorava ginástica aeróbica", conta. Mesmo assim, sabia que precisava dos exercícios localizados para definir os músculos e as formas. Mas o começo não foi nada animador. A monotonia dos exercícios, a solidão (Eli-

"Hoje não passo vontade", anuncia. Nossa reportagem comprovou isso. Durante as duas tardes que passamos com ela, presenciámos um ataque a bombinhas de chocolate de padaria, uma barrinha de chocolate e a três estifas de frango com Catupiry. Mas Eliana jura que isso não acontece sempre e explica: "Na semana de fotografar para BOA FORMA, eu quis 'secar' um pouco mais e por isso fiquei só na salada e comida japonesa, que adoro. No almoço, bebia bastante água e, à noite, tomava uma sopa que minha mãe faz. Ah, acabei tendo ataques de fome e me descontroléi um pouco".

Hoje, exibe o corpo perfeito. "Adoro colocar um biquíni e arrasar"

32 BOA FORMA

BOA FORMA 33

Figura 4: Mudança de padrão de beleza veiculado

Esta é uma das mulheres que teve seu corpo moldado para alcançar esse corpo "ideal".

A sociedade determina e impõe um padrão de beleza que, inconscientemente, é incorporado. Na busca desse ideal de beleza, de um corpo perfeito, surge atualmente, uma

obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade. (GAIGUER, 1997).

Além disso, a associação da magreza com o sucesso e felicidade foi apontada, o que corrobora com achados encontrados na literatura (LAWRENCE, 1991, OGDEN, 1993).

Encontramos em propagandas essa alusão.

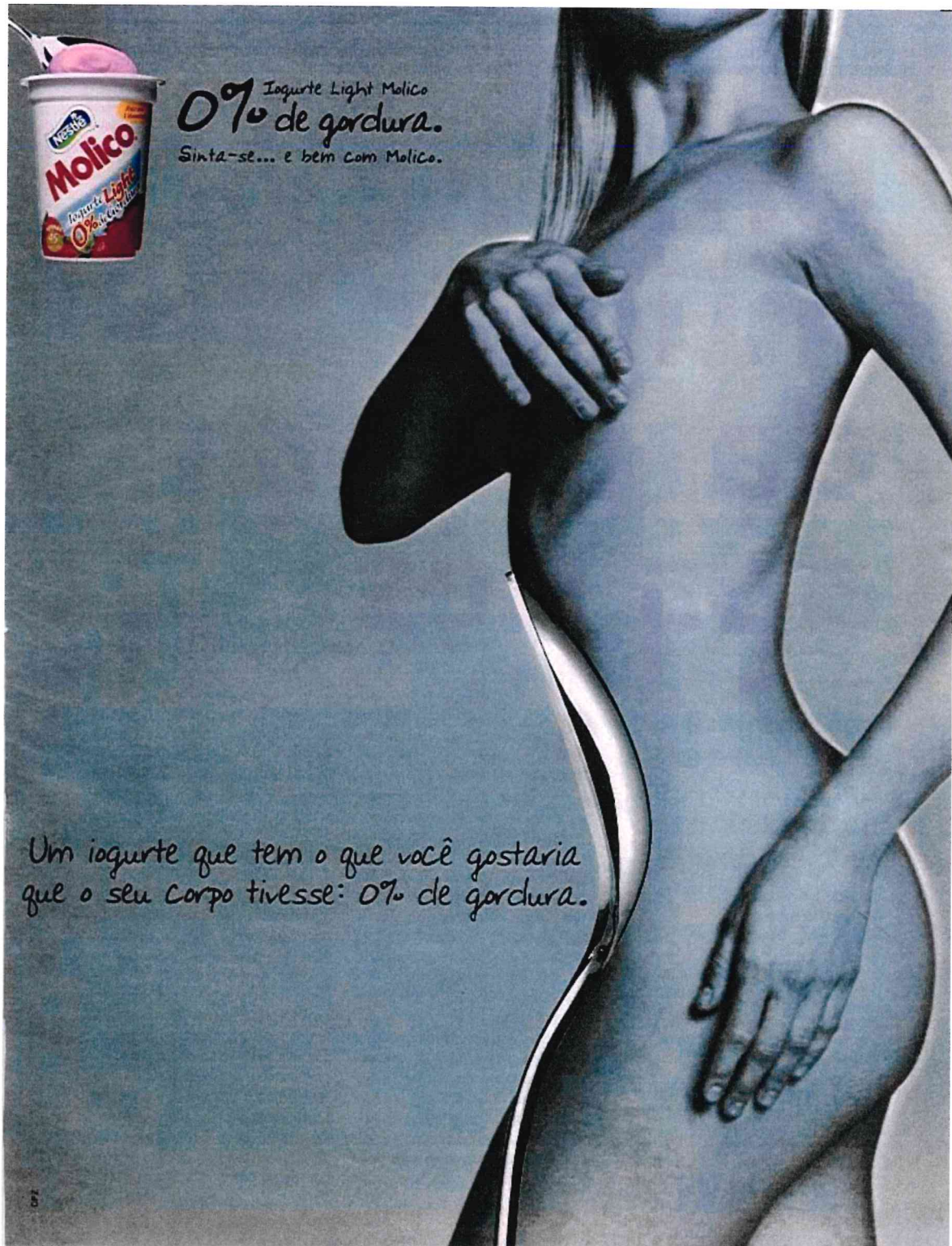
The advertisement features a woman with long dark hair, wearing a black backless dress, looking over her shoulder. The text 'Felicidade é entrar num vestido P.' is overlaid in a large, white, serif font. Below this, smaller text reads: 'Um copo de Diet Shake tem 40% das necessidades diárias de vitaminas e minerais e apenas 110 calorias. Com Diet Shake você perde peso sem passar fome.' In the bottom left corner, the 'NUTRILATINA' logo is displayed in red and blue. Below the logo, it says 'Nutrilatina Atende! 0800-412423. Ligação Gratuita. Solicite catálogo: www.nutrilatina.com.br. Só o Diet Shake se for Nutrilatina. Fique atento às imitações.' In the bottom right corner, there is an image of a Diet Shake product box and a glass of the red shake.

Figura 5: Associação de magreza à felicidade

O mundo das dietas e a indústria do emagrecimento são compostos de livros, revistas, artigos de jornal, programas de televisão, vídeos com exercícios, academias de ginástica, regimes alimentares e cirurgias plásticas (COURTINE, 1995; OGDEN, 1993; TANNENHAUS, 1994). Estas mensagens influenciam o psiquismo, principalmente o feminino, que são os principais alvos, tornando-se vítimas vulneráveis.

“(...) toda doidice da televisão, né, de todo mundo magro, de porangaba, de emagreça tantos quilo, aparelhinho, ela (mãe da depoente) passa o dia em casa assistindo televisão, só vai isso na cabeça magra, magra, beleza, corpo, compre isso, tome isso, passe isso e é um saco” (E. 7).

A indústria da dieta prioriza o capital e ignora os danos à saúde. Através de duas propagandas exemplificamos. Uma delas vende a idéia de que a mulher irá sentir-se bem ao consumir o produto, pois, é “Um iogurte que tem tudo que você gostaria que seu corpo tivesse: 0% de gordura.”. Essa informação nociva, invade o imaginário feminino de nossas mulheres, que ficam fascinadas por essa possibilidade e ficam incansavelmente buscando esse ideal impossível, visto que, não existe um corpo com 0% de gordura. Afinal, temos tecidos e células corporais cujas membranas possuem esse nutriente, além disso, a gordura tem como função a formação de substâncias como os hormônios.



Nestlé
Molico
Iogurte Light
0% de gordura

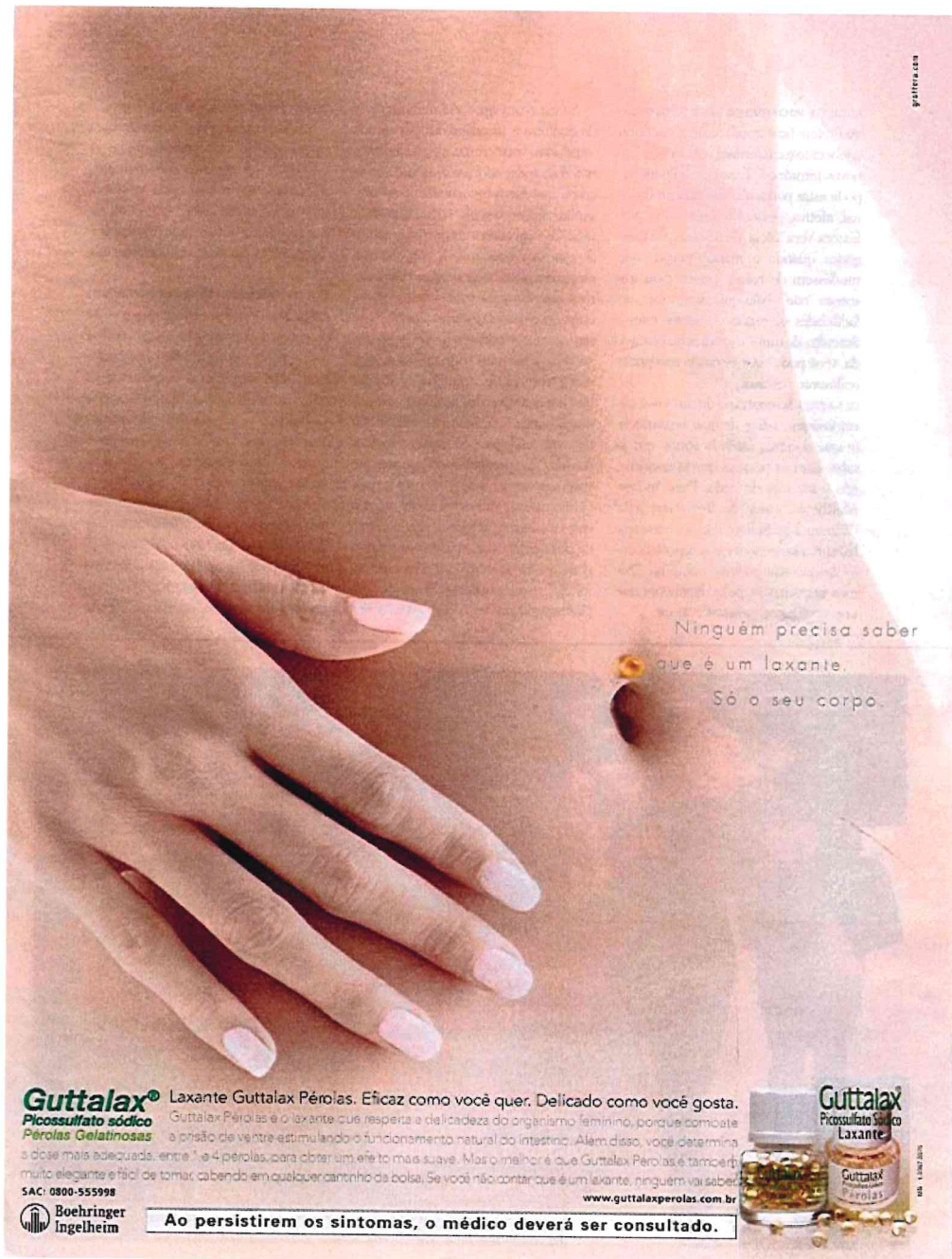
Iogurte Light Molico
0% de gordura.
Sinta-se... e bem com Molico.

Um iogurte que tem o que você gostaria
que o seu corpo tivesse: 0% de gordura.

20

Figura 6: Incentivo à magreza

Outra propaganda vende um laxante (um dos mecanismos purgativos de portadoras de TA), como algo que pode ser usado sem ninguém saber. Vale salientar que os mecanismos de purgação tendem a ser secretos. Além disso, é associado a uma barriga esguia, sendo essa a parte do corpo alvo da mensagem uma das partes mais referidas pelas mulheres nas entrevistas.



The advertisement features a close-up of a woman's hand resting on her bare stomach. A single pill is placed on the skin, with the text "Ninguém precisa saber que é um laxante. Só o seu corpo." (No one needs to know it's a laxative. Only your body.) positioned above it. The background is a soft, warm-toned photograph of the woman's torso. In the bottom left corner, the Guttalax logo is displayed, along with the text "Laxante Guttalax Pérolas. Eficaz como você quer. Delicado como você gosta." and "Guttalax Pérolas é o laxante que respeita a delicadeza do organismo feminino, porque combate a prisão de ventre estimulando o funcionamento natural do intestino. Além disso, você determina a dose mais adequada: entre 1 e 4 pérolas, para obter um efeito mais suave. Mas o melhor é que Guttalax Pérolas é também muito elegante e fácil de tomar, cabendo em qualquer cantinho da bolsa. Se você não contar que é um laxante, ninguém vai saber." Below this is the SAC number "0800-555998" and the Boehringer Ingelheim logo. In the bottom right corner, there is an image of the Guttalax product packaging and a small warning box that reads "Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado." (If symptoms persist, consult a doctor.)

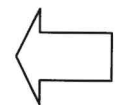


Figura 7: Incentivo ao uso de mecanismo purgativo (laxante)

Vale ressaltar que a preocupação com alimentação, peso e corpo não é exclusiva das portadoras de TA. O ideal de corpo magro, esbelto e atlético é adotado e a imagem obesa é rejeitada e repugnada. Podemos perceber isso, quando 80% das norte-americanas adultas afirmam querer ser mais magras e muitas delas já fazem algo visando esse objetivo (TANNENHAUS, 1994).

“O medo da gordura permeia toda a nossa sociedade” (TANNENHAUS, 1994, p. 9).

O medo de engordar é apontado como sendo algo coletivo, que povoa o imaginário feminino. Esta significação é reforçada pelas depoentes.

“Várias pessoas têm certa preocupação com o corpo, eu vi muita menina que fica assim fissurada naquilo, no corpo, no corpo, no corpo eu acho que muita gente” (...) *“Com certeza, acho que não é só eu, não é só a pessoa com anorexia, acho que é muitas mulheres em geral e muitas mulheres assim pensam que não têm o quadro de anorexia, mas existe aquela coisa psicológica” (...)* *“Porque assim em geral e até pelo assunto que a gente conversa, conversa entre eu e minhas amigas você nota.” (...)* *“Às vezes de uma hora pra outra “Ah mulher eu tou gorda” “Ah eu engordei (...)* *um assunto entre mulheres uma coisa normal e você nota realmente que toda mulher tem preocupação (...)* *Em relação ao corpo ” (...)* *“O pior é que é, não adianta assim, tanto o pessoal da tarde como o pessoal da manhã (...)* *realmente que não é nem você em si, mas é um assunto mesmo que acho que até toda a humanidade fala disso e sempre tem a preocupação.”* (E. 1).

“Eu fui em um (endocrinologista) (...) que tava na moda lá em Brasília a gente ia, um monte de mulher ia e eu ia também”(E. 3).

“(...) Eu achei engraçado que tinha uma meninazinha ontem lá na sala filha de uma funcionária e chegaram as pamonhas delícia, né, quentinha aí abriram lá e aquele cheiro de (...) aí a mãe chegou pra menina e a menina é gordinha você tá comendo demais, quantos pedaço você comeu? A outra dizia olha aí, isso engorda, as velha e eu dizendo olha nada engorda não, não tem nada que engorde(...) o que engorda é a quantidade e ela olhou assim pra mim como se desse assim um certo alívio, eu digo tudo engorda e tudo pode emagrecer depende e a menina assim e eu olhei e coitadinha minha filha você é freguesa dos problemas porque tua mãe já nhe, nhe, nhe, ô coisa chata que você tá comendo aqui saboreando e todo mundo mandou comprar e quando você come mais um pedacinho. Olha! O que é comida ou veneno?” (E. 7).

Esse achado aponta um fenômeno coletivo, propagado através da mídia e das relações familiares e sociais. Parece-nos que a sociedade incorpora esses padrões e ignora seus danos, bem como, o sofrimento que desencadeia no vivido de nossas mulheres portadoras de TA.

MALYSSE (1998) no artigo “Em busca do corpo ideal”, aborda a construção do corpo feminino, considerando a zona sul carioca (RJ). Demonstra a ritualização na fabricação de uma aparência física, marcada pelas mensagens culturais, em que a valorização do corpo é crescente e a beleza física considerada, a princípio como um dom (dádiva), passa a ser entendida como o resultado de um trabalho sobre si mesmo, através de dietas, atividade física e cirurgias plásticas. Portanto, o corpo natural, passa a ser um corpo artificial, sendo a mulher, a responsável pela sua aparência física. Além disso, *“este corpo assim “malhado”, tornou-se um instrumento graças ao qual as mulheres buscam integrar-se em uma sociedade profundamente masculina ”* (p. 17).

Utilizando outra mensagem publicitária, verificamos que um produto dietético é associado a um corpo magro (sem rosto), o que, segundo esta, é a melhor maneira de conquistar um homem. Percebemos a inversão de valores, no qual a mulher resume-se a uma barriga “sarada”.

The advertisement features a close-up photograph of a woman's midsection, showing her navel and the curve of her waist. The background is a soft, warm-toned skin texture. In the top right corner, there is a logo for 'menoscal' featuring a stylized figure of a person in a dynamic pose within a square frame, with the word 'menoscal' written vertically to the right. Below the logo, the text reads 'A marca saudável.' and 'SAC 0800 418110'. On the right edge, the word 'estrutura' is written vertically. The central text, in a clean sans-serif font, says 'Você pode ter a barriguinha que muitos homens gostam.' Below this, another line of text reads 'Ou o corpo que todos os homens adoram.' The main body of text describes the product's benefits: 'Todos os olhares vão ser para o seu corpo. Com **MENOSCAL À BASE DE CEREAIS, FIBRAS E FRUTA** você emagrece de uma forma mais saudável. Com nutrientes balanceados, tem 33% das necessidades diárias de vitaminas e sais minerais. As fibras contidas regulam o sistema intestinal, melhorando a pele. São 3 sabores que acompanham a alimentação: maçã, banana e laranja. Portanto, beba Menoscal e faça exercícios regulares. Você vai notar a diferença já no primeiro olhar que receber.' At the bottom, a row of various Menoscal product packages is displayed, including boxes of cereal, a bottle of liquid, and a cup of cereal. Below the products, the text reads 'MENOSCAL À BASE DE CEREAIS, FIBRAS E FRUTA. O ALIMENTO QUE FAZ SEU CORPO FICAR BEM.'

Figura 8: Associação de magreza à conquistas e aceitação 1

A crueldade destas mensagens é ainda maior nesta outra propaganda.

The advertisement features a central photograph of a woman in a white bikini, posing in a bedroom. The photo is framed with a scalloped, torn-paper edge. Below the photo, the text reads: "Nunca mais faça sexo de luz apagada. Com os produtos Nutrilatina é mais rápido e saudável entrar em forma. Eles são ricos em vitaminas, fibras, proteínas e minerais, e têm deliciosos sabores. Assim você perde peso, sem perder o prazer de comer." At the bottom, there is a row of product packages: "MAGRELINA", "TOP Model Milk", "DIET SHAKE", "SopaLev", and "NutraLev". The Nutrilatina logo is prominently displayed on the right, with the tagline "O jeito mais gostoso de entrar em forma." Vertical text on the left side of the ad includes "Nutrilatina Avenida 0800-417423. Ligação Gratuita. Salicete código: www.nutrilatina.com.br" and "Bering & Bering" at the top left.

Figura 9: Associação de magreza à conquistas e aceitação 2

Analisando as propagandas televisivas, bem como, as veiculadas em *outdoors* e nas inúmeras revistas femininas, fica evidente uma imposição de um padrão corporal que ignora os aspectos genéticos e discrimina quem não os possui.

Essas campanhas apelativas nos preocupa. Consideramos que faz-se necessário uma remodelação desses valores, visto que muitas de nossas mulheres estão adoecendo e algumas delas chegam à morte, quando na verdade estão buscando a VIDA nessa sociedade atual, que propõe que devemos ser magras.

FIELD et al. (1999) realizaram um estudo de *coorte prospectivo* com 6982 mulheres com idade entre 9 e 14 anos durante um ano (1996 e 1997). No início (1996), referiram não usar o vômito ou laxante para controlar o peso. Durante um ano de *follow-up*, 74 delas começaram a usar, no mínimo uma vez por mês, o vômito ou laxante para controle do peso. Os resultados do estudo demonstraram que a mídia popular é parcialmente responsável por criar objetivos de peso e corpo irreais para mulheres jovens e adolescentes, onde, os pesos impostos são severamente baixos para a comunidade médica. As atrizes e modelos veiculadas são extremamente magras e suas fotos impactantes. Estas, por sua vez, exercem influência, aumentando o risco para o desenvolvimento de comportamentos bulímicos, como uso de vômitos ou laxantes para o controle do peso.

Nossa depoente fala sobre esse fenômeno, apontando a mudança do padrão corporal para as mulheres, o qual considera “inatingível” para a maioria. Ao seu ver, a obtenção deste ideal, principalmente em determinado momento do ciclo vital, só ocorre com a pessoa toda “remendada”. Aqui fica claro uma insatisfação com os padrões de beleza atuais, em que a cirurgia plástica finda sendo indispensável.

“Eu já me sinto assim enjoada porque eu sei que é inatingível, uma ali outra pessoa acolá atinge e eu não sei nem por quanto tempo essa pessoa vai atingir aquilo uns seis meses a que esforço, que às vezes você lê por aí que a mulher come uma laranja, meia laranja, ou uma folha de alface, isso é normal? Pra mi aí eu digo: pô não dá mais, não dá, isso é loucura e

*um saco também, onde você anda é o povo falando nisso, eu pego amiga minha vai fulaninha umas bandagens, crioterapia, (...) (hoje) não escuto mais e o pessoal fala de regime eu saio porque eu não agüento mais isso, minha cabeça não agüenta mais.” (...) “Acho um saco, um saco é muito melhor como antigamente que as mulheres podia ficar tudo gordinha, tranqüila, bem satisfeita dentro de casa.” (...) “E hoje é tudo magra, correndo, malhando, suando, porque eu vejo assim que não era a toa que antigamente eu olhava pra todas minhas tias e todas eram mais rechonchudas por uma questão hormonal, questão de ter três, quatro, cinco filhos então isso é o padrão normal da mulher, mesmo que ela se alimente normal esse acúmulo de gordura pelo processo de amamentação, de engravidar você nunca perde tudo, você nunca mais fica com a barriga perfeita, uma musculatura definida, depois de quatro filhos, isso é que é o normal, você até olha pra uma gata que teve um bocado de filho e a barriga dela não é mais da outra gatinha novinha (risos) porque ela já teve um bocado de filho e o corpo se modifica com o tempo, não adianta você **querer ter 50 anos com o corpo de 16, 17 anos não dá.**” (...) “Se eu tiver 50 anos e quiser ter corpo de 18 você **vai tá toda remendada.**” (E. 7).*

Através das entrevistas identificamos uma preocupação coletiva, em que o incentivo à dietas e a pressão para magreza ocorrem através dos diversos veículos de comunicação. Sem dúvida, este é um dos fatores que contribui para a gênese dos TA's, devendo, portanto, ser considerado a nível preventivo e terapêutico.

Adiante veremos como se deu a assistência profissional dessas mulheres. Destacaremos o desconhecimento dos profissionais de saúde, como uma das dificuldades percebidas. Em seguida, demonstraremos como estas mulheres analisam o tratamento interdisciplinar que recebem e a assistência nutricional baseada na reeducação alimentar, na qual não ocorre a prescrição de dietas.

b) Assistência profissional

Nesse capítulo, abordaremos como se deu a suspeita inicial do quadro e a busca por tratamento. A maioria de nossas mulheres apontam como uma das dificuldades o desconhecimento dos profissionais e, conseqüentemente, as condutas inadequadas. Também analisaremos o momento do diagnóstico do quadro clínico e a conduta terapêutica através de uma equipe interdisciplinar. Buscaremos nos aprofundar na abordagem nutricional, uma vez que essa é a nossa formação acadêmica e área de atuação clínica.

Sobre esse assunto encontramos na literatura que geralmente as pacientes negam seus sintomas e recusam a internação. Daí a necessidade de uma boa aliança terapêutica com a família e com a paciente (NUNES et al., 1998, SILVA & SILVA, 1998).

Em comparação com os anoréxicos, os bulímicos têm um peso corporal na faixa de normalidade e tendem a apresentar uma imagem corporal menos distorcida, sendo mais conscientes de que seu comportamento, embora secreto, é aberrante, aceitando, assim, melhor o tratamento e buscando-o espontaneamente (DROSSMAN, 1993; HERSCOVICI, 1997; ZAVASCHI, 1988).

Pelos relatos observamos que a busca por tratamento ocorreu por meio de uma demanda pessoal e/ou familiar. De modo geral, as pacientes mais novas, que ainda vivem com os pais, chegaram ao tratamento trazidas pelos familiares, principalmente, pelas mães.

“Com certeza minha mãe porque ela toda vida fazia alimentação e que acompanhava e ela toda vida menina tu não tá comendo nada aí ela sai pro colégio e merenda, aí eu não merendava.”(...) “(...) aí minha mãe foi pro Dr. H. que é o médico da minha família e ele foi me consultar e tudo bem, aí ele me encaminhou a você ” (E.1).

“(...) minha mãe começou a notar isso também (restrição alimentar), eu fui pra psicóloga” (E. 2).

“(...) minha mãe não achou certo e me levou pra uma psicóloga que tinha lá perto num colégio e ela pegou e disse que não era caso pra ela resolver porque eu tinha que ser acompanhada por outros médicos, aí tudo bem, a mãe pediu pra uma amiga dela marcar a consulta (no CETRATA).” (E. 5).

“(...) até que o pessoal lá em casa despertou aí resolveu me levar pra um monte de psiquiatra e começou a estória psicólogo, médico ” (E. 6).

O que nos chamou atenção, foi o fato de uma das depoentes com quadro de anorexia nervosa ter decidido por conta própria buscar auxílio terapêutico, tendo em vista que as anoréxicas são mais resistentes.

“Aí eu, eu não quero mais diminuir senão daqui a pouco vou sumir (...) eu acordei de manhã e não dá mais, tenho que ir um endocrinologista uma pessoa que passe uma dieta pra mim, que mantenha meu corpo, tudo bem a gente foi na endocrinologista” (E. 6).

Entretanto, não ocorreu adesão ao tratamento e esta mulher continuou seu sofrimento, tendo sido posteriormente, já mais comprometida buscando outros auxílios.

Já as pacientes mais velhas e que viviam de modo independente, reconhecem seu comportamento como “anormal” e buscam o tratamento por conta própria.

“(...) aí foi que eu fiquei dizendo, E. (cunhada) eu vou procurar uma pessoa e aí E. falou de você, porque você não pode dizer pra uma pessoa que você não pode parar de comer porque a pessoa te acha louca, mas é uma coisa muito ruim essa relação com comida” (E. 3).

“(...) agora que foi se agravando mais eu comecei a procurar médico e todo mundo preocupado comigo e todo mundo preocupado.” (...) “(...) então aí eu procurei a nutricionista, (...) ela disse que não podia me ajudar, que o único lugar que eu podia encontrar ajuda era no CETRATA” (E. 4).

“(...) eu fui procurar a primeira ajuda ” (E.7).

A suspeita do quadro de TA não foi facilmente aceita por essas mulheres, talvez até por sua história anterior de obesidade e todas as vivências traumáticas decorrentes do peso já apontadas.

“Não, eu não me imaginava e eu já ouvi falar muito de anorexia, bulimia e já sabia o que era, mas eu nunca imaginava que isso ia acontecer comigo, nunca, nunca, nunca, nunca.” (...) “Eu fiquei assim: eu tou com isso! Meu Deus do céu logo eu, eu fiquei assim meio, como é que pode” (...) “(...) valha meu Deus do céu como é que isso foi acontecer comigo? Eu anorexia gorda daquele jeito e agora com anorexia e fiquei magra, aí fiquei não, meu Deus do céu ”(...) “(...) o Dr. J., pneumologista (...) falou você tá muito magra, cuidado se não você vai ter anorexia e você não tá com isso não né? Não, eu anorexia nunca, nunca, nunca.” (E. 1).

Apesar de haver uma suspeita inicialmente, nenhuma providência foi tomada e a paciente progrediu no quadro clínico, agravando e desenvolvendo outras seqüelas. Vale ressaltar que não foi comum nem mesmo uma suspeita a esse nível. Na maioria dos casos, os profissionais (médicos, psicólogos e nutricionistas) não consideraram os sinais clínicos e comportamentais.

Ainda relacionado à busca por tratamento, podemos ver diagrama 32, aspectos relacionados a desconhecimento profissional como dificuldade percebida pelas depoentes.

Diagrama de Significações 32: O Desconhecimento na Busca por Tratamento Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

→ “Foi, aí eu fui pra ginecologista ” (...) “Porque eu não estava menstruando (...) eu fui na cardiologista porque (...) as batidas do coração estavam lenta aí ele encaminhou uma serie de exames o Dr. S. encaminhou, aí ele disse que podia ser uma coisa natural mesmo e que não podia mexer em nada.” (...) “Não (suspeitou de anorexia), ele disse que podia ser ou em relação a alimentação ou eu já tinha nascido com aquilo e uma coisa assim natural e não era caso de operar e botar marcapasso, (...) aí minha mãe pegou e a gente foi pro Dr. J. aí Dr. J. encaminhou à cardiologista (...) e ela disse a mesma coisa, que podia ser em relação a alimentação ou uma coisa assim normal mesmo.” (...) “(...) aí fui no outro e o médico disse a mesma coisa.” (...) “(...) a minha mãe levou uma vez pra ginecologista (...) aí foi que ela passou um remédio pra tentar assim estimular a menstruação.” (...) “Não (suspeitou de anorexia), ela não chegou nem a falar em anorexia não.” (...) “É (Ela prescreveu um medicamento para) induzir a menstruação.” (...) “Não cheguei a tomar medicamento, recuperei a menstruação só com alimentação ” (E. 1).

→ “ Foi muito bom doutor O. (psiquiatra), mas ele não tratava minha bulimia ” (E. 4).

→ “(...) a gente foi na endocrinologista e chegando lá o que ela disse: “essa menina vai morrer, tem que fazer tudo que é exame nela que essa menina tá com AIDS, pode tá com câncer ” (...) “(...) e começou a me assustar e dizer um monte e eu fiquei assim louca, desesperada.” (...) “Não (suspeitou de anorexia), ela falou que eu tinha tudo que era doença, ela falou câncer, AIDS, tudo que eu tava correndo risco de vida, que eu podia tá viva e amanhã já podia acordar morta, aí isso me assustou, me assombrou e fiquei longe de médico e não quero ir nunca mais, todos os papéis rasguei, joguei no lixo, aí passou março, abril e quando foi em maio eu fui em outra nutricionista aí tomei, comecei a melhorar, comecei a diminuir menos, só que ainda continuava fazendo assim algumas restrições (...) eu continuava a diminuir e a nutricionista cada vez mais aumentava o tamanho das minhas alimentações e até que chegou um ponto que não deu, aí de manhã eram dois copos de requeijão de vitamina aí nessa vitamina tinha duas a três frutas, três colheres de sustentem, mel e açúcar era assim um absurdo fora dois sanduíches de pão de forma, cada um com duas fatias de queijo e duas fatias de presunto aí já não dava mais, aí parei.” (...) “Não (conseguia comer), aí lanche ela mandava dois copos de salada de frutas com meio copo de sorvete com duas bolas de sorvete em cada e leite condensado e nada; na hora do almoço seis colheres de arroz, seis de feijão, quatro de macarrão e duas de farofa, mais suco, mais fruta, mais doce e eu não conseguia e aí deixei.” (...) “Aí veio mais uns três psiquiatras; teve um que eu fui que disse que eu não tinha anorexia não tinha nada e tava tudo normal; teve outro que eu fui que disse a mesma coisa; teve outro que eu fui que disse que eu era meio louca que tinha que ser internada (...) até que em janeiro ela se juntou com a cardiologista e resolveram me internar e passa uns dez dias, que pra ela eu não sei porque ela me via uma louca ‘sua filha tá louca’.” (E. 6).

→ “Quando eu me levantava igual uma sonâmbula e eu sabia que aquilo não era normal era alguma coisa, então eu fui procurar a primeira ajuda a pessoa não tinha conhecimento nenhum, aliás eu corri mundos aqui em Fortaleza e não consegui ninguém que tivesse um mínimo de conhecimento.” (...) “Péssimas (as experiências de tratamento), péssima, eu saí com abuso do médico e com vontade de chegar pra ele e dizer assim : Doutor, pelo amor de Deus, já sai em revistas pelo amor de Deus não faça isso comigo não.” (...) “Não, o médico dizia e passava por cima, eu tentei e eles não queriam nem me ouvir, nem ouvir “ Ah tente com força de vontade”, ora até uma psicóloga me disse isso você tem que ter força de vontade (pausa). No momento em que ela disse isso eu comecei a, eu digo não é por aí não ” (...) “(...) ela não tinha conhecimento, o meu assunto era novíssimo pra ela” (...) “(...) até minha cardiologista me forçou e queria que eu fosse pra nutricionista dela e que a nutricionista dela não tinha quem não emagrecesse com a nutricionista dela e eu disse que não ia e ela ficou com raiva de mim como se eu tivesse abortando o tratamento dela, eu ainda tentei dizer pra ela que o meu caso não era a nutricionista maravilhosa dela e que meu caso era mais complicado “ Ah mais você vai”, quer dizer até os médicos às vezes não tão aberto pra isso né ou então pra entender.” (...) “Eu sinto (falta), até numa cardiologista até porque coração é uma das conseqüências porque você engorda demais e bate lá no coração, eu sinto que ela assim, dos cardiologista ela foi a melhorzinha que eu fui e mesmo assim eu ainda fiquei chateada porque ela não me pediu nada, esteira não me pediu nada disso (...) ela tá muito mais preparada pro cigarro do que pra obesidade que não seja por comidas.” (E. 7).

Aqui fica claro a dificuldade dessas mulheres portadoras de TA, no que se refere a serem ouvidas e tratadas, o que faz com que passem pelos mais diversos especialistas em busca de assistência. Nos casos de AN, nem mesmo os sinais clínicos, como amenorréia e bradicardia, serviram para que os médicos pelo menos suspeitassem do quadro. Já nos casos de TCC, os profissionais “não queriam nem ouvir” e referiam-se ao comportamento e à obesidade como sendo “falta de força de vontade” e nada que uma “boa nutricionista” não pudesse resolver com uma boa dieta. Mais uma vez fica evidenciado o desconhecimento, afinal, a prescrição de dietas é contra-indicada para as portadoras de TA (ALVARENGA, 1997; BRAGA, 1998; SOUTO, 1999), pois reforça os componentes obsessivos e proibitivos já existentes.

Desse modo, o desconhecimento faz com que fiquem sem assistência e quando têm são submetidas a condutas inadequadas, que muitas vezes, agrava o quadro. Paralelamente, inexistente um espaço de diálogo dos pacientes e familiares com os profissionais, o que dificulta a formação de um bom vínculo terapêutico com todos os envolvidos, visto que essas mulheres precisam ser compreendidas e apoiadas e para isso faz-se necessário um ambiente afetivo e harmônico.

Confirmamos em nossa pesquisa as assertivas de ANDRADE (2000), quando este se refere a três momentos de desamparo. O primeiro na infância, quando vivenciam situações humilhantes e traumáticas, o segundo decorrente da cultura do consumo, que impõe um modelo de corpo “ideal” e por fim, o desamparo que vivem quando buscam auxílio terapêutico e não são compreendidas.

CAPRARA & FRANCO (1999) discutem a relação médico-paciente, apontando a necessidade de humanização da medicina, onde deve ser estabelecida uma relação empática e participativa, que permitam transcender a concepção biologicista, que prioriza o

suporte técnico- diagnóstico e considere a história pessoal, analisando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais envolvidos, promovendo, assim, apoio aos pacientes.

Após todas as dificuldades enfrentadas na busca de assistência, finda ocorrendo o diagnóstico do TA, geralmente quando o quadro já está mais grave e com comprometimentos maiores. No diagrama 33 ilustramos esse momento.

Diagrama de Significações 33: O Diagnóstico de Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “(...) eu fui primeiro na Dra. M. a psiquiatra aí ela falou: não você tá com anorexia e eu fiquei logo foi assustada, você tá com anorexia (...) Minha tia e minha mãe ficaram preocupadas aí a gente recorreu a você e o Dr. H. (clínico) tinha dado o nome dos psiquiatras aí minha mãe ligou pra A. L. (psiquiatra) e eu fui ” (...) “Foi, aí iniciei o processo com você e com ela.” (E. 1).

→ “Quando você me falou eu já tava tão saturada que eu acreditei logo ” (E. 3).

→ “Aqui, eu descobri aqui (CETRATA).” (E. 5).

→ “Quem primeiro deu foi a nutricionista, que eu fui e passou a dieta doida ” (E. 6).

A dificuldade de reconhecimento desses quadros e a peregrinação dessas mulheres é referida (ANDRADE, 2000, ANGEL & VASQUEZ, 1995). Com essa investigação, ficou evidente o despreparo de alguns profissionais (médicos, psicólogos e nutricionistas) para lidar com esses quadros, através de um desconhecimento técnico, dificultando o diagnóstico e, conseqüentemente, uma conduta terapêutica inadequada. Pela narrativa abaixo percebemos como a depoente aponta a necessidade de mais profissionais capacitados a tratarem dos TA's que, ao seu ver, apresenta a dificuldade quando se refere a compulsão, tendo em vista que existe a ingestão (excessiva) de alimentos e a doença é encarada como não alimentar-se.

“(...) importante é que a gente consiga e que tenham mais profissionais que entendam disso, porque é muito difícil você ter um problema desse e

ter uma enorme culpa, que a gente tem uma culpa tamanho do bonde, a culpa porque não resolve os problemas da família e a culpa porque tá desse jeito e fica mais desse jeito porque tem culpa e tem culpa porque fica desse jeito e a gente não encontra ajuda não.” (...) “É muito difícil tratar compulsão, porque o negócio é tratar uma pessoa que tá doente e você não tá doente se você tá comendo, porque a primeira coisa que pessoa faz é parar de comer quando tá doente e eu sou uma pessoa que quando tou doente como.” (E. 3).

Outra dificuldade surgida é a dificuldade do tratamento interdisciplinar, sendo a abordagem através de uma equipe especializada, imprescindível, para que assim, as diversas necessidades possam ser atendidas (ALVARENGA, 1997; CORDÁS, 1998; GRANDO, 2000; SOUTO, 1999).

“Não, tudo junto não, mas sempre tive nutricionista, psiquiatra, psicóloga, endocrinologista, tudinho.”

(Mas não eles trabalhando juntos?)

“Não.” (E. 6).

Quanto à abordagem nutricional, constatamos algumas inadequações. Apesar de alguns nutricionistas diagnosticarem o TA, não apresentam-se capacitados a acompanharem tais pacientes. Exemplificamos esse fato através das falas:

“(...) porque eu passei por N endocrinologistas, eu já tive até que ir duas ou três vezes à nutricionista do hospital, e ela fazia aquilo, aí aquele papel, me dava também, “vá na nutricionista que ela faz a dieta” eu não vou mais não” (E. 3).

“Quem primeiro deu foi a nutricionista, que eu fui e passou a dieta doida e tal.” (...) “Não (foi adequada a conduta dela). Ela sabendo que eu tava com anorexia, ela passou dieta.” (...) “(...) e não conseguia. Não conseguia seguir a dieta, não conseguia.” (E. 6).

Ficou demonstrado a peregrinação, a demora do diagnóstico dessas pacientes em busca de tratamento adequado, bem como a adoção de condutas inadequadas, o que também é referido por outros autores (ANDRADE, 2000, ANGEL & VASQUEZ, 1995),

um dado preocupante considerando que o diagnóstico precoce favorece o prognóstico e facilita o tratamento (RIBEIRO et al., 1998).

Na entrevista solicitamos que a depoente avaliasse o tratamento atual. Lembramos aqui, que todas elas são acompanhadas por uma equipe interdisciplinar, tanto as que recebem assistência a nível público, quanto as de nível privado. Nos deteremos mais à abordagem nutricional, buscando confrontar o paradigma tradicional (dietas) com a abordagem utilizada (reeducação alimentar).

Apesar dos avanços, o tratamento continua apresentando dificuldades e desafios, dependendo do estágio e da severidade do problema. Devido sua complexa etiologia, é consensual a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, devendo incluir intervenções nutricionais, médicas (psiquiátrica e clínica ou endocrinológica) e psicológicas que trabalhem em coesão (APA, 2000; ALVARENGA, 1997; MAYO, 1988; DROSSMAN, 1993; FRANKLE et al., 1993; HERSOVICI & BAY, 1997; NUNES & ABUCHAIM, 1995b; NUNES & ABUCHAIM, 1998; NUNES et al., 1998; SILVA & SILVA, 1998; SOUTO, 1999).

A adequação da abordagem e dos profissionais envolvidos na equipe foi referida por todas, sendo destacada a necessidade do acompanhamento psicológico. Podemos constatar esse achado, observando o diagrama 34.

Diagrama de Significações 34: Avaliação do Tratamento Interdisciplinar Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001

→ “(...) eu pensava que o tratamento era feito só com um especialista assim no caso o nutricionista, eu pensava que era só o nutricionista que ia dá uma coisa e resolver o peso. Eu concordo com o tipo de tratamento que tem que ter a parte psiquiátrica, tem que ter a parte nutricional e tem que ter a parte clinica e concordo que juntos isso é essencial pra melhorar a doença, pra superar a doença, eu acho que é o certo mesmo ” (E. 1).

→ “Eu acho que não dá só você querer que a pessoa recupera o peso, porque todo mundo fica preocupado assim de querer recuperar o peso sem ter apoio psicológico, psiquiátrico também porque tem psiquiatra que age também fazendo psicoterapia, mas eu acho que tem fundamental importância ter acompanhamento psicológico.” (E. 2).

→ “Eu acho que um tratamento de compulsão alimentar é muito difícil e eu acho que o tratamento tem que ter mesmo o psicólogo e psicólogo bom e não pode ter é um médico, se ele não souber, porque a minha grande dificuldade de ir pro psiquiatra porque eu achava que ele não ia entender quando eu falasse em compulsão alimentar.” (E. 3).

→ “Eu considero que esse tratamento tem que ser (com) (...) as pessoas que já estão me ajudando (psicóloga, nutricionista, psiquiatra)” (E. 4).

→ “Tudo que tem aqui.” (...) “Tem uma nutricionista que se preocupa como tá a minha alimentação que é você, tem uma psicóloga que sempre tá assim por dentro do que tá acontecendo, porque é que eu não tou comendo, porque aquilo, o que tá acontecendo em casa ou por que é que eu tou com depressão, porque eu tou chorando, porque eu tou feliz, porque eu tou triste; eu tenho o F. psiquiatra que sabe qual é o tipo de medicamento que eu tenho que tomar, se vai melhorar minha situação, se eu vou ficar melhor.” (E. 5).

→ “Eu acho que psicólogo é fundamental, nutricionista, psiquiatra, não sei se endocrinologista.” (E. 6).

→ “Eu tava dizendo se não for agora, ou vai ou racha ” (E. 7).

A necessidade da equipe interdisciplinar para assisti-las foi referido por todas. Sendo assim, elas corroboram com o que a literatura preconiza.

Isso se deve ao fato de que a etiologia dos TA's é multicausal e, conseqüentemente, interfere em diversos setores. Sendo as alterações a nível:

1. **Clínico:** lanugo (pêlos finos que recobrem a pele do rosto e de outras partes do corpo); pele seca; hipotermia (intolerância ao frio); queda de cabelo; olhos fundos; bradicardia (coração bate mais lentamente); hipotensão (pressão baixa);

edema (inchaço); arritmias; insuficiência cardíaca congestiva; parada cardíaca; anemia; leucopenia (diminuição da defesa do organismo a infecções); problemas de coagulação; motilidade gástrica lentificada; pancreatite; alterações de enzimas do fígado; alterações da função renal; diabetes insípido; hipotireoidismo; alterações menstruais; amenorréia (falta da menstruação); osteoporose; inflamação do estômago, esôfago ou faringe (esofagites, gastrites, úlceras); fraqueza e cansaço; desmaios; hipertrofia das parótidas (aumento das glândulas); dor abdominal; cólicas; náuseas; diarreia; constipação; hematêmese (vômitos com sangue); incontinência fecal; inflamação anal; câimbras e dores musculares; hérnias; sinal de Russell (calo no dorso das mãos); deficiência de vitaminas e sais minerais; problemas dentários (doença gengival, erosão do esmalte dentário, cáries, perda de dentes); diminuição ou interrupção do crescimento; dependência de substância (laxantes, diuréticos); problemas com a deglutição; índice metabólico reduzido; problemas com sono.

2. **Emocional:** depressão; tentativas de suicídio; irritabilidade; transtornos obsessivos e compulsivos; ansiedade; transtorno do humor; transtorno bipolar; alexitimia; transtorno de personalidade; transtorno dissociativo; fobia social; dependência de drogas e álcool; isolamento.
3. **Nutricional:** oscilação de peso; desnutrição; obesidade; comportamentos alimentares “anormais”; práticas inadequadas de controle de peso; dificuldade de distinguir fome e saciedade; uso inadequado dos alimentos; mitos e tabus alimentares; objetivos irrealistas de peso. (CORDÁS et al., 1998; BILLIET, 1997; BUCKROYD, 2000; CORDÁS, 1999; HERSCOVICI, 1997; KAPLAN, 1997; TANNENHAUS, 1994; YUNES et al., 1993).

Como podemos perceber, as seqüelas são inúmeras e quanto antes o tratamento adequado for iniciado, melhor para o prognóstico.

No tratamento da AN objetiva-se a restauração nutricional, com alívio das complicações clínicas (caquexia, desidratação e desequilíbrio eletrolítico), bem como, mudanças dos fatores psicológicos e ambientais que promovem o comportamento

anoréxico, sendo indispensável o tratamento familiar (DROSSMAN,1993; KAPLAN, 1997; MAYO, 1988).

A maioria é tratada a nível ambulatorial indicando-se hospitalização na ocorrência de perda de peso rápida e excessiva, fracasso na reposição de peso, desequilíbrio metabólico grave e depressão grave com risco de suicídio ou associada a psicose. O êxito no tratamento depende do diagnóstico precoce, requerendo uma abordagem prolongada e nem sempre bem sucedida. É descrita uma recuperação total de 35 a 88% dos casos (CORDÁS, 1995, NUNES & ABUCHAIM, 1995b) e aproximadamente 5% evoluem para morte (NUNES & ABUCHAIM, 1995b).

A hospitalização objetiva a correção das complicações médicas, a reposição de peso e a mudança de hábitos alimentares, bem como dos pensamentos distorcidos e das práticas inadequadas de controle de peso (NUNES et al., 1998, SILVA & SILVA, 1998).

Apesar do ganho de peso ser fundamental *“a velocidade de recuperação do peso, durante a internação, não assegura de maneira alguma uma boa evolução a longo prazo”* (HERSCOVICI, 1997), sendo indispensável um atendimento ambulatorial após a alta (NUNES et al., 1998).

É importante que o tratamento seja individualizado e que os objetivos sejam esclarecidos aos familiares e à paciente (NUNES et al., 1998).

Pelo relato da depoente (E. 6) constatamos que a experiência da hospitalização não trouxe benefícios que perdurassem. Visto que apresentou-se como uma experiência traumática, o peso repostado no período da internação não foi mantido após a alta e os comportamentos e práticas alimentares não se alteraram.

A paciência é citada como uma das características necessárias para os profissionais envolvidos na terapêutica desses quadros.

“Primeiro tem que ser com pessoas que tenha muita paciência, por exemplo, na minha outra psiquiatra, ela era muito grosseira comigo, ela dizia logo que eu era louca, eu acho que o tratamento assim, pode dificultar mais ainda a pessoa, eu acho muito melhor a pessoa mais calma, com mais paciência eu acho que dá pra resolver mais rápido.” (E. 6).

Como na anorexia nervosa, o bulímico também deve ser tratado através de uma equipe interdisciplinar, que ocorre geralmente a nível ambulatorial. Dentre os objetivos, podem ser citados: educação alimentar; tratamento com medicamentos; terapia cognitivo-comportamental; psicoterapia individual e orientação familiar (CORDÁS, 1995; CORDÁS et al., 1998; DROSSMAN, 1993; NUNES et al., 1998; ZAVASCHI, 1988).

O atendimento da maioria das pacientes ocorre a nível ambulatorial (KAPLAN, 1997), exceto na ocorrência de risco de suicídio; complicações clínicas ou psiquiátricas; gravidade dos comportamentos compulsivos e/ou purgativo e fracasso a nível ambulatorial (HERSCOVICI, 1997; KAPLAN, 1997; NUNES et al., 1998). Sendo a hospitalização necessária em apenas 5% dos casos (HERSCOVICI & BAY, 1997).

Quando for indicada a hospitalização é necessário um ambiente adequado, bem como, uma equipe multidisciplinar treinada para o acompanhamento e supervisão dessas pacientes em todas as atividades. Objetiva-se a melhoria da sintomatologia e de comportamentos inadequados (NUNES et al., 1998).

No TCC, o tratamento deve ser semelhante ao da BN (APPOLINARIO et al., 1995).

Além disso, a coesão da equipe é necessária, uma vez que é comum eles tentarem manipular, “jogando” um profissional contra o outro. Afinal, todos estão ali para impedi-las de prosseguir com seu comportamento alimentar patológico. Para as anoréticas, o controle do peso e do corpo, representa, até então, a única forma de controle e autonomia

em suas vidas. Para as bulímicas e comedoras compulsivas, o modo que encontraram para lidar com suas angustias e dificuldades.

Tendo em vista os aspectos acima e o fato de que os TA's são doenças psiquiátricas (DSM- IV, 1995; CID- 10, 1993; ADA, 1999; APA, 2000), nas quais o alimento possui um conteúdo simbólico, em nossa abordagem nutricional compreendemos essa dimensão e estabelecemos uma conduta baseada na reeducação alimentar.

No diagrama 35 sintetizamos como nossas depoentes avaliam o acompanhamento nutricional que recebem através da reeducação alimentar.

Diagrama de Significações 35: Avaliação do Acompanhamento Nutricional através da Reeducação Alimentar Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

→ “(...) através das suas sessões de nutrição eu pude conhecer os alimentos em si, pude me dar melhor com eles e até receber algumas orientações de transtornos alimentares (...) e podia conversar sobre o que eu tava sentindo, (...) sobre algumas coisas relacionada a minha imagem corporal, ao peso” (...) “No começo eu fiquei muito assim: meu Deus do céu como que eu vou fazer minha própria alimentação, porque eu sempre pensei que dieta tinha que ter prescrição, mas eu já ouvi falar da reeducação alimentar (...) Eu fiquei meio assim apreensiva, mas eu acho que o diário alimentar é altamente essencial, com certeza essencial porque lá você pode anotar as coisas que você tá se alimentando durante o dia e conversar o que tem que melhorar e o que tem que piorar eu acho totalmente essencial (...) acho que foi um dos alicerces também que me fizeram conhecer em relação assim a melhora da doença e eu pude através dele, pude falar o que eu tava sentindo e até às vezes eu nem me imaginava que eu tava sentindo aquilo (...) você anotando você tem consciência de que realmente aconteceu com você.” (...) “(...) diário alimentar e esses exemplos de pessoas com anorexia é muito bom você passar pro paciente (...) muitos panfletos assim do que é a doença como você passou. No começo me passou muitas coisas relacionadas à doença, o diagnóstico clínico mostrando olha aí como você tá com anorexia, você fez esse daqui, esse daqui e assim a pessoa tem uma certa conscientização que tá realmente doente e (...) procura botar na cabeça que aquilo ali é besteira e que ela tem que recuperar e viver normalmente, tranqüila e pensar que a comida é uma coisa assim essencial pra vida e que a gente não tem que ficar se martirizando por causa daquela comida porque tem que comer, porque tem comer e por causa dos alimentos e assim é uma coisa normal e que a gente tem que ficar tranqüila mesmo.” (E. 1).

→ “É e também assim, nada de pelo menos de tudo que eu passei, **nada de tabela, de dieta, de negócio de ponto** que você tem que contar eu acho que nada disso, eu adorei esses diário porque além de você comer você vai escrever do que você tá sentindo que é o mais importante o que você tá sentindo na hora que você tá fazendo o que você tem mais medo naquele momento de comer aí eu acho legal esse tratamento, eu acho bom.” (...) “(...) eu acho ótimo não ter negócio de dieta, porque é horrível eu já vivi uma fase de você viver em dieta você não tem liberdade, você fazendo dieta você não tem a liberdade de como você não tivesse fazendo.” (...) “Exato aí você pode trocar, pode variar se tá errado isso bole nisso.” (E. 2).

→ “Bom, eu acho que tá boa a abordagem, eu acho que a conversa que eu tenho com você (sessão de nutrição) me serve muito, então eu acho que tem poucas pessoas ainda que trabalham com isso e eu me admirei quando achei e eu acho que deve ter gente, principalmente gente da minha idade assim tendo esse mesmo tipo de problema assim, que a gente fica numa confusão e não sabe o que tá tendo.” (E. 3).

→ “Aí é bem melhor, porque passar uma dieta pra mim cheia de coisa que eu não gosto e não vou comer, né, aí é bom que a gente vai comendo o que gosta.” (E. 6).

→ “(...) uma nutricionista de lado dizendo “não existe comida proibida, isso tudo é permitido” (risos), depende da quantidade.” (E. 7).

Pelos relatos acima concluímos que nossas depoentes, independente do diagnóstico de TA, concordam com o tipo de manejo nutricional estabelecido, baseado na reeducação alimentar. Em que a sessão de nutrição, representa um espaço educativo, de esclarecimento e orientação para que elas possam “conhecer os alimentos” com suas características e funções e com isso, aprendem a organizar a “própria alimentação”, onde não existe

“comida proibida”. Portanto, “nada de tabela”, “de dieta” e nem de “contar” as calorias. O objetivo é restabelecer uma relação tranqüila e harmônica com a comida.

Para isso, a base do tratamento nutricional é a reeducação alimentar, pois, feita de maneira adequada esta possibilita o resgate das questões fisiológicas (fome e saciedade) e considera as dimensões subjetivas. Afinal, não podemos centrar no valor calórico e nutricional e esquecermos do valor simbólico que o alimento possui.

Considerando que a dieta, muitas vezes não respeita os hábitos e preferências, esta pode até ser útil para outras patologias, mas sem dúvida, não é adequada para os que encontram-se com um comportamento alimentar comprometido e aspectos emocionais que interferem no ato alimentar. Sendo assim, adotamos o modelo da reeducação alimentar, que preocupa-se com o significado simbólico do alimento e do ato de comer e busca a conscientização e responsabilidade dos pacientes por seus comportamentos e práticas alimentares. Neste paradigma, o diário alimentar é o instrumento utilizado para monitorar a ingestão, bem como, as cognições e sentimentos envolvidos. E, segundo nossas informantes, o diário é “essencial”, uma vez que possibilita uma discussão esclarecedora de acordo com a realidade de cada uma.

A American Psychiatric Association- APA (2000) e American Dietetic Association- ADA (1999) recomendam o tratamento interdisciplinar, onde é imprescindível o acompanhamento nutricional para avaliação e tratamento da anorexia nervosa, bulimia nervosa e formas subclínicas.

Segundo a ADA (1999) a abordagem nutricional tem duas fases: a educacional e a experimental. Na primeira fase, todo nutricionista tem qualificação para prover cuidados, entretanto, apenas os nutricionistas com treinamento adicional e experiência no tratamento de TA, tem qualificação para realizar intervenções nutricionais na segunda fase.

A fase educacional visa fornecer informações nutricionais relacionadas à comida, comportamentos e peso, necessárias para que ocorram mudanças na fase experimental, sendo estabelecido um relacionamento cooperativo (ADA, 1999).

A fase experimental é baseada no aconselhamento, em que as sessões de intervenção nutricional destinam-se ao planejamento alimentar para mudança nos comportamentos relacionados à ingestão de alimentos, comportamentos alimentares e ao peso, devendo haver mudanças graduais. Devido a aproximação do nutricionista com o psicoterapeuta, nesta fase, esse trabalho pode ser chamado de “psiconutricional”, onde o nutricionista da equipe de TA pode ser chamado de “terapeuta nutricional”. O termo terapeuta para os profissionais que trabalham com TA parece adequado, tendo em vista que o vínculo com o paciente é fundamental cooperativo (ADA, 1999).

Cabe ao nutricionista a responsabilidade pelo principal objetivo, a recuperação do peso corporal saudável (uma vez que a desnutrição representa um risco de vida para anoréticas) (NUNES & ABUCHAIM, 1995b), bem como, do restabelecimento de um padrão de alimentação normal (ESPINOSA & BOURGES, 1989). Entretanto, a reposição do peso necessita da aceitação das pacientes, para que sejam evitadas as recaídas. Assim, a reeducação alimentar deve ser a base desse processo. Sendo o objetivo, a reposição de um peso mínimo que a paciente não apresente mais risco de vida, sem, no entanto, a pretensão de engordá-las (SOUTO, 1999).

Inicialmente deve ser realizada a avaliação nutricional, através de uma anamnese alimentar (tipo, quantidade e frequência de alimentos consumidos, horários das refeições, episódios restritivos/ compulsivos, mecanismos purgativos/ compensatórios). A avaliação antropométrica, através de dados de peso, altura, pregas cutâneas e história de perda de peso, além da avaliação das atividades físicas também são imprescindíveis. Daí, orienta-se um plano dietoterápico que inicia-se baseado na ingestão atual e no metabolismo basal,

sendo acrescido semanalmente (ESPINOSA & BOURGES, 1989, BRAGA, 1998). E, semanalmente, ocorre a monitorização através do diário alimentar.

No hospital, as refeições das pacientes devem ser acompanhadas pelo nutricionista ou auxiliar de enfermagem e deve ser realizado um registro da ingestão das mesmas (NUNES et al., 1998). Já no atendimento ambulatorial essa monitorização deve ocorrer através do diário alimentar. O medo mórbido de engordar e a distorção da imagem corporal dificultam o tratamento nas fases iniciais (BRAGA, 1998).

Por isso, a restauração do peso deve fazer parte do contrato com a paciente (NUNES & ABUCHAIM, 1995b) e a mesma deve ser informada quanto a recuperação ou perda do peso (HERSCOVICI, 1997, HERSCOVICI & BAY, 1997). Para isso, é preciso que a paciente confie na equipe e acredite que não objetiva-se que ela engorde e sim que reponha o mínimo de peso para o restabelecimento das funções do seu organismo (SOUTO, 1999).

Deve ocorrer o fracionamento de 6 a 8 refeições/dia, a dieta deve ser rica em fibras, não devem estar presentes alimentos dietéticos e devem ser inseridos, gradualmente, os alimentos que a paciente evita por medo de engordar (NUNES et al., 1998, BRAGA, 1998).

Na bulimia nervosa, a abordagem nutricional deve priorizar a interrupção dos episódios compulsivos e dos comportamentos compensatórios e/ou purgativos, através da reeducação alimentar (BRAGA, 1998).

Primeiramente, deve ocorrer uma avaliação antropométrica detalhada e a orientação deve ser individualizada (BRAGA, 1998).

A reeducação alimentar deve ser a base do tratamento dessas pacientes. Sem dúvida a avaliação antropométrica deve ser realizada, entretanto, o tratamento não deve ser centrado na adequação do peso, exceto quando este põe a paciente em risco de vida, sendo,

mesmo nesses casos, indispensável a abordagem dos aspectos simbólicos para que a paciente possa aceitar a reposição e/ou manutenção do peso. Desse modo faz-se necessário uma inversão paradigmática, visto que a prática nutricional voltada para a adequação do peso corporal e a prescrição de dietas, está pouco atenta para as dimensões subjetivas, negligenciando a experiência do paciente e suas mediações simbólicas (ANDRADE et al., 1999, SOUTO, 1999). Entretanto, é mais rápido e menos desgastante receitar uma dieta, do que discutir com o paciente porque deseja emagrecer e porque é tão importante ser magro (OGDEN, 1993).

É fundamental que as pacientes sejam esclarecidas quanto aos objetivos do tratamento (HERSCOVICI,1997). A proposta é de que sejam priorizados os aspectos psicológicos, visto que se trata de uma doença psiquiátrica. O peso/forma física devem ser vistos como conseqüências de comportamentos alimentares errôneos e práticas inadequadas de controle de peso (SOUTO, 1999), devendo o tratamento ser centrado nos aspectos relacionados ao comportamento alimentar; no ciclo empanturramento - purgação - restrição; nos pensamentos, crenças e atitudes relacionadas à conduta bulímica; nas complicações e comorbidades associadas e na prevenção das recaídas (HERSCOVICI,1997).

A resposta ao tratamento é lenta e o acompanhamento deve permanecer mesmo após a melhora dos sintomas, pois a bulimia é uma doença crônica e pode apresentar recaídas. Como também na anorexia nervosa, geralmente indica-se o tratamento por anos, mas as taxas de interrupção prematuras dos tratamentos são altas (CORDÁS et al., 1998; CORDÁS & FLEITLICH, 1998; ISSELBACHER, 1995; KAPLAN, 1997).

Após análise de diversos estudos, conclui-se que o tratamento dos pacientes com TCC, não deve ser centrado no peso, nem na prescrição de dietas restritas, pois, apesar deles responderem bem à redução de peso, a fase de manutenção é comprometida, sendo os

tratamentos semelhantes ao da bulimia nervosa úteis nesse quadro (APPOLINARIO et al., 1995).

A modificação da conduta, através da abordagem de aspectos educativos, pode ser utilizada (HERSCOVICI, 1997).

A abordagem nutricional para redução e manutenção do peso, deve ser através da reeducação alimentar, que não ocorre em curto espaço de tempo (SEGAL, 1998). A interrupção da seqüência, restrição binge é indispensável (COUTINHO, 1999).

O peso deve ser avaliado através do índice de massa corporal (IMC) para verificação do grau de obesidade, de complicações clínicas associadas, da gravidade do comportamento alimentar compulsivo, bem como, da presença de outros distúrbios psiquiátricos (APPOLINÁRIO, 1998, COUTINHO, 1999). A avaliação da relação cintura/quadril também deve ser usada como parâmetro antropométrico, para avaliar o risco de doenças cárdio-vasculares (COUTINHO, 1999). Nessas patologias deve ser priorizada a formação de um hábito alimentar saudável, através dos princípios básicos da nutrição, auxiliando paralelamente na obtenção de um peso corporal saudável (SOUTO, 1999).

O acompanhamento nutricional dessas pacientes, que ocorre através da reeducação alimentar, utiliza-se do diário alimentar para o monitoramento.

Além do acompanhamento individual, uma abordagem familiar faz-se necessária, para: detectar fatores que emergem nas dinâmicas familiares responsáveis pelo desencadeamento e/ou manutenção do quadro clínico; promover um espaço onde familiares e acompanhantes possam esclarecer suas dúvidas e expressar seus sentimentos com relação à paciente e à doença; desmistificar tabus e crenças errôneas relacionadas aos aspectos alimentares, peso e forma corporal; informar aos participantes conceitos básicos sobre alimentação e nutrição de forma participativa (CALHEIROS & SOUTO, 1999).

Essas sessões de família, têm um caráter informativo para os familiares e pacientes portadoras do TA, de maneira participativa, objetivando transmitir informações acerca de alimentos, nutrição, hábitos e comportamentos alimentares, e consumo de alimentos, para desmistificar mitos e/ ou tabus, que é fundamental para o tratamento e evolução dos quadros clínicos (BUCHER & SOUTO, 2001).

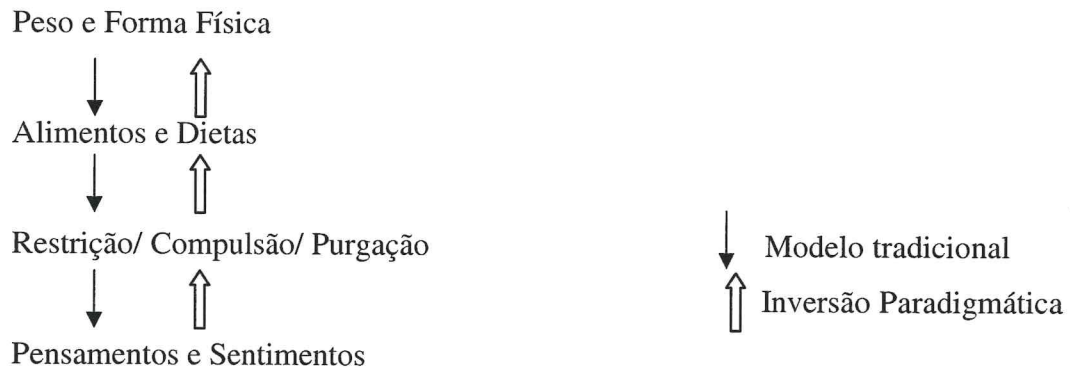
Além disso, o vínculo afetivo, decorrente da confiança recíproca entre profissional-cliente, é decisivo para melhoria do cliente (SEGRE & FERRAZ, 1997).

A vinculação afetiva deve ser o primeiro objetivo (MIRANDA & MIRANDA, 1994), sendo primordial uma boa aliança terapêutica (NUNES & ABUCHAIM, 1998). Uma vez que para a ocorrência de mudanças no comportamento alimentar, inicialmente deve existir uma boa aliança terapêutica, já que os transtornos alimentares são a metáfora de conflitos afetivos, uma doença simbólica (ANDRADE et al., 1999).

Frente a isso, o tratamento não deverá focalizar-se essencialmente no restabelecimento do peso corporal saudável. Faz-se necessário que o nutricionista inverta a seqüência seguida tradicionalmente no manejo nutricional, que prioriza dados antropométricos e a ingestão alimentar, tendo em vista que essa prática reforça o quadro clínico, prejudicando, assim, a evolução do tratamento (ANDRADE et al., 1999, SOUTO, 1999).

O modelo de intervenção hegemônico (ainda predominante), fundamenta-se epistemologicamente nos pressupostos da Racionalidade Científica Moderna, centrada na identificação de lesões anatômicas, baseada no diagnóstico e no poder de intervenção do profissional de saúde à procura de doenças (BOSI, 1994, CAPRARA, 1998). Com isso, propomos que os nutricionistas utilizem um modelo de intervenção nutricional, que inverta o paradigma tradicional.

Modelo de intervenção proposto por (ANDRADE et al., 1999):



Portanto, esse modelo visa: vinculação afetiva; resgatar os afetos e cognições envolvidos na restrição/ compulsão, bem como os hábitos alimentares e a conduta dietante; integrar a subjetividade do paciente com a relação disfuncional estabelecida com a comida; proporcionar uma prática afirmadora da liberdade e da autonomia (ANDRADE et al., 1999, ANDRADE & SOUTO, 1999).

Com isso, acreditamos que estaremos nos aproximando dos aspectos subjetivos envolvidos na alteração do comportamento alimentar, considerando os aspectos simbólicos dos alimentos, seja ele caracterizado pela rígida abstenção de alimentos, ou pela presença de impulsos incontroláveis com elevada ingestão, seguidos ou não de mecanismos purgativos/ compensatórios, onde permeiam crenças alimentares distorcidas e um grande conteúdo emocional.

Finalizaremos nossa análise sintetizando os diversos aspectos abordados nos capítulos anteriores, mas procurando nos aprofundar na vivência do TA, principalmente, no que diz respeito aos comportamentos alimentares e suas interferências.

4) O TRANSTORNO ALIMENTAR E SUAS INTERFACES

Os TA's são marcados por uma relação inadequada com a comida, entretanto vão além do comportamento alimentar (NUNES & ABUCHAIM, 1998, TANNENHAUS, 1994), como demonstramos nos capítulos anteriores. Nesse capítulo buscaremos aprofundar nos aspectos referentes aos comportamentos e hábitos alimentares, com suas interferências durante o quadro clínico.

Freqüentemente a anorexia nervosa inicia-se com o desejo de diminuir alguns quilos. Em outros casos, um fato da vida com relevância variável, é o disparador inicial. (HERSCOVICI, 1997). Portanto, na maioria dos casos, é desencadeado por uma situação conflitiva, em um ponto de mudança ou decisivo (TANNENHAUS, 1994), tais como: a morte de um dos pais, doença mental ou física de um dos pais, a morte de um irmão ou irmã, a morte de um dos avós que era íntimo, o divórcio ou a separação dos pais, abuso sexual, estupro ou assédio sexual, saída de casa, o fim de um relacionamento, a perda de um amigo íntimo, exames, provocação ou maus tratos (BUCKROYD, 2000), ruptura de um namoro, fracasso em um exame, conflitos familiares (HERSCOVICI, 1997). TANNENHAUS (1994) aponta além das questões emocionais, a prática de dietas crônicas como um dos fatores desencadeantes.

É sabido que a doença inicia-se com uma dieta restrita e exclusão de alimentos considerados “engordantes”, sendo freqüentemente desencadeado por um evento significativo como: perdas, separações, mudanças, dor física, etc., tornando-se um hábito alimentar secreto, bizarro e ritualizado (NUNES & ABUCHAIM, 1995a).

No diagrama 36, exemplificamos como nossas depoentes percebem as situações e influências relacionadas ao início do desenvolvimento do seu quadro de TA.

Diagrama de Significações 36: Percepção das Situações e Influências Relacionadas ao Início do Desenvolvimento do Quadro de TA Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001

→ “Nesse período não teve nada de diferente, isso foi uma coisa mesmo que surgiu e não foi nem uma coisa programada ” (...) “(...) eu falei acho que nessa semana santa eu vou diminuir a comida e **começar meu regime.**” (E. 1).

→ “(...) a minha relação mesmo com comida ficou ruim mesmo quando eu cheguei em Brasília.” (...) “(...) até aí eu fazia comida, comia, comia bem e comia mais do que e sempre comi mais do que um prato assim e se a comida tava boa comia mais, mas era assim não tinha aquele negócio de comer de noite.” (...) “Aí quando eu cheguei em Brasília aí foi que comecei a ficar em casa, muito em casa a verdade é que eu não me adaptei em Brasília.” (...) “(...) mas a minha coisa começou muito quando eu vi que A .vinha pra cá, mas já sabia do que acontecia.” (...) “(...) ele passou na faculdade e ele disse assim: eu vou morar em Fortaleza” (...) “Me culpo. Quando ele veio pra cá, aí pronto, foi que comecei a comer biscoito ” (...) “É, só que nesse tempo a M. namorava e ela desaparecia e eu ficava preocupada e aí começava as **brigas**, (...) aí eu ficava muito **sozinha** aí ia comer, comia e via televisão, comia e via televisão e lia, lia e comia, lia e comia ” (...) “Comecei comendo biscoito, lendo e comendo, lendo e comendo aqueles biscoito recheado de limão ou de morango que eu não gostava muito porque o de chocolate eu não gostava ou então umas rosquinhas, eu comprava aquele monte de biscoito e sentava aí entrava a noite.” (...) “Quando eu vim pra cá eu já tava com uma relação terrível, muito ruim com a comida e aqui continuou, porque lá eu tinha culpa do daqui e aqui eu tenho culpa do que ficou lá, eu tenho culpa, muita culpa e eu acho que eles são assim é que eu não soube criar, isso aí é uma culpa que eu carrego e tenho muita culpa, eu acho que ou eu fui muito autoritária ou muito, eu não sei, eu fui muito, (silêncio) eu fiz uma merda.” (...) “(...) agora que eu percebo que eu **me culpava e comia**, mas você não tem noção, eu não tinha noção do tanto que eu comia.” (...) “Eu não sei, mas eu acho que tudo que eu passei deve ter sido por isso.” (...) “Essas coisas que eu passei quando eu era criança. Na época que o .A. passou no vestibular ele veio pra cá.” (...) “(...) essa minha relação com comida não é d’agora, a consciência é mas a relação, eu não tenho assim o momento exato que começou, começou.” (...) “Foi nesse momento quando eu vi que eu não tinha feito a coisa direito aí eu desgringolei e eu tenho consciência agora que eu fiz tudo isso no automático, sabe o que é um piloto automático eu fiz tudo isso no automático e por isso que é uma coisa difícil de descobrir e se não fosse você acho que não tinha descoberto e eu tava até hoje teimando que eu era gulosa e não fazia dieta porque não queria” (E. 3).

→ “Eu tava **muito obcecada por trabalho, muito tensa, muito nervosa** (...) depois vim notar que tudo isso que eu tava tensa só de me dava vontade de comer, comer, comer, comer, então eu **cheguei aos 61 quilos** e eu sou muito baixinha, então teve um momento d’eu entrar em desespero em pânico mesmo, com medo daquela gordura aí cheguei a me desesperar, ter vontade de me matar por conta disso, então eu vi as pessoas começando a caminhar e tudo e eu digo eu vou caminhar né, comecei uma caminhada aí passei mais ou menos uns 15 dias caminhando e não via resultado.” (...) “Eu não sei, eu acredito até que os **ambientes** que eu comecei a frequentar diferente, a ver pessoas bem elegantes, a ver as pessoas sempre bem arrumadas aquela coisa toda e eu tinha como me arrumar mas não me sentia bem com as roupas né, tinha dinheiro e não me sentia bem,

então eu tinha realmente que fazer isso, era uma coisa que eu não sei, às vezes eu pergunto meu Deus pra que essa besteira de ficar tão seca? Mas aí é que tá, hoje é como se fosse uma obsessão, uma doença muito grande que não consigo controlar. ” (...) “Eu acredito que não as **revistas**, eu acredito que o que mais me influenciou foi os lugares que eu estou freqüentando hoje que eu não freqüentava antes entendeu?” (...) “Pessoas que estão sempre bem, pessoas que estão sempre bem arrumadas, o corpo bem, tão sempre malhando tão sempre entendeu? cuidando de si e eu comecei a gostar” (E. 4).

→ “Também, eu posso te falar que eu entrei mais nessa por causa dela (**mãe**), a culpada foi ela, ela me excluía muito.” (...) “Aí depois eu fiquei pensando mas o que ele fez comigo (**abuso sexual**) nem o cuspe na cara vale. Ele destruiu minha vida. E assim o meu transtorno alimentar veio mais por causa disso, da **depressão**, eu não tinha mais vontade de comer, eu não tinha vontade mais de viver, eu queria emagrecer, eu não queria comer a comida que ele colocava dentro de casa.” (...) “Primeiro foi com isso aí depois eu juntei a **vontade de emagrecer** com o nojo da comida que ele colocava dentro de casa, aí veio o transtorno alimentar, veio a vontade de me envenenar e de sumir, até assim biscoito que você via você achava que ia engordar, aí veio as formas de você ter crise de choro, praticamente todo dia eu tinha crise de choro, eu chorava como se fosse um bebê, como se fosse uma criança.” (E. 5).

→ “Em julho de 99 teve um aniversário de 15 anos aí começou a gente procurar uma **roupa** pra mim ir, não tinha uma roupa que ficasse legal em mim, só que isso aí não foi nem motivo não. Quando foi no colégio no jogo de basquete lá estar o **professor** falando olha V. tu joga muito bem e tal mas acho que nesse jogo não vai dá pra tu ir porque lá eles estipularam mais ou menos um peso pra todas as jogadoras e você esta um pouco acima, aí eu vou ter que emagrecer mesmo desesperadamente.” (...) “Aí eu pensei não, eu não posso ficar sem jogar que eu não consigo ficar assim parada, o que eu vou fazer é parar de comer e ir pra esse jogo porque eu preciso.” (...) “O que mais me influenciou a prática disso foi a **maior pressão de todo mundo de me achar gorda**, até assim, quando eu emagreci uns 13 quilos, eu estava me sentindo bem, mas ninguém notou a diferença aí foi aí que eu não tem mais graça né, nem mesmo pra emagrecer pra alguém notar a diferença, aí depois que eu emagreci demais e cheguei assim uns 44, 45 aí foi que eu ouvi “nossa V. como tu emagreceu” foi aí que eu ah agora sim eu emagreci!, agora valeu a essa minha tentativa, agora emagreci, agora.” (E. 6).

→ “(...) eu acho que aí foi a primeira vez que eu tive meu transtorno que foi disfarçado pela **gravidez** né, eu liberei geral comia de tudo a toda hora que eu queria e engordei 24 quilos.” (...) “(...) **Insatisfação no trabalho**. Logo que eu entrei no meu trabalho eu fiz um curso de pós-graduação (...) e logo depois eu vi que tinha um **mestrado** em economia agrícola que seguiria o ramo da minha pós-graduação, aí eu muito eufórica me escrevi (...) eu me escrevi e **não entrei** (...) foi um baque assim eu fiquei arrasada, arrasada mesmo, aí começou aí (...) essa época no começo dos binges foram mais assim inconsciente bem bravo” (E. 7).

Diversos fatores associam-se ao desencadeamento de um quadro de TA. Desde uma das depoentes que não percebeu nada de diferente em sua vida, além do início da dieta, passando por situações traumáticas na infância, conflitos familiares (com a mãe, filha), solidão, tensão, aumento de peso, ambientes sociais, revistas, pressão generalizada para emagrecer, abuso sexual, gestação e frustração profissional. Estes achados estão de acordo com o que a literatura especializada aponta (BUCKROYD, 2000; HERSCOVICI, 1997; TANNENHAUS, 1994).

Vale salientar que a prática de dietas esteve presente na vida de todas essas mulheres. Em estudo com adolescentes PATON et al. (1999) observaram que mulheres que fizeram dietas em nível moderado tiveram cinco vezes maior probabilidade de desenvolver TA e quando essa dieta era severa a possibilidade era 18 vezes maior, quando comparadas com as que não fizeram. Pelas narrativas constatamos que todas tiveram envolvimento com a prática de dietas, decorrentes de uma preocupação com peso, associada ou não a um quadro de obesidade.

“(...) semana santa do ano passado de 2000, comecei meu regime.” (E. 1).

“(...) aí eu comecei a fazer dieta e comecei a emagrecer, comecei a emagrecer, emagrecendo, emagrecendo ” (E. 2).

“Fiz muita dieta da lua (...) eu conseguia passar o dia tomando liquido e fazendo tudo (...) eu ia pro médico e tomava aquele monte de remédio ” (...) *“Fui em vários médicos em busca de dieta, fui muitos médicos, muitos, muitos, mudei muito de médico.” (E. 3).*

“(Quando cheguei aos) 61 (quilos que) foi o maior peso que eu já tive (...) cheguei lá (na clínica de estética) desesperada pedindo socorro que alguém me acudisse, me ajudasse né, então lá eu comecei a fazer uns tratamentos e fazia os tratamentos lá e caminhava e a dieta que a doutora passou, mas só que eu era teimosa, a doutora dizia assim: você pode comer uma maça e eu comia a metade da metade; você tem que comer uma salada de fruta e eu não comia; você tem que comer de três em três horas e eu comia só duas vezes no dia.” (E. 4).

“(...) um dia eu disse: quer saber, tem uns remédios, eu vou emagrecer de qualquer jeito. Só que lá em casa tinha assim um vidrinho de remédio pra pressão” (...) “(...) eu achava que tava emagrecendo, todo mundo tava me achando magra (...) com duas semanas eu tinha me pesado antes e tava com 62, com uma semana eu fui me pesar eu tava com 56 e eu achava que aquilo não era o suficiente e que eu não tinha emagrecido nada, ora passei uma semana tomando o remédio e passei uma semana provocando e por isso eu perdi só 6 quilos, não acredito ” (E. 5).

“Diminui uns seis quilos por mês e depois que eu reduzi mais.” (...) “(...) apesar dos pesares, fiz minha dieta maluca ”(E. 6).

“(...) todo mundo que eu ia dava uma listinha com o regime padrão ”(E. 7).

Decorrente de uma insatisfação com peso, ocorre o envolvimento com práticas de dietas restritivas. Percebemos que a dieta surge com objetivo de redução de peso, posteriormente ocorre uma restrição alimentar rígida e o TA desencadeia, permanecendo na drástica restrição (anoréticas) ou envolvendo-se em episódios compulsivos seguidos de práticas compensatória/ purgativas (bulímicas) ou não (comedoras compulsivas).

*“**Resistia** e na próxima alimentação tomava iogurte aí ficava morrendo de fome eu vou esperar até a janta não vou comer nada e comia uma besteirinha na janta.” (E. 1).*

*“(...) minha irmã começou a fazer dieta, aí começou ser uma ameaça pra mim (...) e eu comecei a copiar dela, (...) aí sempre a gente usou adoçante aqui, sempre, sempre desde os 12 anos que eu comecei a fazer minha primeira dieta (...) minha irmã fazendo dieta e eu indo só que ninguém percebia assim.” (...) “Aí eu comecei a não merendar mais no colégio.” (...) “(...) um hábito que eu tinha errado, assim, de manhã eu não merendava aí isso era fácil, fácil, eu só merendava três dedo de leite, dois dedo do suco porque eu não tinha esse habito de merendar de manhã e quando ia almoçar almoçava um pratão, aí eu comecei a diminuir, não merendava no colégio e **comecei a cortar** aquelas coisas engordante, a gente quer logo cortar chocolate e essas coisas, a gente não vai pensar em cortar frutas e essas coisas.” (...) “Fui logo cortando essas coisas que eu comia muito chocolate, pizza aí comecei a querer deixar de sair porque geralmente quando a gente sai você vai comer alguma coisa, aí você não vai comer maçã e você não vai comer isso, você vai pro restaurante e você vai comer essas comida assim que você come pizza, se você vai sair pro cinema você não vai comer fruta, você vai comer sanduíche e essas coisas assim, aí não saía mais muito, só que minha mãe achava normal porque*

eu tava e esse que é o problema eu não sei se é bom ou se é ruim pra meta que eu queria, eu tava magra mas eu não tava chamando atenção, eu tava bem, todo mundo achando bem, sabe assim.” (E. 2).

*“Por causa da **asma** eu tinha muita crise e passava muito mal, muito mal e também a asma me ajudou muito a ficar gulosa, porque assim: eu tinha crises que eu não comia e quando a crise passava eu comia, eu passava uma semana sem comer praticamente e na outra semana eu comia” (E. 3).*

*“Eu comecei a **restringir**, comecei a tomar só aquele chá de limão, chá-mate com limão, era uma obsessão de emagrecer tão grande como se alguém tivesse me policiando, como se alguém dissesse assim você tem que emagrecer, você vai ter que ficar daquele jeito ” (E. 4).*

*“(…) no outro dia (após tomar remédio e vomitar) eu não sentia mais vontade de comer nada e aquela gastura e quando foi a noite eu tomei mais dez e cada vez minha pressão baixando mais porque era pra baixar a pressão e cada vez e eu nada de me preocupar eu queria saber se tava provocando.” (...) “Eu não comia, eu acho que a única coisa que eu tomava era caldo de feijão porque a mãe me forçava.” (...) “Logo no começo eu merendava de manhã um carioquinha com café e almoçava, merendava de tarde e tirava o jantar, passei uma semana fazendo isso e isso tomando os remédios. De primeiro eu **fui tirando a merenda de manhã, segundo foi a de tarde, terceira vez aí eu diminuí o almoço.**” (E. 5).*

“Na época eu comecei: de manhã eu não merendava e na hora do almoço eu almoçava uma quantidade bem mais reduzida, a noite era uma sopinha, uma canja uma coisa bem leve, aí nisso eu passava o dia jogando vôlei, jogando basquete, fazendo natação.” (...) “(...) aí então chocolate nem pensar mais, sorvete que eu gostava mas nem em sonho, tinha noite que eu chorava, ah meu Deus eu quero sorvete o que é que eu faço aí o que eu fazia, eu pensava né no sorvete, aí ia dormir, comida assim tipo estrogonofe, creme de galinha eu adorava, maionese que eu não gostava mas sanduíche então nem pensar.” (E. 6).

Podemos perceber que a dieta ocorreu independente de haver ou não acompanhamento por um profissional. Daí a importância de haver monitoramento para modificação da alimentação, quando objetiva-se emagrecer e, sobretudo, os profissionais devem ser alertados para que fiquem atentos quanto aos riscos para a saúde das práticas de

dietas indiscriminadamente. Além disso, devem ser preparados para poderem diagnosticar precocemente, uma vez que essas mulheres tendem a restringir além do que é orientado, principalmente as anoréticas. Já as bulímicas e comedoras compulsivas tendem a alternar esses comportamentos com momentos de descontrole na ingestão alimentar.

Além da restrição alimentar, a associação com outras práticas compensatórias e/ou purgativas ocorreram:

*“(...) eu tava fazendo **exercício** aí também não foi só por conta da alimentação e se alimentava super mal, me alimentava pouco do que eu tinha vontade, as vezes eu saía do coisa com fome aí não, eu já almocei e eu não vou comer mais não, as vezes saía com fome e não comia mais ” (E. 1).*

*“E fazia caminhada e fazia academia.”(...) “**exercício físico** (...) pra mim é como fosse uma obrigação muito grande (...) eu não deixo de caminhar por nada.” (...) “(...) faço exercício porque eu acho que é importante você fazer pra ficar bem, mas eu não gosto.” (E. 4).*

*“(...) passava o dia **jogando** vôlei, jogando basquete, fazendo natação.”(E. 6).*

*“Aí nesse reveilon eu disse: nesse reveilon eu vou ficar bem à vontade, vou comer direitinho, vou comer tudo que eu tiver direito só que nesse tudo que eu tiver direito que **eu fui inventar de comer**, que nós levamos salgadinho, levamos muita sobremesa, levamos peru e essas coisas todas pra fazer a ceia e foi até lá no Beach Park e aí eu lá quando eu comi aí veio o primeiro **vômito** de achar que não podia comer, aí comecei a botar na minha cabeça que aquilo ali ia me engordar, ia me engordar e comecei a vomitar, comecei a vomitar forçando e hoje eu vomito espontaneamente.” (...) “**Quantas vezes eu comesse, cinco, quatro.**” (...) “Era sempre (após uma refeição), passava dois minutos eu ia pra dentro do banheiro vomitar tudo, aí comecei a sentir ... mesmo sabendo que eu sei que eu estou errada que isso não é possível uma pessoa viver vomitando né, era como se tirasse o peso da minha consciência quando eu botasse pra fora né, eu botasse pra fora aí ali eu sabia que tava tudo ótimo.”(...) “Independente(do que comesse).” (...) “Desde a coisa mais simples a coisa mais séria.” (E. 4).*

*“Qualquer um que tivesse lá, era pra nervo, era pra pressão aí eu vi esse vidrinho de **remédio** pra pressão e eu já tinha ouvido falar que quem tomava remédio pra pressão se tomasse além da quantidade **provocava** e*

não quis saber vai ser a única coisa que eu vou emagrecer e tomei dez.” (...) “Porque não ia ficar nada dentro e quando eu comesse eu colocava fora e com os enjoos eu ia parar de comer e isso de manhã e quando foi de tarde começou e eu aja provocar, provoquei, provoquei, provoquei e mesmo que eu tinha nada no estômago eu provocava.” (...) “Continuei tomando remédio ” (...) **“Eu não me preocupava, eu me sentia alegre por tá provocando e tá botando pra fora mesmo que eu não tivesse comendo nada”** (E. 5).

Entre nossas informantes, as práticas de controle de peso utilizadas além das dietas, foram atividade física e vômitos auto-induzidos. A atividade física é usada com objetivo de aumentar o gasto calórico, sendo praticado mesmo sem gostar. Já o vômito ocorre para “botar pra fora” e “não ficar nada dentro”, ocorrendo “quantas vezes comesse” e, até mesmo, se “não tivesse comendo nada”, ocorrendo “independente” do que fosse ingerido e da quantidade. Esse comportamento dá uma sensação de alívio e faz com que sintam-se que está “tudo ótimo”.

O comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosas caracteriza-se pela abstenção voluntária de alimentos e/ou ingestão compulsiva, seguidas de práticas compulsivas e/ou purgativas (RIBEIRO et al., 1998). Esses comportamentos são mensagens metafóricas, decorrentes das dificuldades para expressar conflitos que ameaçam valores familiares, sendo um recurso para o sistema (MINUCHIN, 1990, ROBERTO, 1994).

A perda de peso gera comentários positivos que reforçam a conduta dietante (HERSCOVICI, 1997). Associado a exercícios físicos excessivos, as pacientes apresentam uma redução de peso significativa e persistente que podem acarretar complicações clínicas severas com danos irreversíveis e até mesmo a morte. Vale ressaltar que algumas pacientes (tipo compulsão periódica/purgativo) apresentam orgias alimentares e utilização de mecanismos purgativos/compensatórios, cujo objetivo central é a magreza. Esses episódios

ocorrem como resposta neuroendócrina à própria restrição. (NUNES & ABUCHAIM, 1995a). A negação da doença e da fome dificulta o tratamento.

O início é insidioso (TANNENHAUS, 1994); “ninguém começa a restringir o que come com o propósito de tornar-se anoréxico” (HERSCOVICI, 1997, p. 89).

O controle alimentar proporciona sensação de força, poder, e controle surge como um objetivo não planejado da conduta dietante (HERSCOVICI, 1997). Esses sentimentos são decorrentes de não se alimentarem. O alimento representa a única forma de controle na vida (LAWRENCE, 1991; FALCETO, 1993; TANNENHAUS, 1994).

*“Eu ficava: se o pessoal conseguiu emagrecer porque eu não vou conseguir, então eu não vou comer aí não comia.” (...) “Às vezes eu sentia vontade, que eu tava com vontade e não comia.” (...) “Eu ficava com aquele negócio, todo mundo consegue eu vou conseguir emagrecer, eu vou conseguir, eu vou conseguir e aquela coisa na cabeça eu não vou comer aí não comia, aí não comia, não comia aí tinha vezes que eu tava com vontade aí não vou comer, não vou comer e aí tinha vezes que eu não tava aí eu até se sentia melhor né.” (...) “(...) aí ela (mãe) ficava come, come e esse negócio de comer, comer me dava uma certa raiva assim e eu não quero, não quero e pronto assim aquele negócio de **autonomia** minha mãe mandou eu comer e eu não vou comer não, eu não vou porque todo mundo consegue emagrecer e porque eu não posso conseguir.” (E. 1).*

*“Ave Maria eu queria era empanturrar todo mundo, os pratos aqui de casa eu queria fazer o prato de todo mundo das minhas irmãs pequena principalmente, eu não queria mais comer com ninguém, mas na hora do almoço fazer o prato do povo e botar o almoço na mesa eu tava lá na cozinha, abria as panelas, mexia mesmo na comida, ao mesmo tempo que eu tinha raiva daquilo mas eu queria ver como se fosse eu vendo a pessoa comer eu **me sentia mais vitoriosa** ainda olha fulano ali se empanturrando e eu aqui tendo essa força de não comer.” (...) “Pois era (resistindo à comida), aí começou a fase d’eu querer fazer comida pros outros, bolo, brigadeiro eu fazia pra todo mundo, bolo era a única coisa que eu sabia fazer só que eu não comia de jeito nenhum, mas era incrível eu dizia assim não, nesse eu vou comer e minha mãe comprava todos os ingredientes porque ela pensava que eu ia comer (...) aí eu fazia meu bolo predileto com cobertura de leite condensado e tudo, mas eu não comia.” (...) “Era horrível assim porque eu queria ser assim a perfeição em pessoa, aí eu começava achar defeito em tudo desde do meu cabelo a unha do pé, via defeito nos meus olhos, no meu nariz, na minha boca em tudo só que era assim e não podia dar jeito assim no rosto só quando você emagrece é que você fica assim, mas não podia dar jeito no rosto, então eu só podia dar*

*jeito na barriga, nas pernas e se bem que nas minhas pernas eu podia dar jeito mais ou menos, mas **na barriga eu podia dar jeito** porque ficou mais do que a perfeição só pele e osso, **era a única coisa que eu podia fazer e que eu podia mudar.**” (E. 2).*

Pelos relatos fica evidente a relação da comida com processos de “autonomia” e controle, em que o corpo é “a única coisa que podiam mudar”.

A AN ocorre na presença variada e abundante de comida, onde a mulher frente a essa oferta, apresenta-se incapaz de alimentar-se (LAWRENCE, 1991).

Observar as refeições alheias e o desejo de preparar e servir comida, enquanto recusa-se a comer, é freqüente em anoréticas (BUCKROYD, 2000; RIBEIRO et al., 1998; SANTOS et al., 1986). O trecho abaixo reforça essa idéia.

*“**Servia**, eu fiz, olha aí, na minha idade de 17 anos fazendo aniversario de boneca com comida e tudo, brigadeiro e tudo, chamei meus primos, minhas primas, M. de oito, nove anos e minhas irmãs ainda eram menores assim, aí fiz brigadeiro, bolo pra todo mundo e empanturrei todo mundo, peguei um livro de receita porque eu não sabia cozinhar direito aí fiz umas tortas de salsicha e nem deu certo direito mas eu fiz e botei pra todo mundo.” (...) “Às vezes eu ficava olhando, mas ao mesmo tempo eu nem ficava olhando porque eu queria ficar servindo, olha que coisa doida você faz uma coisa e você quer comer e geralmente quando você faz um bolo você vai comer, mas eu, eu dava assim **tinha o prazer de partir aquele bolo e dar aquela pessoa pra ela**, eu pensava assim já que eu não tou comendo coma por mim (risos).” (...) “(...) **eu ficava fazendo pra todo mundo e não pra mim, aí fiquei comendo só laranja e abacaxi, laranja e abacaxi.**” (E. 2).*

Enquanto elas preparam e servem pratos elaborados e calóricos, não se permitindo consumi-lo, mantêm-se sob rígida restrição, “comendo só abacaxi e laranja”. Segundo (TANNENHAUS, 1994), a anorética apresenta como características relacionadas ao comportamento alimentar: evitar comer com outras pessoas, comer sozinha, ter horários incomuns e ritualísticos, preocupar-se com os alimentos, comprar livros de receitas e revistas de cozinha, fazer compras da família e preparar as refeições. Para a depoente, o alimento desperta sentimentos contraditórios, pois ao mesmo tempo que sente “raiva” do

alimento, sente-se vitoriosa quando resiste ao consumo. Voltando um pouco aos aspectos sócio-culturais, podemos perceber pela reportagem abaixo que essa idéia é veiculada.



Figura 10: Incentivo à restrição alimentar

Para alcançarem seus objetivos elas chegam, inclusive, a jogar comida no lixo. É como se descobrissem um talento, por isso, após a obtenção do peso desejado, continuam a dieta (BUCKROYD, 2000; RIBEIRO et al., 1998; SANTOS et al., 1986).

“Aí foi aí que eu passei a comer menos, menos e sempre menos, uma vez eu fiquei sem comer, às vezes eu tava comendo e jogava no lixo, aí na janta deixava a metade, tomava um suquinho de laranja e pronto, deixava o resto.” (E. 6).

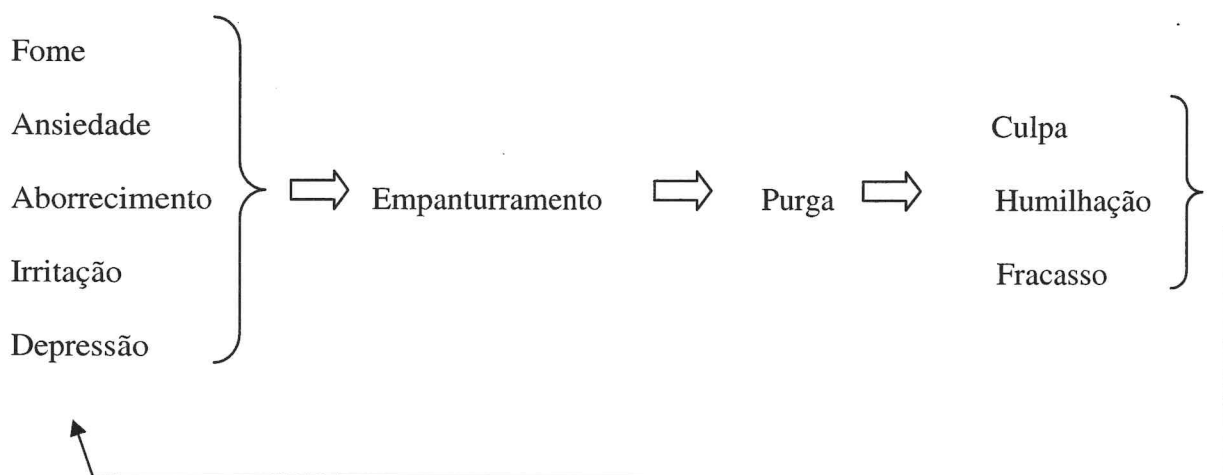
Quanto à BN, segundo HERSCOVICCI (1997, p. 117), o começo é o seguinte:

Desejo de controle de peso \Rightarrow Regime estrito \Rightarrow Fome \Rightarrow Empanturramento \Rightarrow Métodos de Purga

Portanto, inicialmente, o gatilho é a fome, e, posteriormente, este vai generalizando-se, passando a ser disparado por tensões, tais como: ansiedade, aborrecimento, irritação, depressão entre outros (HERSCOVICI, 1997).

Paralelo a isso, os empanturramentos geram sentimentos de culpa, humilhação e fracasso no controle, que minam a auto-estima, proporcionando, paulatinamente, sentimentos de incompetência e insegurança (HERSCOVICI, 1997).

Desse modo, temos a evolução da BN, representada a seguir (HERSCOVICI, 1997, p. 118):



Sendo instalado um círculo vicioso, do qual se tornam dependentes do método de purga, acreditando que iram compensar sua ingestão excessiva e crescente (HERSCOVICI, 1997).

Sabe-se que fatores estressantes desencadeiam episódios compulsivos. O TCC aparece lentamente como a BN, sendo uma falha acreditar que a dieta é a solução (HERSCOVICI, 1997). O ciclo vicioso que se instala é semelhante ao que ocorre na BN, exceto quanto ao uso de mecanismos purgativos (SEGAL, 1998).

Os pacientes com o TCC apresentam culpa e vergonha após um episódio compulsivo e a maioria apresenta obesidade (APPOLINARIO, 1998, HERSCOVICI, 1997).

É comum confundir o TCC com a obesidade. Apesar de geralmente os compulsivos apresentarem obesidade, dependendo da sua conduta, os dois quadros não podem ser considerados iguais, visto que, obesidade é um aumento de cerca de 20% do peso, podendo ou não ter um componente psicológico. Já no TCC o alimento é utilizado para acalmar e enfrentar situações de tensão/ estresse (APPOLINARIO, 1998, HERSCOVICI, 1997). Depois do episódio compulsivo o paciente tem uma sensação de perda de controle sobre a ingestão, mas não utiliza práticas inadequadas de controle de peso (APPOLINÁRIO, 1998).

Entre as comedoras compulsivas, o início da superalimentação é normalmente relatada como posterior a “quebra” de dietas alimentares, sendo comum a busca de uma nova dieta, mediada por inúmeras consultas a especialistas, visando a solução dos problemas alimentares (HISRSCHMANN & MUNTER, 1992, JANSEN, 1997).

No livro “Finalmente Livre da Compulsão Alimentar”, Göckel traz doze depoimentos de mulheres que libertaram-se da compulsão alimentar. Faz o resgate do círculo vicioso que se instala, onde alternam-se episódios de comer compulsivamente, seguidos dos vômitos e da alternância entre aumento de peso e a prática de dietas. Vale ressaltar que a dependência da compulsão alimentar está fortemente relacionada com padrões distorcidos de pensamentos e que o processo de cura caracteriza-se por mudanças comportamentais duradouras que iniciam com a paciente assumindo responsabilidades pela sua vida e por seus comportamentos. A descoberta das sensações de fome e saciedade, bem como a “legalização” de todos os alimentos, sem o conceito de alimentos proibidos, é fundamental para que os ataques de compulsão alimentar desapareçam (GÖCKEL, 1992).

Para GÖCKEL (1997) razões psicológicas como raiva, medo, sentimentos de impotência real ou imaginário e solidão, levam muitas mulheres a comer em excesso. Ato este que provoca sentimentos de culpa e cria um círculo vicioso, sendo o ataque de compulsão alimentar uma proteção de constatações dolorosas.

A alteração do comportamento alimentar pode ter diversos significados, como: lealdade para com a família, manifestação passivo- agressiva contra a família, tentativa de clamar por independência, expressar raiva e controle, evitar relacionamentos, reverter as pressões da sexualidade, retardar o crescimento, evitar a separação dos pais (NUNES & ABUCHAIM, 1998).

Esses comportamentos já descritos, podem representar também uma maneira de “chamar atenção” da família e ganhar espaço, o que corrobora com as afirmações de FALCETO et al. (1993).

“(...) em relação a minha família eu achava que eu não ia ter espaço e por isso que me revoltava ” (...) “Menina eu sentia assim que A. (...) nem existia, pronto, aí era isso que mais me revoltava era eu querer falar mais por causa disso porque eu achava que era por causa do meu jeito assim calado de ser, porque eu achava que eu não tinha espaço e o único jeito que eu consegui meu espaço foi como? Emagrecendo e quase morrendo pra aparecer mesmo e pra mostrar que eu queria um espaço.”(E. 2).

“Também, eu posso te falar que eu entrei mais nessa por causa dela, ela me exclui muito.” (...) “Ela ia me enxergar ” (...) “Pra te falar a verdade com essa dieta foi mais pra chamar atenção dela.” (E. 5).

No diagrama 37, sintetizamos os aspectos referentes aos comportamentos alimentares restritivo, presentes nos TA's.

Diagrama de Significações 37: Os Comportamentos Alimentares Presentes em Mulheres Portadoras de TA's: Restrição. Fortaleza, 2001.

→ “(...) nessa época eu já tinha **restringido muito**, aí cortei arroz, feijão, no começo do ano era uma colherzinha de arroz, uma colherzinha de feijão e aí pronto comecei a cortar arroz, feijão, tudo, carne, massa eu não comia mais de jeito nenhum e nem doce, **era só galinha desfiada** e eu chupava muita **laranja** porque no começo você sente fome, você quer arranjar um jeito de comer uma coisa que não engorde porque você comia e você parou de comer e você ainda sente fome, aí eu roía que só as minhas unhas porque eu sentia muita fome, comia a pasta porque ficava com gosto ruim na boca porque você não tá se alimentando aí ficava escovando os dentes, **comendo pasta** como se fosse um jeito de saciar porque a pasta é doce e saciar a fome.” (...) “Aí eu comia só galinha desfiada, laranja e abacaxi, aí eu comecei a comer abacaxi porque eu me lembrei que minha mãe vive dizendo que abacaxi emagrecia, emagrecia aí pronto eu comia só isso.” (...) “(...) **tirei a galinha e fiquei comendo só laranja e abacaxi**, sim, aí não tem o leite molico, eu bebia leite molico, fazia dois dedos, botava água e botava leite molico e bebia pra ir de manhã pro colégio, mas aí eu **tirei a água** porque eu achava que a água dava volume, aí eu comia **só pó do leite molico**, mas só que chegava um momento que eu sentia fome só que eu não sabia o que fizesse aí ficava feito uma doida comendo leite molico pra saciar aquela fome.” (E. 2).

→ “Bem pouquinha, tinha dia que eu não comia nada por exemplo, duas vezes por semana era dieta líquida eu só comia sopa, sopa de manhã sopa de tarde, sopa de noite e de manhã uma vitamina passada, mas não gostava e mesmo assim quando ela dizia você tem que comer isso e isso que não vai engordar e eu não comia.” (...) “Fui **restringindo**, restringindo virando assim quase a nada minha alimentação.” (...) “Eu me permitia, de manhã eu comia uma fatia de mamão Havaí aquela bandinha pequenininha (...) botava um pouquinho de café com leite com adoçante, comecei comer adoçante desde o início e agora me acostumei, me adaptei coca light, adoçante e essas coisas, e aí eu botava uma torrada era o que eu comia e não botava o queijo e ela dizia você pode comer um carioquinha, você pode comer uma tapioca e eu não comia com medo de engordar; na hora do almoço ela dizia você pode comer uma colher de feijão, duas de arroz, a saladinha e um bife médio, aí eu botava só as duas colheres de arroz e o bife sempre cortando o que a doutora falava” (E. 4).

O que começa como uma dieta inocente, ganha muito espaço na vida dessas mulheres, que vão restringindo a alimentação progressivamente. Começam excluindo os alimentos que consideram “engordantes” (os mais calóricos) e por fim, sua alimentação fica restrita a poucos alimentos. Como a depoente (E. 2) fala “comia só galinha desfiada, laranja e abacaxi”. Chegando a excluir até a água que era usada para o preparo do leite em pó, porque “achava que a água dava volume”. É evidente que com isso, elas alcançam uma

considerável redução de peso e passam a temer retornar o consumo dos alimentos excluídos e com isso aumentarem de peso. Vale lembrar que o período de vida anterior ao emagrecimento foi marcado por situações dolorosas e humilhantes e elas tendem a achar que estes iram retornar se ocorrer ganho de peso.

Portanto, a AN caracteriza-se pela abstenção voluntária de alimentos, decorrente do medo de tornar-se gorda. A omissão de refeições, a ritualização, o preparo de refeições para os outros, a compra de livros e revistas de receitas, a negação da fome e da doença são achados comuns, em que o ritual é secreto e toda forma de ajuda é negada (SANTOS et al., 1986, TANNENHAUS, 1994).

Fazem parte das atitudes anoréticas, relacionadas ao comportamento alimentar, a contagem de calorias, onde uma cota calórica para o consumo é estabelecida, além do uso de alimentos diets e lights, bem como uma seletividade dos alimentos (RIBEIRO et al., 1998).

“Antes eu me preocupava, antes qualquer novidade que eu comia eu já ia olhar na listinha de calorias eu era assim fissurada aí ficava olhando a cota diária de calorias pra tentar não ultrapassar ” (...) *“(...) e toda vida que eu consumia eu tinha que olhar as calorias, tinha porque tinha ” (...)* *“É, aí eu ficava contando, aí iogurte é 70 calorias, a bolacha eu olhava no livrinho que tem de calorias é não sei o que aí contava café da manhã 200 calorias, almoço 400 calorias aí ia tendo uma média diária.” (...)* *“Preocupava, ficava contando as calorias todas.” (...)* *“Todo dia eu contava as calorias ” (...)* *“(...) era toda hora (...) e ficava contando as calorias, pensando nos alimentos e em calorias; amanhã vou comer bolo de chocolate ixe não posso comer nada de manhã, só tomar um iogurte pra não coisar aí sempre tinha essa preocupação com os alimentos.” (...)* *“(...) tinha aquela preocupação de contar calorias assim bem forte, bem presente.” (...)* *“Eu tentava consumir 1200 (...) porque a gente sempre vê em revistas 1200 calorias ” (E. 1).*

“Eu estudei todos os alimentos e até hoje ainda tenho essa lista dos carboidratos, proteínas, lipídios.” (...) *“(...) aí estudava e lia a quantidade de carboidratos, calorias, metabolismo basal de quanto que eu precisava, aí eu tentava calcular mais ou menos o quanto eu gastava por dia pra mim poder ingerir menos e gastar mais, digamos que eu fui minha nutricionista.” (...)* *“Eu fazia as contas, acabava o dia e eu pegava*

calculadora, uma canetinha e eu ingeri tal e tem tantas calorias e tal, gráfico de proteínas aí via as vitaminas ah não ingeri hoje e assim tentando balancear.” (E. 6).

Paralelo a isso ocorre o predomínio do consumo de alimentos de baixo valor calórico (SANTOS et al., 1986) , os alimentos diets e lights.

*“A minha alimentação consumia muita verdura, fruta e muitos alimentos light e diet, minhas coisas eram só light e diet e não poderia ser outra coisa, iogurte light e diet, leite desnatado se bem que o leite toda vida eu só tomei leite desnatado, todos os alimentos eram light e diet, **light e diet** ” (E. 1).*

Além de serem evitados os alimentos considerados “engordantes” (SANTOS et al., 1986).

“Eu evitava doce, doce, bolo ” (E. 3).

“Recheado, chocolate, sorvete, bombom, pirulito adorava pirulito (mas evitava).”(E. 5).

Todos esses comportamentos são decorrentes do medo exagerado de comer e engordar (BUCKROYD, 2000; SANTOS et al., 1986; TANNENHAUS, 1994).

“(...) e eu não comia com medo de engordar ” (E. 4).

“Também, eu morro de medo de ver assim um pacote de recheado aí da vontade de comprar, aí ah meu Deus, mas aquilo vai me engordar, não quero não.” (...) “Acho que eu tenho mais medo de engordar do que de morrer, por isso que eu te falo eu preferia morrer magra do que engordar e recuperar toda saúde, logo no começo foi uma atitude que eu tomei, antes eu morria de medo de morrer e agora eu vejo que eu preferia mil vezes morrer magra, do que engordar e recuperar toda a saúde, eu tenho tanto medo de tá falando isso porque Deus pode me castigar.” (E. 5).

“Eu tinha medo de voltar a comer e comer demais e engordar demais aí ter que voltar tudo de novo.” (...) “(Maior medo) Era, engordar de novo.” (...) “Ficar gorda de novo e ter que voltar a fazer tudo aquilo de novo.”(E. 6).

Entretanto, não podemos esquecer que as mulheres com TA são muito inteligentes e nem sempre demonstram claramente seu medo de comer determinados alimentos. No depoimento abaixo podemos perceber a astúcia e sabedoria delas.

“Medo de comer eu não tenho, eu tenho medo que faça mal, por exemplo, o achocolatado que é a coisa mais simples do mundo hoje em dia se eu tomar, certeza qualquer coisa com mais ou menos uma hora depois eu vá pro banheiro, não é porque é medo de comer é porque eu sei que não tem nada de mal, de errado pra fazer a pessoa sei lá, mas eu fico assim apreensiva por causa disso” (...) *“Não, pra mim o que eu gosto mais de iogurte uma coisinha assim mais simples pra na hora do almoço ter mais fome porque se não eu não quero almoçar, sempre fui assim.” (...)* *“Dependendo da hora né, por exemplo, primeiro tem vez que é, de noite antes de dormir minha mãe A . V. quer um copo de suco? Um copo de suco antes de dormir é bem legal né, poderia ser assim o leite não, seria melhor um copo de suco, mas além de não gostar de suco antes de dormir ainda.” (...)* *“Eu não tenho medo de comer, eu como mesmo, mas o negócio é esse tem coisas que eu gosto de comer e tem coisas que eu não gosto de comer é isso que fica causando o maior problema lá em casa, minha mãe diz que toda vida quando eu vou almoçar é com suco, mas eu odeio suco, aquela coisa doce entrando dentro de mim pelo amor de Deus é horrível.” (...)* *“Porque eu não gosto, não tem quem faça.” (E. 6).*

Alguns autores afirmam que a fome é negada inicialmente e que, gradualmente, passa a ser regulada pela percepção do corpo (ALIÑO & ENGUIX, 1991; HERSCOVICI, 1997; TANNENHAUS, 1994). Encontramos dados que corroboram com essa afirmação:

“(...) às vezes eu saía do coisa (mesa) com fome aí não, eu já almocei e eu não vou comer mais não, às vezes saía com fome e não comia mais ” (E. 1).

“Era, eu sentia muito (a fome), no começo era horrível a fome e depois não, eu me habituava e eu nem me lembrava mais, quando eu parei mesmo de comer arroz, feijão eu sentia muito, mas depois que eu comia só laranja, abacaxi aí eu já tava acostumada, a minha barriga eu já não sentia mais roncar isso já no finalzinho, mas no começo eu sentia fome e era horrível porque eu ficava mal humorada porque eu queria comer e tinha medo, era horrível, aí eu cheirava assim a comida como forma de saciar como se passasse a minha fome, aí eu ficava cheirando a comida, ia na geladeira e ficava cheirando, se tinha um biscoito aberto eu ficava cheirando o biscoito e parecia uma doida, mas não comia de jeito

nenhum, só que ao mesmo tempo eu me achava muito forte, sabe aquele negócio de você saber que você não tá bem, mas era uma vitória eu tava deixando de comer tudo que engordava.” (E. 2).

*“Na primeira semana sim depois não (sentia fome) de jeito nenhum.” (...)
“Nem ligava.” (E. 6).*

Apesar de todas as portadoras de TA envolverem-se com dietas e restringirem a alimentação para emagrecer, nem todas conseguem permanecer com tais práticas e findam por desenvolver episódios de compulsão alimentar. No diagrama 38, apresentamos aspectos da compulsão alimentar.

Diagrama de Significações 38: Os Comportamentos Alimentares Presentes em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's: Compulsão. Fortaleza, 2001.

→ “Comecei a comer biscoito, eu comecei a tirar comida da geladeira e comer.” (...) “(...) Se tava vendo televisão e já tinha comido muito biscoito, eu ia lá na geladeira e botava arroz, feijão, fazia um prato de comida, esquentava no microondas e comia aí foi quando eu comecei a engordar, eu sempre fui gordinha mas não assim ” (...) “Primeiro começou com o biscoito e depois comer muito feijão de noite, mas logo quando eu cheguei aqui eu comia tudo, (...) **eu não gosto de chocolate, mas eu já comi chocolate com compulsão.**” (...) “Mesmo não gostando eu já comi só que aí eu não consigo comer muito chocolate porque me enjoa, mas eu como, biscoito de chocolate eu já comi de compulsão que não tinha outra coisa porque eu detesto.” (...) “Comecei comendo biscoito, lendo e comendo, lendo é comendo aqueles biscoito recheado de limão ou de morango que eu não gostava muito porque o de chocolate eu não gostava ou então umas rosquinhas, eu comprava aquele monte de biscoito e sentava aí entrava a noite.” (...) “Eu não dormia, tinha uma insônia terrível, né só fazia comer e ler, eu dormia bem pouquinho duas horas, aí depois do biscoito que eu passei a comer os biscoito e **assaltar a geladeira**, depois eu passei que o microondas um tempo quebrou e eu comia comida fria, eu **tirava feijão gelado e comia**, mas eu dizia assim: amanhã eu não vou fazer mais isso.” (...) “Eu não lembro mas acho que não parava não.” (...) “(...) eu passei fazer um doce e sentar e comer o doce todinho.” (...) “**Só parava quando acabava.**” (...) “Eu sentia muito mal, depois eu me sentia mal e na hora que tava comendo era uma beleza.” (...) “Não, na hora que eu tava comendo e tinha mais um detalhe eu comia rápido, né. Na hora que tava comendo eu não me lembrava de nada, mas eu não tinha consciência de nada disso e eu agora tenho, aí pronto comia o doce, as vezes eu fazia tudo que era coisa que você imaginasse de gostosa e de calórica eu sabia fazer agora eu não sei mais não, mas eu fazia aquele doce de leite que chama ambrosia eu fazia muita coisa, pão de queijo, ambrosia, bolo, Marta rocha que tem uma camada de suspiro, uma camada de ovos mole, uma camada de doce de pêssigo e ainda tem a cobertura aí fazia aqueles bolo de aniversário e ficava aquele monte de comida e o povo vinha e comia e o resto ficava lá e os meninos não comia, B. não comia e eu comia, comia acho que ali eu comecei a desenvolver.” (E. 3).

→ “(...) no começo dos binges foram mais assim inconsciente bem bravo que hoje praticamente eu não tenho, se bem que ontem a noite porque eu me acordei hoje e não me lembrava do que eu tinha comido, lembrei porque eu vi as coisas, mas eu não tinha lembrado.” (...) “Vi uma lata de leite que eu tinha tirado. Vi assim, por alto” – (Qual era função da comida nesse momento pra ti?) – (Pausa, silêncio) “Não sei.” (...) “Não sei de nada (risos), nada disso eu sei, eu sei assim que às vezes eu quero até tentar me conscientizar e me acordar, mas eu não (consigo) (...) depois eu não sei.” (...) “Às vezes eu lembro às vezes eu não lembro.” (...) “Eu lembro que é biscoito, agora hoje em dia tem horas bem consciente que eu como porque quero.” (...) “É assim: eu vou pego um biscoito, vou abrir aí tá cedo da noite e é um biscoito ali, não eu posso, eu tenho direito e como, e geralmente eu só procuro a noite, até nessa hora eu consciente é um binge, né.” (...) “Eu não sinto, vou dormir.” (...) “Aí é péssimo (quando acordo).” (...) “Quanto mais eu como mais eu acordo derrubada no outro dia.” (E. 7).

A compulsão é disparada por algum fator estressante e com isso ocorre a “quebra da dieta”, onde geralmente, são buscados os alimentos considerados “proibidos”, chegando a consumir nesses momentos até o que “não gostavam” e “comida fria”. Em sua maioria, ocorre de modo rápido e secreto. Predominam à noite e em alguns casos ocorre de não lembrarem no outro dia o que “tinha comido”, sendo as marcas da ocorrência do episódio, reveladas pelas embalagens vazias.

Como já dissemos, esses comportamentos despertam sentimentos negativos, além de um mal-estar pelo volume excessivo consumido e pelo medo de engordar. Assim, algumas delas, principalmente as bulímicas, seguem com mecanismos de comportamentos compensatórios/ purgativos, pois acreditam que desse modo, podem evitar o aumento do peso. Neste instante, instala-se um ciclo vicioso.

No diagrama 39 sintetizamos o ciclo vicioso que se instala de restrição/ compulsão/ purgação.

Diagrama de Significações 39: Ciclo Vicioso que se Instala de Restrição/ Compulsão/ Purgação em Mulheres Entrevistadas Portadoras de TA's. Fortaleza, 2001.

→ “Compulsão já, cheguei a ter vontade uma vez num chá aí comi, comi, comi, depois vomitei tudo, eu tava com aquele desejo de comer comida gostosa e vendo todo mundo comer e queria comer e depois oh botei pra fora, então agora eu tento comer só o que realmente não vou sentir nada e tudo, não vou ficar com culpa né.” (...) “Lembro de uma vez que eu tava em casa e não tinha ido trabalhar nesse dia e eu tava assim nervosa demais, eu acredito que eu sou pessoa realmente muito nervosa aí comecei a comer, comer e vomitei tudo de novo, mas os outros dias eu vou tentando manter sempre comendo pouco mesmo.” (...) “Não sei, eu vou vomito e depois vou me olhar no espelho pra saber como é que eu estou.” (E. 4).

→ “Teve uma vez assim quando no dia anterior que eu passava o dia provocando e no outro dia se tivesse um bolo na minha frente era arriscado eu comer ele todinho e quando eu mais esperava eu não via nenhum pedaço de bolo, e eu tinha devorado todinho. Teve um dia que eu comi 13 carioquinhas, teve outro dia que eu comia e provocava, comia e provocava e nesse dia pra te falar a verdade eu provoquei seis vezes de tanto comer e provocar, depois que eu provoquei essas seis vezes aí eu tomei água como se eu quisesse limpar meu estômago todinho e tirar toda a comida e tomei vinagre.” (...) “(...) dezembro foi o mês todinho que eu tive compulsão, **comia, comia, comia e pro banheiro e provocava** tudo. Se eu te falar que uma vez eu comi um panetone todinho na época de natal, comia, comia e provocava.” (...) “Me sentia muito mal.” (...) “Angústia.” (...) “Ficava inchado (o estômago).” (...) “Quando acabava, não era porque eu queria parar é quando acabava a comida aí eu parava.” (...) “(Ia) Direto (pro banheiro).” (...) “O problema S. é que eu tento que parar e não consigo.” (E. 5).

A relação disfuncional com a comida pode ser percebida pelo relato abaixo, onde o alimento é usado por uma questão emocional, independente da fome, sendo, inclusive, comparada ao vício da bebida alcoólica.

“Agora eu como por tudo. Aí eu descobri que eu como quando tá alegre e come pra festejar né, então é igual a pessoa que bebe e eu comia tanto que eu tinha a mesma sensação, (...) eu comia quando tava alegre a gente festejava e aí fazia aquele monte de comida (...) eu era muito nervosa e muito ansiosa e tinha muito medo das coisas não dar certo, agora não, eu tou mais tranqüila, mas eu era desse jeito e aí depois eu fui descobrir que aí que tudo eu ia lá e comia alguma coisa, pensava em alguma coisa e comia alguma coisa” (...) “(...) teve as greves de ônibus e a menina (filha) ficou por lá e nem o ônibus foi pegar e eu tive que pegar o carro e buscar porque não tinha ninguém, mas eu acho que eu fui buscar ela nesse dia, eu fui comendo, pra mim dirigir eu comia, um medo danado de dirigir aí depois dirigi tudo ” (...) “Eu acho que quando eu comia, eu não lembrava de nada e quando eu acabava de comer, eu agora eu tô tendo consciência

disso, aí eu lembrava e parece que vem tudo na minha cabeça outra vez e eu não conseguia ajeitar a vida do A., não conseguia ajeitar a vida da M. e tem aquela cobrança dos amigos” (E. 3).

A outra depoente com TCC, também relaciona a compulsão alimentar a um vício, comparando com álcool, jogos e compras.

*“(…) que é uma compulsão tal como bebida, alcoolismo, jogo, compras ”
(…) “(…) essa comida como um vício, né, vamos dizer” (E. 7).*

HISCHMANN & MUNTER (1992) discutem o ciclo restrição/ compulsão, onde o regime, que tornou-se parte de nossa cultura, provoca o desejo de comer em excesso e, conseqüentemente, uma ingestão elevada. O consumo alimentar passa a ser determinado por cálculos calóricos e despreza as percepções de fome e saciedade. Quando algo considerado “proibido” pelas dietas é consumido fica cada vez mais difícil controlar, sendo a alimentação compulsiva uma forma de não enfrentar os problemas diretamente. A remoção de tabus, restrições e controle, legitimando os alimentos, onde nada é “proibido”, é fundamental para interromper o ciclo restrição/ compulsão. Isso faz-se necessário porque *“a proibição do alimento cria um desejo exagerado”* (p. 122). A escolha do alimento deve ser determinada pelas necessidades qualitativas e quantitativas do organismo. Isso não significa um incentivo ao consumo voraz, mas considera que com a legitimação do alimento o desejo diminui.

“ Para curar seu problema alimentar, é preciso que você restabeleça a ligação entre o alimento e a fome do estômago.” (HISCHMANN & MUNTER, 1992, p. 144). Portanto, para superar os TA's, é preciso desistir das dietas, tendo em vista que as práticas restritivas desencadeiam episódios de compulsão alimentar e todos os sentimentos negativos associados a esses comportamentos.

Ainda considerando os comportamentos alimentares, podemos identificar as dificuldades enfrentadas no tocante às relações sociais, sabendo que, a alimentação faz parte desse convívio.

“Jantava assim, mas durante a coisa (AN) eu não costumava comer, refrigerante não tomava mais, eu consumia muito menos do que eu costumava, dia de sexta-feira à noite a gente (família) costuma ir pra peixada aí eu pensava ah peixe cozido não tem muita caloria, aí eu vou como bem pouquinho, come um pedaço, arroz e pronto vou dormir.” (E. 1).

“Quando eu vou pros canto e que eu sou obrigada a comer, eu chego em casa e coloco o dedo na garganta e começo a vomitar.” (E. 5).

Os hábitos alimentares e o peso tornam-se aspectos centrais nas vida dessas mulheres que, em busca de seu desejo de serem magras, ignoram as demais conquistas de suas vidas, como seres inteligentes, produtivos, criativos e singulares (TANNENHAUS, 1994).

“Pois é, aí às vezes eu olhava revista e olhava altura e peso, ixe! Essa menina é mais magra do que eu, ixe eu vou a emagrecer aí ficava com aquilo na cabeça e quando eu fui ver já tava com 46.” (E. 1).

“(...) aí eu fui me desgostando ainda mais porque minhas primas eram tudo magrinha, aí elas sempre andavam com roupa da moda e elas só vinham nas férias aí sempre era aquela coisa delas tudo magrinha e a gente saia pros show, elas com barriga de fora e tudo, chamando maior atenção e a gente não chamava atenção, porque as gorda não vai chamar atenção aí vai juntando esse monte de coisa, mas ao mesmo tempo que isso lhe chateia vai lhe dando força pra você, não eu tenho que dá um jeito nisso e você começa a querer e começa a querer buscar alguma coisa pra ter aquele resultado, você fica tão desesperada que se você pudesse dormir a acordar e já pudesse dormir gorda e acordar magra.” (...) “Busquei (formula mágica) (risos), aí eu com 16 ia ter a festa da minha irmã do terceiro ano e todo mundo se arrumando e todo mundo, aí era todas as minhas amigas já de dieta e todo mundo doido porque nessa festa todo mundo queria ir magro.” (...) “Porque era vestido longo e minha preocupação é que eu com o quadril deste tamanho de vestido longo não ia ter nem vestido pra mim, aí eu ficava morta de preocupada com isso ” (...) “A minha mãe dizia assim minha filha é o ano do seu vestibular, que se lasque o vestibular e minha mãe minha filha você tá acabando com

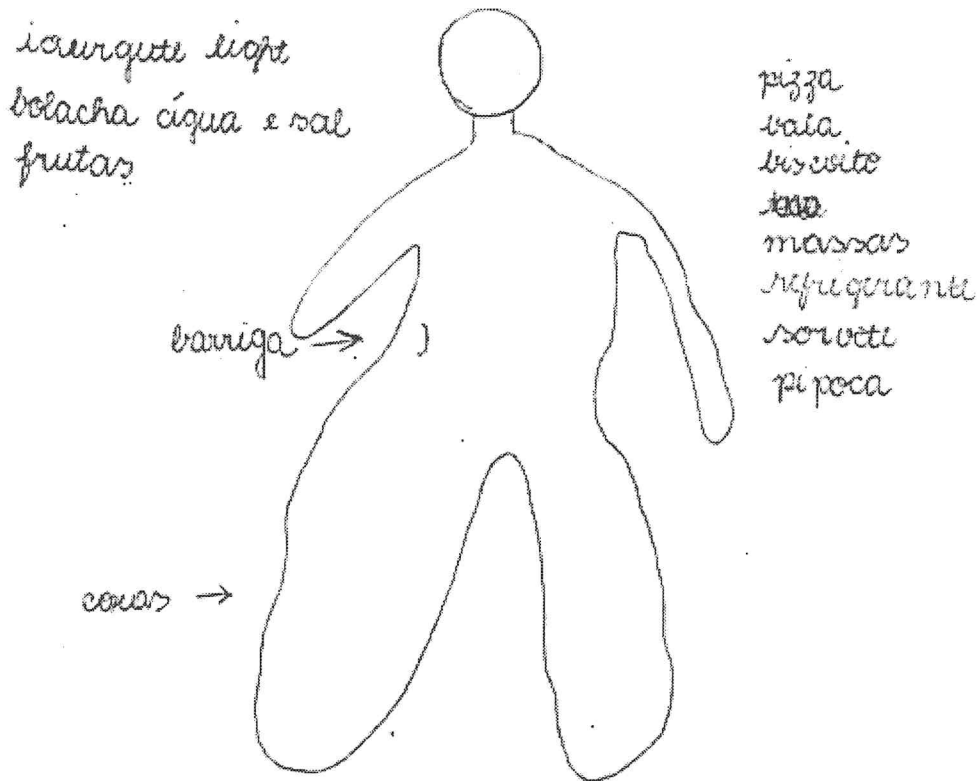
todo mundo com suas irmãs e eu não tava aí, todo mundo me achando magérrima mas eu achava que por trás elas tavam me enganando ainda tavam me dizendo que eu tava gorda, porque era muito difícil esquecer tudo que eu passei.” (...) “(...) eu só me importava era em continuar fazendo regime e ficar vestindo aquelas roupas mínimas que eu tava vestindo, é vestir aquela roupa e ficar com aquela sensação de magra assim aquela sensação de você vestir aquela roupa colada e ficar com aquela sensação de magra mesmo sabendo que o PPPPP que você vestia e que ficava assim frouxo e você vestia o short 36, tinha loja que a minha mãe ia atrás de 34 e que eu vestia e ainda ficava caindo na cintura e eu só pensava nisso naquela sensação maravilhosa que eu tinha de leveza, de tá leve de literalmente voar mesmo, porque minha mãe dizia que eu ia voar.” (E. 2).

“Eu queria chegar ao peso que eu estava antes, só que quando eu cheguei ao peso que eu estava antes que era os 47 quilos que eu estava bem, eu não me sentia mais bem com esse peso, achava que ainda tava gorda, que tava gorda e a doutora A. manera, A. você tem que emagrecer com saúde, você tem que emagrecer pra ficar bonita, pra ficar bem e não doente, mas era como se fosse uma assim me mandando você vai ter que ficar assim, você vai ter que ficar mais magra então eu cheguei aliás não foi a 41, foi 40 quilos e meio aí pronto emagreci e continuei fazendo exercícios e caminhando, caminhando e meu marido “pelo amor de Deus você vai sumir e tudo filha, você tem que se cuidar e tal.” (E. 4).

“Eu queria emagrecer o máximo possível”(E. 5).

Quanto à percepção da imagem corporal, a distorção é uma característica comum, principalmente entre anoréticas. (BUCKROYD, 2000; CID- 10, 1993; DSM- IV, 1995; HERSCOVICI, 1997; TANNENHAUS, 1994).

Através dos desenhos realizados por uma de nossas depoentes (E. 2), procuramos ilustrar essa percepção distorcida da imagem corporal, que à medida que ocorre sua evolução no tratamento nutricional e psicológico torna-se coerente a realidade.



Sexo: F.
Idade: 17a.
P: 38kg
Alt: 1,60m.
IMC: 14,84.
VCT: ±400cal

27/11/99

Figura 11: Desenho da imagem corporal feito por paciente portadora de TA entrevistada – 1

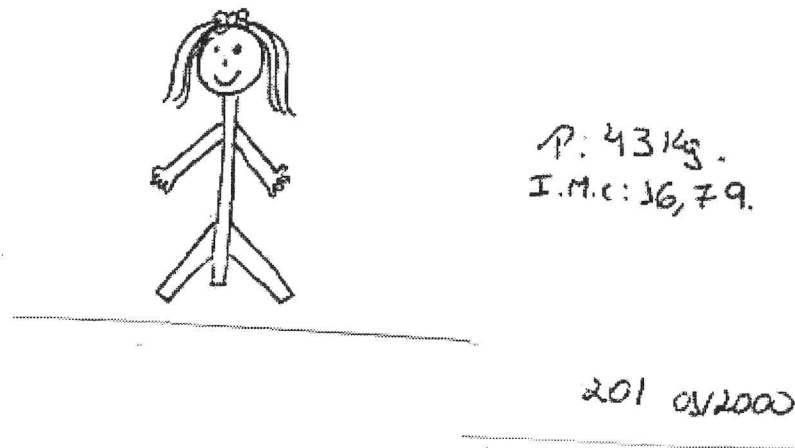


Figura 12: Desenho da imagem corporal feito por paciente portadora de TA entrevistada – 2

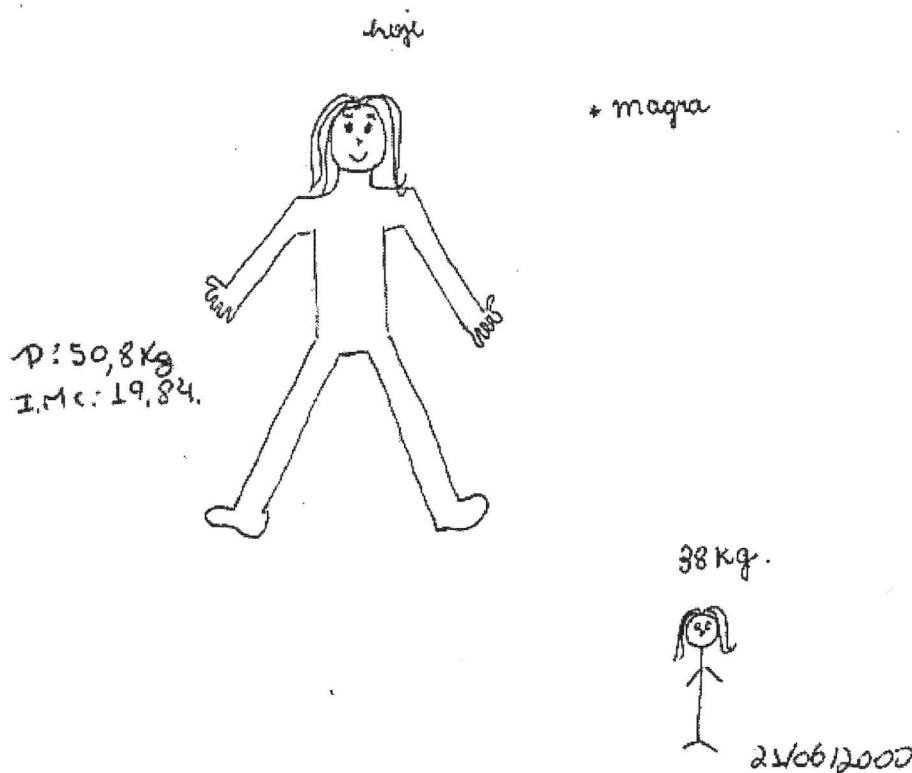


Figura 13: Desenho da imagem corporal feito por paciente portadora de TA entrevistada – 3

Mesmo quando essa imagem não mais apresenta-se distorcida a preocupação com o peso é ainda é muito forte e central na vida dessas mulheres. Vejamos a carta seguinte.

meu peso... nunca pensei que uma palavra tão pequena, tivesse um significado tão grande e forte para mim, forte! exatamente no sentido da palavra!

PESO para mim é igual a VIDA! O porque disso não sei, só sei que dele depende minha felicidade, meu bem-estar, minha auto-confiança, minha alegria, e para que tudo isto esteja bem é necessário que ele esteja bem para mim. Ele não estando bem para mim, é o bastante para tudo, exatamente tudo, se transformar. Minha vida fica em preto e branco, sem graça, nada tem sentido... não tenho vontade de fazer nada de estudar, me arrumar, conversar, sair, namorar a única coisa que tenho vontade de fazer, é me destruir.

Passo a sentir NOJO do meu corpo, de mim, sinto ódio, raiva. Pego na minha barriga, pernas, costas, seios e sinto e vejo tudo muito FOFO, me olho no espelho e começo a sentir PEWA de mim, por estar tão gorda e feia.

Quando meu peso não tá legal, sinto-me horrível, tenho ódio não só de mim, mas de todos que me rodeiam. Começo a ter pensamentos em lógica, obsessivos demais... isso tudo

sufoca-me, faz-me perder a paciência, e aí é que eu não acredito mesmo em mim. Como acreditar, se o que é mais importante para mim nunca tá legal?

Enfim, tenho uma relação de amor e ódio com meu PESO, amo-o quando ele está bem e odeio-o quando ele está mal.

Figura 14: Carta feita por paciente portadora de TA entrevistada - O peso

Podemos perceber através da carta a importância que o peso assume na vida dessas mulheres.

Através da balança, muitas mulheres avaliam sua aparência em geral e de acordo com o peso, seu estado de ânimo varia (HIRSCHMANN & MUNTER, 1992).

Bem, a balança é o meio de transmissão de uma coisa terrível chamada PESO. Terrível porque, talvez pq ele não esteja bom, se estivesse a frase seria: ... maravilhosa chamada peso.

Bla também é uma das culpadas da minha infelicidade, afinal ela é mais forte do que eu... ela sempre vence o final do jogo! bla me domina!

Peso bom = ☺ felicidade ☺, vontade de viver..
Peso ruim = ☹ infelicidade ☹, vontade de morrer

Figura 15: Carta feita por paciente portadora de TA entrevistada - A balança

O depoimento acima reforça que a (in) felicidade delas é baseada no peso que possuem. Sendo comum superestimarem seu peso.

Entretanto, nem todas com AN ou BN superestimam o tamanho de seus corpos (TANNENHAUS, 1994)

(Como que tu se vê hoje?)
"Que nem um esqueleto."

(Tu se vê magra?)
"Demais" (E.6).

Mas, apesar de algumas pacientes se verem como estão, não sentem-se bem com seu peso e corpo, apresentando um medo irracional de ficar gorda (TANNENHAUS, 1994).

A vivência dos TA's, despertam sentimentos negativos e contraditórios. Citamos narrativas de como essas mulheres se sentem na vivência do TA.

“Não, eu não me imaginava e eu já ouvi falar muito de anorexia, bulimia e já sabia o que era, mas eu nunca imaginava que isso ia acontecer comigo, nunca, nunca, nunca, nunca.” (E. 1).

“(...) foi uma relação muito doida ”(...) “(...) é uma luta, uma loucura, uma maluquice ”(E. 3).

“Me sinto uma neurótica, uma louca, uma diferente eu me sinto diferente de todas.” (...) “Pra mim eu me senti uma doente, era como se tivesse assim doente aquela doença assim como uma gripe.” (E. 5).

“É assim uma coisa horrível ” (E. 6).

“Eu nem sei, eu queria acabar com isso, mas é muito estranho isso porque você não ter controle sobre a quantidade de comida que você ingere, é uma coisa estranhíssima, eu acho, eu sei hoje em dia que é uma fuga e que isso é algum problema que eu tenho” (E. 7).

A maioria refere-se a esse momento como “horrível” e “estranho”, onde existe “uma relação muito doida” com a comida e sentem-se como uma “neurótica”, “louca”, mas apesar de todo sofrimento, uma delas reconhece “achar bom”, pois nesse momento vê todos ao seu redor sofrerem, e sente-se vingada por tudo que viveu antes de emagrecer.

“Pois é aí eu comecei achar bom aquele sofrimento, eu comecei a achar bom, sabe assim, eu não tava nem aí e meu pai com raiva e todo mundo dizendo que eu ia matar meu pai e eu dizia meu pai que morresse, sabe, eu não tava nem aí.” (E. 2).

Apesar de a maioria negar a doença e ter medo de abandonar os comportamentos inadequados de controle de peso, essas práticas trazem sentimentos negativos e acarretam sofrimentos tanto ao portador do TA, como aos familiares.

*“Foi, aí cheguei aos 40 quilos e minha mãe ficou desesperada (...) mas eu **sofria** também, eu **chorava** sozinha porque ao mesmo tempo que você tava (feliz) (...) também dava aqueles momentos depressivo assim d’eu saber que eu não tava vivendo, eu não tava mais saindo com meus amigos, eu não me arrumava mais e eu chorava também por causa disso, porque por mais doente que eu tivesse eu sabia que tinha alguma coisa errada” (...) “Era aí eu começava a chorar e queria arranjar um jeito de comer e ficar com aquele peso e dizia assim: por que é só comigo e todas minhas amigas comem, minha irmã come e não engorda e por que só eu, que vou comer e vou engordar.” (E. 2).*

*“Olha eu acho que ainda **sofro muito** e no fim virou um sofrimento e tem uma coisa primeiro você não tem consciência de nada, é uma luta, uma loucura, uma maluquice e é como eu tou falando ainda é amanhecer o dia como se tivesse bebido, porque quando você come demais você amanhece de ressaca entendeu? E eu comia muito de noite porque eu não dormia” (...) “Eu acho que ainda é muito sofrida (minha relação com a comida hoje), eu acho que eu tenho muita vontade ainda de comer, mas agora eu sei que a vontade de comer é pra me anestésiar, agora eu tou segurando depois que eu comecei com você e tudinho. (...) eu achava que era uma pessoa extremamente gulosa e que eu não tinha força de vontade pra parar de comer.” (...) “(...) é uma coisa muito doida aí eu comia, êh amanhã eu faço a dieta e toda vida deixava a dieta amanhã, amanhã, amanhã.” (E. 3).*

*“Não sei, comecei achar que ia morrer, comecei a **chorar** dentro de casa” (E. 4).*

Portanto, apesar da conquista do emagrecimento, os danos que este acarreta geram “sofrimento” intenso. No qual chegam a sentirem-se injustiçadas, pois acreditam que só elas não podem comer, caso contrário vão engordar.

Pelos relatos podemos perceber que a consciência do risco de vida e do quadro de TA não existia inicialmente para algumas.

“Hoje eu tenho (consciência que podia morrer), mas na época tu é doida que eu ia morrer, eu ia morrer de tudo mas eu achava que não ia morrer porque por falta de alimento, eu podia morrer de qualquer coisa menos disso.” (E. 2).

“Eu passei mais a tomar consciência lá em Brasília como eu fui mudando de médico, eu (...). sabia que tava gorda e o médico passava aqueles

remédios e eu pagava aquela consulta cara e eu não conseguia fazer (...) eu comecei a perceber (...) e chegou um tempo que eu vi que eu não podia parar de comer, eu precisava comer só que eu não entendia porque.” (...) “Eu fui atestar pro tanto que eu comia quando eu cheguei aqui (Fortaleza)” (E. 3).

Por fim, gostaríamos de abordar a recuperação dessas mulheres, no tocante a como estas avaliam, percebem e, principalmente, consideram a recuperação do TA.

No diagrama 40 sintetizamos as informações referentes a esse aspecto que foram obtidas nos depoimentos.

Diagrama de Significações 40: A Recuperação Segundo as Mulheres Portadoras de TA's Entrevistadas. Fortaleza, 2001.

→ “Foi, a duas semanas atrás que eu (fui no) Dr. H. porque eu tava meia doente e ele pegou (e disse:) suas batidas do coração tão normais, você não tá mais com bradicardia” (...) “Aí o Dr. H. até falou essas suas dores de cabeça pode ser por causa da menstruação e na semana seguinte veio a menstruação, Ave Maria foi uma alegria, eu me senti assim super bem ” (E. 1).

→ “(..) por exemplo, eu domingo fui estudar na casa da minha amiga aí menina foi muito emocionante eu merendando e jantei lá, aí merendei sorvete e jantei pão com ovo e qual é a dieta que (pausa) ” (...) “Sabe aquele negócio de você ficar tão feliz com aquela liberdade que você tá tendo e você achar que nunca mais você ia ter, você achar que você ia viver o resto da vida fazendo dieta e você comer e ficar bem feliz com aquela liberdade de poder escolher.” (E. 2).

→ “(...) eu realmente acho que ainda tem doce aí (risos). Eu comi uma vez, mas uma só colher.” (...) “(...) no fundo (...) eu acho que eu tenho medo de não ter (compulsão), de deixar de ser compulsiva e não ter com que me anestesiarmos (...) então eu tenho uma resistência muito grande a comer menos entendeu? a comer devagar, a comer menos eu tô tentando, mas comer devagar, oh coisa difícil.” (...) “Eu acho assim, que a compulsão, eu só tô bem da compulsão, quando não tiver esses ataques assim de querer comer.” (...) “E ainda tá difícil, hoje mesmo eu briguei muito comigo hoje, eu briguei porque eu tava querendo comer ” (E. 3).

→ “Lá (no hospital) era assim: eu não me sentia mal, mas o que era chato você passar só se observando comendo, eu passei três dias no soro e o resto foi só comendo, comendo mas com isso eu perdi tanta coisa, logo antes de começar as aulas e com isso eu podendo tá ajeitando meus livros e tudo pra ir pra aula e não, eu tava o que? No hospital olhando pra cima e lendo revista que era só o que tinha, então eu tava só observando me alimentar e cheio de coisas pra mim fazer.” (...) “Repôs uns cinco quilos.” (...) “(Foi internada com) – 32.” (...) “(Saiu com) 37.” (...) “(Depois) Voltei a perder peso.” (...) “Porque assim: lá eu não fazia nada e eu fazia as seis refeições e tal, mas agora é problema de tempo eu não tenho tempo de fazer as seis refeições, não tenho estômago pra comer muito de uma vez aí por isso não dá.” (E. 6).

→ “(...) de uma certa maneira eu passei a viver mais tranqüila, no dia a dia me alimentar com menos culpa com menos angústia, mas eu tô bem.” (...) “Pelo menos é uma coisa que você pode viver tranqüila e posso um dia e espero um dia chegar a viver tranqüila e comer por comer, comer porque tô com fome, o que posso e a comida fazer parte do rol normal das coisas e não ser aquela prioridade e passar a não dizer: “Vou comer isso, ah não posso comer”. ” (...) “Não (pensava em comida), mas na hora que chegava pra comer ficava a estória ah meu Deus se eu comer isso, vixe comi isso, ah comi demais, que dizer ontem me permiti comer a pamonha ” (E. 7).

A melhoria dos sinais clínicos, a reposição do peso e do comportamento alimentar foram aspectos relacionados à recuperação do TA, em que, a internação pode até possibilitar a reposição deste, mas não garante sua manutenção, como o que ocorreu com nossa informante. Afinal, para recuperação do peso e, conseqüentemente, melhoria dos sinais clínicos, é indispensável as mudanças no comportamento alimentar.

Entretanto, não basta que este seja imposto (dieta, hospitalização), porque desse modo não é possível ser mantido. Afinal, para que tenhamos mudanças definitivas faz-se necessário reestruturar o comportamento alimentar e, para isso, é preciso que a paciente compreenda e aceite, devendo estar presente o apoio nutricional e psicológico. Pois, como vimos, é preciso que os aspectos simbólicos que interferiram no desencadeamento/manutenção do quadro sejam considerados e trabalhados no *setting* terapêutico e nas sessões de nutrição.

Para quem observa os quadros, parece que é muito simples, necessitando apenas que a pessoa coma adequadamente para se recuperar (BUCKROYD, 2000).

“Primeiro minha mãe menina come, come e eu: Não (...) era no almoço aí tudo que eu pedia pra ela fazer ela fazia – mãe faz isso no almoço e ela fazia, mãe eu quero isso e isso e fazia, mãe eu só quero se for isso aí fazia ” (...) “(...) minha mãe não tinha idéia do que fosse e nem meu pai, mas minha mãe aos poucos quando ela foi vendo ela foi começando a falar come, come, quando ela descobriu, ela come, come ” (...) “Assim minha mãe que foi explicando pra ele (pai) aos poucos aí foi até esses casos dos mimos que ele começou a trazer comida “tome minha filha eu trouxe especialmente pra você” aí ficava Ave Maria essa menina parece um pinto não come nada, ah meu Deus do céu, menina come! Menina tu só vai comer isso? Aí eu: é pai, é o que eu quero e o que me sinto satisfeita; aí ele: menina tu come muito pouco menina, bota mais, aí ficava esse caso do mimo, me mimando, olha aí eu trouxe pra ti, eu trouxe aquele peixe que tu gosta, ah não só eu que vai comer não pai.” (E. 1).

“Ela (mãe) ainda não entende S., ela acha que eu tenho que comer normalmente como antes, ela não aceita comer o tanto que eu como ela não aceita, eu coloco meu almoço uma colher de sopa de arroz, uma de feijão e um pedaço de carne “só isso menina!”, mãe ainda tá muito,

“menina tu vai morrer, vá colocar caldo de feijão”, não mãe não quero não.” (E. 5).

“Meu pai começou logo a brigar comigo, que isso era besteira, frescura, doença de gente rico e que eu tinha que acabar com isso e até hoje é o que ele diz e já o resto acha isso uma coisa totalmente anormal, que acha que eu tou doida também, que isso é frescura, que não existe e que é só comer e pronto, é o que todo mundo acha.” (...) “A mãe acha a mesma coisa que isso é um pouco de frescura e que bastava eu comer e pronto e tava tudo resolvido.” (E. 6).

Os familiares acreditam que o único problema é que “a filha não quer comer”. De modo geral, não têm “idéia” e nem “entendem” o que está ocorrendo, acreditando que é “besteira, frescura, doença de gente rico” e tudo estaria solucionado se ela voltasse a alimentar-se regularmente. Mas, tanto na literatura recente (MORANDÉ & CARRERA, 1998) como nossa experiência clínica a nível público e privado, tem nos mostrado que a ocorrência desses quadros atinge a todos independente de classe social e quanto a sua caracterização enquanto transtorno psiquiátrico não existem dúvidas (CID- 10, 1993, DSM – IV, 1995).

Como já dissemos, os TA’s alteram o comportamento alimentar, mas não se limitam a isso. É preciso que se compreenda as dimensões subjetivas ligadas a esses quadros, indo além dos sintomas que se apresentam. Segundo BUCKROYD (2000, p. 60), os TA’s são “*usados como uma maneira de lidar com os sentimentos que surgiram em situações que a pessoa achou difícil enfrentar*”.

Uma de nossas depoentes deixa claro esse aspecto.

“(Eu acho) Que não é só isso, tem muita coisa e se eu pudesse só comer e pronto eu já tava comendo e pronto, mas sei lá, eu acho que não dá.” (E. 6).

Para finalizar, gostaríamos de chamar atenção para o efeito da prática indiscriminada de dietas e o seu risco para a saúde, entre elas, o desenvolvimento de TA.

5.3) Considerações Finais e Recomendações

Nesta pesquisa, procuramos conhecer os contextos intra- pessoal, familiar e sócio-cultural de mulheres portadoras de Transtornos Alimentares, na região do nordeste do Brasil. A realidade desses quadros foi estudada na perspectiva qualitativa, procurando aprofundar os aspectos nutricionais e visando cobrir uma lacuna no conhecimento científico. O método da **história de vida** que utilizamos através do roteiro de entrevistas semi- estruturado foi relevante para a obtenção dos dados desta pesquisa.

Inicialmente, realizamos uma extensa revisão de literatura nacional e internacional acerca do nosso objeto de estudo em diversas áreas. Com isso, foi possível adequar nossos objetivos para a realidade da Saúde Pública.

Na fase da coleta de dados, o contato direto com essas mulheres foi enriquecedor. Elas nos permitiram conhecer suas vivências e sentimentos, relacionados direta e indiretamente a suas desordens alimentares.

Com as entrevistas individuais, pudemos caracterizar os comportamentos, atitudes e sentimentos que nortearam nosso estudo.

Os conteúdos obtidos nas narrativas demonstraram a relevância dos TA's, cujos agravos e sua dimensão social nos remete a um importante problema de saúde pública, nos possibilitando chegar a algumas conclusões. É bem verdade que essas considerações representam uma das possibilidades a serem consideradas, tendo em vista que é uma investigação preliminar e necessita de novos estudos. Contudo, acreditamos que pode contribuir para o desenvolvimento de pesquisas futuras.

Destacamos algumas considerações relevantes:

→ Uma das lições aprendidas ao longo deste trabalho é em relação à quantidade de entrevistas suficientes para aprofundar o tema de estudo. Inicialmente pensamos que seria necessário um número maior de sujeitos para serem entrevistados. Quando atingimos sete casos, constatamos que as interações verbalizadas começaram a se repetir. O volume de dados obtidos através das extensas narrativas nos levaram a considerar suficiente o número de casos. Esta decisão foi corroborada pela riqueza de informações, o que exigiu muito tempo para transcrição, organização, identificação das unidades de sentido para posterior análise. Na perspectiva qualitativa, aprendemos que o número de casos estudados não está diretamente vinculado ao aprofundamento do tema estudado.

→ O fato das depoentes serem atendidas pela entrevistadora facilitou o acesso às mesmas, uma vez que já havia um vínculo de confiança estabelecido. Percebemos a disponibilidade e o interesse dessas mulheres em contribuir para a pesquisa através de seus depoimentos, pois acreditavam que assim contribuiriam para melhoria do conhecimento científico e, conseqüentemente, da assistência. Portanto, alegrou-nos o fato de todas as mulheres contactadas, terem concordado em colaborar, e, inclusive, algumas pacientes do ambulatório, ao saber que outras foram entrevistadas, colocaram-se disponíveis a prestar seus depoimentos.

→ Apesar de todos os danos que os TA's acarretam e de estarem reconhecidos como uma doença psiquiátrica (CID-10, 1993, DSM-IV, 1995), o mesmo não é facilmente diagnosticado, levando essas mulheres a buscarem inúmeras especialidades profissionais e não terem seu diagnóstico estabelecido. Desse modo, o quadro tende a cronificar, piorando o prognóstico e dificultando a recuperação, uma vez que o comportamento alimentar fica arraigado. Neste sentido, acreditamos que os critérios diagnósticos e características dos TA's devem ser mais divulgados aos profissionais de saúde, que possam ser envolvidos na

assistência terapêutica, para que, desse modo, as necessidades fisiológicas (clínicas e nutricionais) e emocionais sejam respeitadas e consideradas.

→ Nossos achados corroboraram com a literatura quanto à etiopatogenia dos transtornos alimentares, apresentando diferentes fatores de ordem pessoal, familiar e sócio-cultural relacionados ao desencadeamento e a manutenção dos referidos quadros clínicos.

→ A nível pessoal identificamos história de sobrepeso/ obesidade, uma auto-percepção negativa do corpo, marcada por insatisfação corporal, desejo de ser magra e medo de engordar. Analisando a história da alimentação, o aleitamento materno exceto para uma delas, não teve a duração adequada de no mínimo dois anos, sendo de seis meses o recomendado pela OMS para aleitamento materno exclusivo. Considerando a alimentação complementar esta foi introduzida precocemente, o que representa uma inadequação e anormalidade alimentar já existente desde a infância. Predominou a ocorrência de períodos de ingestão alimentar excessiva, mesmo quando foram precedidos de momentos de escassez alimentar. Além disso, anterior ao quadro de TA predominou o consumo de alimentos de elevado teor calórico, que posteriormente foram vistos como “proibidos” e “engordantes”, sendo assim, excluídos da alimentação, quando iniciaram a prática de dietas e a utilização de mecanismos purgativos e compensatórios, que visavam o controle do peso.

→ Ainda a nível pessoal, algumas características foram comuns, tais como: baixa auto-estima, timidez, depressão, sentimentos de menos-valia e perfeccionismo. São mulheres estudiosas e bem sucedidas acadêmica e profissionalmente. Suas histórias foram marcadas por vivências traumáticas, onde ocorreram abusos infantis, a nível emocional, físico e/ou sexual. Assim, vemos a relação entre estas experiências e o desenvolvimento de TA, sendo ainda necessárias mais pesquisas, principalmente em termos de Brasil, onde estas inexistem.

→ Sob o ponto de vista do contexto familiar, estas mulheres apresentam uma relação mãe- filha marcada por distanciamento e brigas. Já a relação pai- filha caracteriza-se pela ausência paterna. Encontramos, também, a avó materna como uma figura forte, além de uma relação competitiva entre as mulheres dessas famílias. A presença de “segredos familiares” que permitiam manter um pseudo- equilíbrio também estiveram presentes.

→ Vimos a história de obesidade familiar, em um ou mais membros da família e a preocupação, principalmente dos pais, com a obesidade pessoal e de suas filhas, onde estes, muitas vezes, incentivaram a prática de dietas e o emagrecimento.

→ O incentivo à dietas e a pressão para o emagrecimento não foi exclusiva dos níveis pessoal e familiar, visto que encontramos um ambiente sócio-cultural favorável a estas práticas que independem dos danos que possam provocar à saúde. Esta influência pode ser percebida através dos padrões de beleza esqueléticos que nos são apresentados como “ideais”, bem como, pelo incentivo ao consumo de produtos “diets” e “lights”, através das mensagens publicitárias veiculadas.

→ Através das narrativas, confirmamos nossa hipótese do risco da prática indiscriminada de dietas. Portanto, os nutricionistas e endocrinologistas, principais responsáveis pela prescrição de dietas, deveriam ser esclarecidos e orientados quanto aos riscos e a inadequação desse método, principalmente para as portadoras de TA, uma vez que a prescrição de dietas não permite compreender os medos e receios envolvidos com os alimentos e o corpo, ignorando assim, a subjetividade envolvida. A alimentação e o corpo são a linguagem que essas mulheres utilizam para se expressar. Portanto, uma prática impositiva como as dietas, não contribui para as mudanças necessárias, que devem ocorrer de forma saudável e positiva através da mudança do comportamento alimentar e dos padrões de funcionamento de ordem cognitiva e emocional, sendo a reeducação alimentar a proposta nutricional mais adequada e que tem apresentado melhores resultados.

→ Considerando a escassez de pesquisas que considerem os aspectos simbólicos relacionados a alimentação e ao corpo, sugerimos mais pesquisas na área. Visto que, na atualidade, temos uma maior oferta de alimentos, associada a um grande apelo publicitário e social ao consumo de alimentos de alto teor calórico e gorduroso e com baixo valor nutritivo, paralelamente existe uma maior cobrança para a magreza, onde o padrão de beleza vigente impõe e exige formas e pesos corporais incompatíveis à genética e à fisiologia da maioria das mulheres, principalmente, com o consumo que nos é apresentado. Com isso, a mídia influencia, muitas vezes, incentivando paradoxalmente a adoção de práticas alimentares restritivas e comportamentos inadequados de controle de peso, para que o corpo apresentado por ela como “ideal” seja obtido. Cria-se assim, mensagens contraditórias, ora incentivando o consumo de alimentos calóricos, ora aos produtos “diets” e “lights”. Enquanto isso, a formação de hábitos alimentares saudáveis fica comprometida.

Diante do exposto apontamos como recomendações:

→ Que seja incentivada e orientada uma prática adequada de alimentação infantil, que caracteriza-se pelo aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a partir daí a introdução apropriada e gradual de alimentos complementares, continuando o aleitamento materno até dois anos ou mais, a fim de que seja otimizado o desenvolvimento da criança. Gostaríamos de enfatizar que a alimentação saudável nos dois primeiros anos contribui para a formação de hábitos alimentares saudáveis e boa nutrição na idade adulta, sendo importante para prevenir distúrbios nutricionais como desnutrição e obesidade. E, a prevenção precoce da obesidade é importante para prevenir doenças como os TA's no futuro.

→ Que os profissionais da área de saúde sejam preparados para orientarem seus pacientes a uma prática alimentar saudável, sem, no entanto, prescreverem dietas restritivas que ignoram as preferências, hábitos e sentimentos. Portanto, a utilização de comportamentos alimentares anormais e de práticas inadequadas de controle de peso devem ser desencorajadas. Para isso, faz-se necessário mudanças na formação dos profissionais de saúde, sendo necessário uma humanização dos cursos.

→ Vale ressaltar que o manejo desses pacientes deve incluir uma equipe interdisciplinar, especializada e coesa, na qual os limites inerentes a cada profissional sejam claros. Portanto, o respeito e a confiança entre todos os envolvidos é primordial para a formação de um vínculo profissional e terapêutico adequado e, com isso, seja obtida a melhoria do paciente.

→ O desenvolvimento de estratégias de atendimento nutricional que considerem os aspectos subjetivos do comportamento alimentar, em que a orientação alimentar favoreça a formação de hábitos alimentares saudáveis, ao invés de inserir conceitos proibitivos e prejudiciais à saúde.

→ Dos aspectos referidos anteriormente, deriva-se a necessidade de intervenções precoces, através de procedimentos preventivos a nível populacional. Consideramos que uma parcela significativa da população, principalmente de mulheres adolescentes e adultas jovens, vivenciam uma relação disfuncional com o alimento e o corpo. A identificação de alguns sinais de alerta presentes ainda na infância, podem favorecer mudanças precoces. Assim, sugerimos programas de prevenção em diferentes direções, como: informação adequada sobre alimentação equilibrada, formação de hábitos alimentares saudáveis na infância, trabalhar a relação da mulher com seu corpo e imagem corporal, proteção à integridade física e psíquica da criança evitando a ocorrência de abusos (físico, emocional, sexual) e discutir com a sociedade os padrões culturais de beleza feminina. Acreditamos que desse modo, possam ser obtidos resultados satisfatórios na prevenção de alterações do comportamento alimentar, da percepção e auto-avaliação da imagem corporal e, conseqüentemente, do desenvolvimento de TA's. Desta forma, estaremos contribuindo para a promoção da saúde em consonância com as diretrizes divulgadas nas últimas conferências internacionais acerca da saúde.

→ A realização de outras pesquisas que explorem as dimensões simbólicas da alimentação, do peso e da imagem corporal, bem como, a relação desses aspectos a nível pessoal, familiar e sócio-cultural com os TA's. Acreditamos que uma pesquisa a nível populacional, explorando os fatores de risco trariam contribuições significativas.

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUCHAIM, A. L. G. Aspectos Históricos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa. In: Nunes, M. A. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 13-20.

_____. **Aspectos Históricos e Evolução do Conceito de Anorexia Nervosa**. Palestra apresentada no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.

ADA- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association : nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. **Journal of the American Dietetic Association**. v. 94, n.8, p. 902-7, 1999.

AGUILAR, X. L.; DÍAZ, J. M. M.; RAYÓN, G. A.; ZAPIAÍN, G. C. Un estudio sobre la personalidad e imagem corporal de comedoras compulsivas. **Rev. Sanid Milit Néx.** v. 51, n. 6, p. 255- 259, nov/dic, 1997.

ALIÑO, J. J. L.; ENGUIX, S. C. La Entidad Nosologica de la Bulimia Nerviosa. **Actas Luso Española de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines**, v. 19, n. 6, p. 304- 325, 1991.

ALVARENGA, M. dos S. **Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: aspectos nutricionais**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. 63p. (Dissertação, Mestrado em Interunidades em Nutrição Humana Aplicada).

AMATUZZI, M. M. Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In: BRUNS, M. A. de T. & HOLANDA, A. F. (org.). **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: reflexões e perspectivas**. São Pulo: Ômega, 2001. p. 15-22.

ANDERSON, L.; DIBBLE, M. V.; TURKKI, P. R.; MITCHELL, H.S.; RYNBERGEN, H. J. **Nutrição**. 17 ed. Rio de Janeiro: Guanabara,1988. p. 263-268, 281-296, 297-3111.

ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGHI, P.; NICOLÒ-CORIGLIANO, A. M. O indivíduo e a família: dois sistemas em evolução. **Por Trás da Máscara Familiar: um novo enfoque em terapia da família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 17-26.

ANDRADE, A. C. T. S. **Para além dos sintomas: a trilogia do desamparo no vivido de mulheres com transtornos do comportamento alimentar**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2000. 251p. (Disertação, Mestrado em Saúde Pública).

_____. SOUTO, S. G. & BOSI, M. L. M. **Perfil Psicológico e Abordagem Nutricional dos Transtornos do Comportamento Alimentar: a inversão paradigmática no manejo da anorexia e bulimia nervosas**. Pôster apresentado no 3º Congresso de Transtornos Alimentares, Rio de Janeiro, agosto, 1999.

_____ & SOUTO, S. G. **Manejo Nutricional e Perfil Psicológico: um caminho interdisciplinar na assistência dos transtornos do comportamento alimentar.** Pôster apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Fortaleza, outubro, 1999.

ANGEL, L. A.; VÁSQUEZ, R. Transtornos del comportamiento alimentario- Características clínicas y evolución. **Acta Medica Colombiana.** v. 20, n. 1, p. 14-21, ene/feb, 1995.

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal. estatura 2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Rev. Saúde Públ.,** São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431- 436, 1992.

APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). **American Journal of Psychiatry.** v. 157, n. 1, jan, 2000, p. 1- 39, Sup.

APPOLINÁRIO, J.C., COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C. O Transtorno do Comer Compulsivo- Revisão da Literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 44, supl. 1, out, 1995a. p. 38-45.

_____. O Transtorno do Comer Compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar.. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 44, supl. 1, out, 1995b. p. 46-49.

ARAÚJO, L. M. B. Obesidade. In: RABELO, M. M. **Manual prático de endocrinologia.** São Paulo:Fundo Editorial, 2000. p. 331-338.

ASTUDILLO, R. B. Santa Rosa de Lima: un analisis psicosocial de la anorexia nerviosa. **Revista de Psiquiatria.** Ano XIII, n.1, p. 707-711, 1991.

_____. McCOLL, P. C. El síndrome anoréctico en el hombre: otra psicopatología contemporánea. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria.** Ano 46, v. XXX, n. 4, p. 295-299, 1992.

_____. ALVELAEZ, J. C.B.; SLIMNING, P. C.; SEGUEL, P. M.; MAUREIRA, R. R. Insatisfacción corporal en los transtornos del hábito del comer. **Revista de Psiquiatria.** Ano XII, v.3/4, p. 200-204, 1996a.

ASTUDILLO, R. B.; CONZÁLEZ, W. F.; CARMI, K. R.; UBILLA, C. V. Transtornos del hábito del comer en um grupo de estudantes universitarios: análisis exploratorio. **Revista de Psiquiatria.** Ano XIII, v.1, p. 12-16, 1996b.

_____. Transtornos del hábito del comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. **Revista Medica de Chile.** v.126, n.9, p. 1085-1092, 1998.

AXELRUD, E.; GLEISER, D.; FISCHMANN. **Obesidade na Adolescência- uma abordagem para pais, educadores e profissionais de saúde.** Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999. 96p.

AZEVEDO, A. de M. C.; MELIN, P.; MANNETA, M. P.; GONZALEZ, C. H.; MALHEIROS, A. C.; BORGES, M. B.; OLIVEIRA, M. B.; PASSOS, T.; MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; SACHS, S.; SHALEM, S.; WAJSBERG, M.; SILVEIRA, D. X.; DEL PORTO, J. A. Programa de Transtornos Alimentares. UNIFESP/EPM. **Psychiatry On-line Brazil current issues**, oct/nov, 1996.

_____ STEFANO, S. C.; VECCHIATTI, I. R.; SOARES, L. F. N. T.; BACALTCHUK, J. **Características Clínico- Demográficas de Pacientes com Transtorno Alimentar Tratados no PROATA- UNIFESP-EPM, EM 1999**. Pôster apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.

BAGATTINI, C. M. de. Transtornos Severos de la Alimentacion- Anorexia Nerviosa & Bulimia. **Revista de Psiquiatria del Uruguay**. v. 62, n. 2, p. 1-42, oct, 1998.

BASAGUREN, E. & GUMÓN, J. Factores sociales en las perturbaciones de la propia imagem. **Revista Electrónica de Psiquiatria**. v.1, n.3, p. 1-12, sept, 1997.

BILLIET, L. E. Bulimia y anorexia en la actualidad. **Revista de Psiquiatria Dinámica y Psicopatología Clínica- Argentina**. v. 1, p. 01-08, 2000.

BORGES, B. **O Transtorno da compulsão Alimentar em Grupos de Auto-Ajuda em São Paulo**. Palestra apresentada no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.

BOSI, M. L. M. A Nutrição na Concepção Científica Moderna: em busca de um novo paradigma. **R. Nut. PUCCAMP**. Campinas, v. 7, n.1, jan/ jun, p. 32-47, 1994.

BRAGA, C. L. Manejo Nutricional. In: Nunes, M. A .A. et al . **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 130-138.

_____ FIGUEIRÓ, A. S.; NUNES, M. A. A. **Constipação Intestinal: um sintoma relevante em transtornos do comportamento alimentar?** Pôster apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.

BROCK, G. W.; BARNARD, C. P. **Assesment Concepts and Procedures**. In: BROCK, G. W.; BARNARD, C. P. **Procedures in Family Therapy**. Allyn and Bacon, Inc., Massachusetts, p. 21-34, 1988.

BUCHER, J. F. A alimentação e suas perturbações- anorexia mental e suas abordagens. **Estudos de Psicologia**. n. 2, p. 5-28, ago/dez, 1988.

_____ & SOUTO, S. G. **Abordagem Familiar no acompanhamento nutricional de pacientes com transtornos do comportamento alimentar**. 53ª Reunião Anual da SBPC, Salvador, 2001.

BUCKROYD, J. **Anorexia e Bulimia: esclarecendo suas dúvidas**. São Paulo: Ágora, 2000. 136p.

BURIAN, J. V.; AZUELA, G.; GUTIÉRREZ, A. M. Anorexia Nervosa. **Acta pediatri. Méx.** v. 5, n. 1, p. 23-27, 1984.

CALHEIROS, A. V. & SOUTO, S. G. **Aspectos familiares nos transtornos alimentares: uma proposta de tratamento nutricional e psicológica.** 51ª Reunião Anual da SBPC, Porto Alegre, 1999.

CALIL, V. L. L. **O modelo sistêmico.** In: CALIL, V. L. L. *Terapia familiar e de casal: introdução às abordagens sistêmicas e psicanalítica.* São Paulo: Summus Editorial, 1987. P.17-33.

_____ & ADAMO, F. A. **Aplicação de alguns conceitos sistêmicos e psicanalíticos em famílias de adolescentes apresentando distúrbios psicossomáticos.** In: CALIL, V. L. L. *Terapia familiar e de casal: introdução às abordagens sistêmicas e psicanalítica.* São Paulo: Summus Editorial, 1987. p. 145-161.

CARDEAL, M. V. Obesidade e alterações psicopatológicas: o transtorno do descontrole episódico. **Revista de Psiquiatria Clínica.** v. 23, n.1, p. 18-24, mar, 1996.

CALDERÓN, E., MORENO, P., GILI, M.; ROCA, M. Psicopatología y transtornos de la conducta: un estudio com el SCL-90-R. **Revista Electrónica de Psiquiatria.** v. 2, n.1, p. 01-10, Marzo,1998.

CAPRARA, A. O médico ferido: Omulu nos labirintos da doença. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. **Antropologia da Saúde; Traçando identidade e explorando fronteiras.** Rio de Janeiro: Fiocruz, Relumé Dumará, 1998. p. 123-138.

_____ & FRANCO, A. L. e S. A Relação Paciente- Médico. Para uma humanização da prática médica. Aceito para publicação dos **Cadernos de Saúde Pública,** 14p, 1999.

CARNEIRO, T. F. Família e saúde mental. **Psicol. Teor. Pesqui.** v. 8 (supl), p. 485-493, 1992.

CASTILLO, M. C. C.; ACHARÁN, X.; ALVAREZ, P. BUSTOS, M. C. P. **Apetito y Nutrición.** **Rev. Chil. Pediatr.** v. 61, n. 6, p. 346-353, nov/dic, 1990.

CHAVES, N. **Nutrição, Desenvolvimento e Crescimento.** In: CHAVES, N. *Nutrição Básica e Aplicada.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p. 170-186.

CID-10/Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID- 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. tradução Dorgival Caetano. Centro Coordenação da Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 173-178.

COÊLHO, H. de A. L. **Nutrição dos Grupos Etários.** In: CHAVES, N. *Nutrição Básica e Aplicada.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p. 160-169.

CORDÁS, T. A. (organizador), vários autores. **Fome de Cão: quando o medo de ficar gordo vira doença- Anorexia, Bulimia, Obesidade.** São Paulo: Maltese, 1993. p. 135

_____ BORGES, V. C. ; WAITZBERG, D. L. Transtornos do comportamento alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosa. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica.** 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 392-400.

_____ et al. **Anorexia e Bulimia: O que são? Como ajudar? Um guia de orientação para pais e familiares.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 59p.

_____ . **A Importância da Comorbidade no Acompanhamento de Pacientes com Transtornos Alimentares.** Palestra apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.

_____ SEGAL, A. Bulimia Nervosa I: Aspectos clínicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, supl. 1, p. s20- s24, out, 1995.

COSTA, J. V. da; ÁVILA, B. N. de; QUINTANA, A. B.; NUNES, M. A. A. **Análise de Aspectos Clínicos de Pacientes Hospitalizados com Transtornos do Comportamento Alimentar (TCA).** Pôster apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.

COTRUFO, P.; BARRETTA, V. MONTELEONE, P.; MAJ, M. Full- syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: na epidemiological study of female students in Southern Italy. **Acta Psychiatr Scand.** v. 98, n. 2, p. 112-115, aug, 1998.

COURTINE, J-J. Os Stakhanovistas do Narcisismo: body- building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT'ANNA, D. B. de. **Políticas do Corpo.** São Paulo: Estação Liberdade ,1995. p. 81-114.

COUTINHO, W. Comer Compulsivo e Obesidade In: HALPERN, A.; MATOS, A. F. de G.; SUPPLY, H. L.; MANCINI, M. C.; ZANELLA, M. T. **Obesidade.** Lemos Editorial, 1998. p 209-216.

_____ . Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 43, n. 1, p. 21-65, fev, 1999.

CRAMER, B. **Segredos Femininos: de mãe para filha.** Porto Alegre: Artes Medicas, 1997. 171p.

CRISP, A . H. "Psychopathology of anorexia nervus" In : A . J. Stunkard & E. Stellar (Eds), **Eating and its Disorders.** New York: Raven Press, 1984. p. 85-92

CUKIER, R. **Sobrevivência emocional:** as dores da infância revividas no drama adulto. São Paulo: Ágora., 1998. 117p.

DALGALARRONDO, P. Síndromes relacionadas ao comportamento alimentar. In: **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 209-211.

DALLERRA, S.; SORRENTINO, N. **A psicodieta: por que comemos, por que engordamos, como parar.** São Paulo: Paulus, 1997. 175p.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995. p. 293.

DROSSMAN, D. A . Os Distúrbios da Alimentação .In: WYNGAARDEN, J.B. et al. **Tratado de Medicina Interna.** 19 ed.Rio de Janeiro: Guanabara, 1993. p. 1178-1181, v.1.

DUCHESNE, M. Transtornos Alimentares. In: RANGÉ, B. (org). **Psicoterapia Comportamental e Cognitivo de Transtornos Psiquiátricos.** Campinas: Psd, 1995. p. 185-198.

DSM-IV- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista.4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 511-522.

ENGSTROM, E. M.; ANJOS, L. A. dos; CASTRO, I. R. R.; AZEVEDO, A. M.; SILVA, C. S. **Perfil Nutricional dos Alunos do Rio de Janeiro.** Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Livros de Resumos. v.5, p. 529, Salvador, ago/set, 2000.

ESPINOSA, M. T.; BOURGES, H. Experiencias en la Atencion de Pacientes com Anorexia Nerviosa en la Ciudad de Mexico. **Revista Chilena de Nutricion.** v. 17, n.1 p. 6-12, 1989.

FAIRBURN, C. G.; WELCH, S. L.; DOLL, H. A.; DAVIES, B. A.; O'CONNOR, M. E. Risk factors for Bulimia Nervosa- A Community- Based, Case- Control Study. **Archives Gen Psychiatry,** v. 54, p. 509-517, june, 1997.

_____ DOLL, H. A.; WELCH, S. L.; HAY, P. J.; DAVIES, B. A.; O'CONNOR, M. E. Risk factors for Binge Eating Disorder- A Community- Based, Case- Control Study. **Archives Gen Psychiatry,** v. 55, p. 425- 432, may, 1998.

_____ COOPER, Z.; DOLL, H. A.; WELCH, S. L. Risk factors for Anorexia Nervosa – Three Integrated Case- Control Comparisons. **Archives Gen Psychiatry,** v. 56, p. 468- 476, may, 1999.

FALCETO, O. G.; ROSA, J. C. S. da; TETELBOM, M.; SUKSTER, E; BENETTI, S. P. da C.; COHEN, S. do C. P.; WAINSTEIN, M. Anorexia Nervosa: querem que eu viva? **Revista ABP- APAL.** v. 15, n. 1, p. 11-16, 1993.

_____ . Terapia de Família. In: CORDIOLI, A. V. (org.) **Psicoterapias: abordagens atuais.** 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 171-185.

FASOLO, C.; DINIZ, T. C. do V. C. Aspectos Familiares. In: Nunes, M. A .A. et al . **Transtornos Alimentares e Obesidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 77-85.

FERNANDES, C. S.; FERRAZ, L. M.; PEREIRA, T. J.; POLÔNIO, M. L. T.; SERRA, G. M. A. **Adolescente: consumidor potencial de produtos dietéticos.** Pôster apresentado no

VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Livros de Resumos. v.5, p. 535, Salvador, ago/set, 2000.

FERNANDEZ, F.; SÁNCHEZ, I.; TURÓN, J. V.; JIMÉNEZ, S.; ALONSO, P.; VALLEJO, J. Grupo Ambulatorio Psicoeducativo en Bulimia Nerviosa. Evaluación de un abordaje de corta duración. **Actas Luso Española de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines**, v. 26, n. 1, p. 23- 28, ener/feb, 1998.

FERREIRA, A. J. Mitos Familiares. In: BATESON, G. et al. **Interacción familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica**. Buenos Aires, 1980. p. 154-163.

FIELD, A. E; CAMARGO, C. A. Jr.; TAYLOR, C. B.; BERKEY, C. S.; COLDITZ, G. A. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. **Arch Pediatr Adolesc Med**. v. 153, n. 11, p. 1184-1189, nov., 1999.

FISCHER, B. B.; BERNET, R.; SIEBER, M.; SCHMID, J.; BUDDEBERG, C. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14 to 19 years old Swiss students. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 93, n. 4, p. 296-304, 1996.

FISCHLER, C. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: SANT'ANNA, D. B. de. **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

FLEITLICH, B. W. O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. **Pediatria Moderna**. v. XXXIII, n.1 / 2, p. 56- 62, jan/fev, 1997.

Folha de São Paulo, Especial A, Família, p.1- 16, Domingo, 20 de setembro de 1998.

FONSECA, V. de M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 6, v. 32, p. 1-16, dec, 1998.

FRANKLE, R.; OWEN, A. L. **Nutrition in the Community- The Art of Delivering Services**. 3 ed. Snt. Louis: Mosby, 1993. p. 173-174.

GAIGUER, C. R. **Reflexões da imagem corporal e da obesidade através do estudo de um caso clínico**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. 44p. (Monografia, especialização em Psicologia em Hospital Geral).

GARIBAY, E. M. V.; CORONA, G. V.; TALAMANTES, E. S.; RODRÍGUEZ, F. N.; VELARDE, E. R. Disfunción de la dinámica familiar como un factor asociado a desnutrición primaria grave en el niño. **Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.** v.52, n. 12, p. 698-705, dic, 1995.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos**; Embasamento científico. Organização Mundial de Saúde e Organização Pan- Americana de Saúde. Nov., 1997, 77p.

GOLDBLOOM, D. G.; GARFINKEL, P. E. Transtornos Alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa. GARFINKEL, B. D. ; CARLSON, G. A.; WELLER, E. D. (eds)

Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência. Artes Médicas, 1992. p. 100-111, v. 1.

GOMES, M. P. **O desenvolvimento da doença-obesidade-infantil na família: uma leitura fenomenológica- sistêmica.** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996. (Tese, Doutorado em Psicologia Clínica)

GOMES, I. C. **Uma reflexão sobre a influência da dinâmica do casal, na formação do sintoma da criança, utilizando-se a técnica do psicodiagnóstico infantil.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. 122p. (Tese, Doutorado em Instituto de Psicologia).

GRANDO, L. H. **Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.122p. (Tese, Doutorado em Enfermagem)

HAGUETTE, T. M. F. **O objeto das metodologias qualitativa.** In: Metodologias Qualitativas na Sociologia. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 63-65.

HALPERN, A. **Pontos para o Gordo.** Rio de Janeiro: Record, 1999. 125p.

HEYDE, M. E. von der; AMORIM, S. T. S. P de; LANG, R. M. F. **Índice de Massa Corporal em Adultos da Cidade de Curitiba.** Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Livros de Resumos. v.5, p.537, Salvador, ago/set, 1999.

HERSOVICI, C. R. **A Escravidão das Dietas: Um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 181p.

_____ & BAY, L. **Anorexia Nervosa e Bulimia- Ameaças à Autonomia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 184p.

HIRSCHMANN, J. R.; MUNTER, C. **Adeus às Dietas: como superar a compulsão alimentar num mundo cheio de comida.** 2ed. São Paulo: Saraiva, 1992. 296p.

HOLLIS, J. **Gordura: as mulheres e a obsessão por comida.** São Paulo: Mandarim, 1996. 322p.

IIABACA, P. T.; LETELIER, C. O . Alexitimia en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, **Revista Chilena de Neuro- Psiquiatria**, v. 35, n. 4, p. 579-584, 1997.

_____. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: clínica y epidemiologia de 90 casos. **Revista de Psiquiatria Clínica.** v. 33, n. 1 e 2, p. 17-32, 1996.

ISSELBACHER, K.; BRAUNWALD, E.; WILSON, J.; MARTINS, J.; FAVLI, A.; KASPERD, D. **Harrison's/ Principles of Internal Medicine**(Companion Handbook), 13 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1995. p. 890-892.

JACKSON, E. **Alimento e Transformação: imagens e simbolismo da alimentação.** São Paulo: Paulus, 1999. 164p.

JANSEN, A. Como comedoras compulsivas, com restrição alimentar, percebem a quantidade ingerida de alimentos. **INSIGHT- PSICOTERAPIA**. p. 12-19, julho, 1997.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. **Abuso sexual da criança e desamparo: uma contextualização**. Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, agosto, 2000.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. ; GREBB, J. A . **Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1997. p. 648-655.

LAWRENCE, M. **A experiência anoréxica**. São Paulo: Summus Editorial,1991. 135p.

LEMES, S. O.; MORAES, D. E. B.; VÍTOLO, M. R. Bases psicossomáticas dos distúrbios nutricionais na infância. **Revista de Nutrição PUCCAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 37-40, 1997.

LETELIER, O. C.; IIABACA, T. P.; MALLOUHI, D. Perfil de Personalidad al MMPI en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, n. 1 e 2, p. 41-50, 1997.

MAHAN, L. K.; ARLIN, M. T. **KRAUSE: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 8 ed. São Paulo: Roca, 1995. p. 183-199, 227-243, 352-359.

_____ SCOTT-STUMP,S. **KRAUSE: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 9ed. São Paulo: Roca, 1998. p. 495-500.

MALYSSE, S. Em busca do corpo ideal. **Sexualidade, Gênero e Sociedade: CEPESC/IMS/ UERJ**. Ed. Especial, n. 7 e 8, p. 12-17, 1998.

Manual de Dietas da Clínica Mayo. Departamentos de dietas da Clínica Mayo, Rochester Methodist Hospital, St. Mary Hospital of Rochester, Minnesota. Editores: Cecília M. Pernberton, Clifford F. Gastineau. Editora São Paulo, 1998.

MARSÁ, M. D.; CARRASCO, J. L.; LÓPEZ, J. J.; SÁIZ, J. Un Estudio de la Personalidad en los Transtornos de la Conducta Alimentaria. **Actas Luso Españolas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines**. v. 26, n. 5, p. 288-296, 1998.

_____ LÓPEZ, R. P.; RUIZ, J. S. El papel de la personalidad en los transtornos de la conducta alimentaria. **Actas Luso Españolas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines**. v. 27, n. 1, p. 243-50, 1999.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. In: A pesquisa qualitativa em psicologia- fundamentos e recursos básicos. 2 ed. São Paulo: Moraes,1994. p. 21-25.

MELIN, P. Comorbidades nos Transtornos Alimentares. In NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas,1998. p. 97-110.

_____. **Comorbidades dos Transtornos Alimentares com Transtornos de Personalidade.** Palestra apresentada no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. **Revue Française de Sociologie.** n.17, p. 248-256, 1975 (tradução).

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 238p.

MINAYO, M. C. de S. (org) ; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 16 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. 269p.

MIRANDA, C. F. de & MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda.** 10 ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996. 261p.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; CARVALHO, M. F. C. C. de; PHILLIPPI, S. T.; ALBUQUERQUE, Z. P. de e cols. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Organização Pan Americana de Saúde.** Secretária de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

MORANDÉ, G.; CARRERA, M. Anorexias nerviosas y bulimias, T.A.A.? Una epidemia actual en adolescentes? Algunos aspectos en discusion. **Revista de Psiquiatria.** Año V, n. 1, p. 19-28, enero/ marzo, 1988.

MORENO, A. C.; CALO, J. J. P.; ZARGOZA, C. L.; PIÑERO, M. V.; HORCAJADAS, F. A. Tratamiento psicofarmacológico de la bulimia nerviosa. **Actas Luso-Españolas de Neurologia, Psiquiatria e Ciências Afines.** v. 21, n. 6, p. 211-220, 1993.

MORGAN, C. M.; AZEVEDO, A. M. C. de. Transtornos Alimentares e Cultura: Notas sobre a Oitava Conferência em Transtornos Alimentares- New York. **Psychiatry on Line Brazil- Current issues.** v.3, n. 7, p. 01-07. 1998 a.

_____. Aspectos Sócio-Culturais dos Transtornos Alimentares. **Psychiatry on Line Brazil- Current issues.** v. 3, n. 2, p. 01-08. 1998 b.

_____. Aspectos Sócio- Culturais. In NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade.** Porto Alegre: Artes Médicas,1998c. p. 86-93.

MOSCHETTA, G. H.; CORDIOLI, A. V. Anorexia Nervosa: uma discussão etiológica. **Revista do HCPA.** v. 5, n. 2, , p. 111-115,dez, 1985.

NASSER, M. "Culture and weight consciousness". **Journal Psychosomathic .**v. 32, p. 573-577, 1988.

NEVES, J. E. P. **O Transtorno da Compulsão Alimentar**. Palestra apresentada no 3º Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Rio de Janeiro, ago, 1999.
NEUBURGER, R. **O Mito Familiar**. São Paulo: Summus Editorial, 1999. 194p.

NÓBREGA, F. J. de & CAMPOS, A. L. R. de. **Distúrbios Nutricionais e Fraco Vínculo Mãe/Filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 70p.

NUNES, M. A. A. **Prevalência de Comportamentos Alimentares Anormais e Práticas Inadequadas de Controle de Peso em mulheres de 12 a 29 em Porto Alegre**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1997, 75p. (Dissertação, Mestrado em Epidemiologia).

_____ & ABUCHAIM, A. L. G. Anorexia nervosa. Parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, supl. 1, p.5-9, out, 1995a.

_____. Anorexia nervosa. Parte II: Tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, supl. 1, p. 10-11, out, 1995b.

_____. Abordagens Psicoterápicas nos Transtornos Alimentares. In: CORDIOLI, A. V. (org.) **Psicoterapias: abordagens atuais**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 359-365.

_____ & RAMOS, D. C. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico In: Nunes, M. A. A. et al . **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 21-30.

_____ CAPELLINI, A . L.; APPOLINÁRIO, J. C. Tratamento Hospitalar nos Transtornos Alimentares. In: Nunes, M. A. A. et al . **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 171-180.

OGDEN, J. **A vez do gordo?** desfazendo o mito da dieta. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 137p.

PACHECO, A. R.; ROTENBERG, S.; MENDONÇA, C. **Obesidade: um problema de saúde pública**. Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Livros de Resumos. v.5, p.523, Salvador, ago/set, 1999. CONGRESSO SP

PAREDES, F. F.; AVENDAÑO, E. S. Obesidad en la niñez y adolescencia: factores de riesgo. **Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.** v. 43, n. 1, p. 53-56, ene, 1986.

PATTON, G. C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J. B.; WOLFE, R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 year. **BMJ**. v. 20, n. 318, p. 765- 768, mar, 1999.

PEDRO, I. de la S. de; OLIVER, I. M.; PIFARRE, R. V. Estudio Comparativo de la Anorexia Nerviosa entre un Grupo de Varones y Hembras. **Actas Luso-Españolas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines.**, v. XVIII, n. 5, p. 332-338, sep/oct, 1990.

REIS, J. R. T. **Cenas Familiares, Psicodrama e Ideologia**. São Paulo: Ágora, 1992. 139p.

RIBEIRO, R. P.P.; SANTOS, P. C.; SANTOS, J. E. Distúrbios da Conduta Alimentar: anorexia e bulimia nervosas. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.31, n. 1, jan/mar,p. 45-53, 1998.

ROBELL, S. **A mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura**. São Paulo: Summus,1997. 147p.

ROBERTO, L. G. Transtornos Alimentares como Segredos de Família. IMBER- BLACK, E. (org). **Os Segredos na Família e na Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 166-182.

RODRIGO, M. I. H.; GONZÁLEZ, R. J. D.; RODRIGO, M. de los A. H.; GUERVOS, M. S. Estudio de factores psicosociales y evolutivos en la anorexia nerviosa. **Actas Luso-Españolas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines.**, v. XVIII, n. 5, p.277-285, sep/oct, 1990.

RODRÍGUEZ, J. A. M.; LÓPEZ, B. A. La familia y el adolescente. **Rev. Méd. Hosp. Gen. Méx.** v.62, n. 3, p. 191-197, jul-sept, 1999.

RORTY, M.; YAGER, J.; ROSSOTTO, E. Aspects of childhood punishment and family enviroment correlates en bulimia nervosa. **Child Abuse & Neglect**. v. 19, n. 6, p. 659-667, 1995.

ROSNER,B.; PRINEAS, R.; LOGGIE, J.; DANIELS, S. R. Percentiles for body mass index in U. S. children 5 to 17 years of age. **The Journal of Pediatrics**. v. 132, n. 2, p. 211-222, feb., 1998.

SANTACRUZ, H. Anorexia y Bulimia. Conflitos con el cuerpo. **Acta Medica Colombiana**. v.22, n. 3, p. 105-110, may/jun, 1997.

SANT'ANNA, D. B. Cuidados de Si e Embelezamento Feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT'ANNA, D. B. de. **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 121-140.

SANTOS, P. C. M. dos; JÚNIOR, N. L.; FERRONATO, M. G. A.; OLIVEIRA, J. E. D. de; SANTOS, J. E. dos. Anorexia Nervosa: uma revisão clínica de 12 casos. **Revista Paulista de Medicina**. v. 104, n. 5, p. 240-246, set/out, 1986.

SANTOS, P. C. M. dos; JÚNIOR, N. Y.; PESSA, R. P.; SANTOS, J. E. Anorexia Nervosa e Bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos. **ABP-APAC**, v. 10, n. 2, p. 35-41, 1988.

PESSA, R. P.; SANTOS, J. E. dos. Anorexia Nervosa e Bulimia- como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 47, p. 155-169, dez., 1990.

SCHIATTINO, I.; SANFUENTES, M. T.; LAGARRIBEL, M.; JARA, S.; LOLAS, E.; LIBERMAN, C. Influencia de la restricción alimentaria sobre la díada madre- hija. **Actas**

Luso- Espanholas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. v. 26, n. 5, p. 303-308, sep/oct, 1998.

SEGAL, A. **Obesidade não tem Cura, mas tem tratamento.** São Paulo: Lemos Editorial, 1998. 118p.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública.** v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEIXAS, M. R. D. **Sociodrama Familiar Sistêmico.** São Paulo: ALEPH, 1992. 199p.

SILVA, F. M. L. da & SILVA, F. J. C. Anorexia Nervosa- O Fantasma de Hoje. **ARS-CVRANDI- Clínica Médica.** v. 31, p. 28-29, ago, 1998.

SOIFER, R. **Psicodinamismos da Família com Crianças: terapia familiar com técnica de jogo.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1989. 272p.

SOMENZI, L.; ZAVASCHI, M. L. S.; MARTINS, F. P.; TIMM, H. B. Transtornos alimentares e sua relação com abuso sexual na infância: relato de um caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** v.18, n. 3, p. 367-373, set/dez, 1996.

SOUTO, S. G. **A relação nutricionista-paciente: a inversão paradigmática no manejo dos transtornos alimentares.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1999. 21p. (Monografia, da disciplina Tópicos Especiais em Saúde Pública do Mestrado em Saúde Pública).

SOUZA, F. G. de M.; SOUTO, S. G. **Anorexia and Bulimia in the Northeast of Brazil.** Pôster apresentado no XI World Congress of Psychiatry, Germany, aug, 1999.

SPIGNESI, A. **Mulheres famintas: uma psicologia da anorexia nervosa.** São Paulo: Summus, 1992. 127p.

SPINK, M. J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 1999. 296p.

SULLIVAN, P. F.; BULIK, C. M.; FEAR, J. L.; PICKERING, A. Outcome of Anorexia Nervous: A Case- Control Study. **American Journal Psychiatry,** v. 155, n. 7, p. 939-946, july, 1998.

TANNENHAUS, N. **Distúrbios Alimentares- como tratar e evitar.** Rio de Janeiro: Ediouro, 1994. 140p.

VICENTE, C. M. O direito a convivência Familiar e Comunitária: uma política de manutenção do vínculo. IN: KALOUSTIAN, S. M. (org.). **Família Brasileira, a base de tudo.** 3 ed. São Paulo, Brasília: Cortez, 1998. p. 47-59.

VILLELA, J. E. M.; LAMOUNIER, J. A.; BARROS NETO, J. R.; ABANTES, A. C. M.; SILVA, F. H. F.; SILVA, L. F.; VASCONCELOS, M. A. M.; CASTRO, P.R. **II Estudo Epidemiológico em Saúde Escolar de Belo Horizonte: distúrbios da alimentação.**

Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Livros de Resumos. v.5, p.528, Salvador, ago/set, 1999a.

DELLARETTI FILHO, M. A.; BARROS NETO, J. R.; ABRANTES, M. M.; FERREIRA, M. L. P.; CARVALHO, P. R.; DUARTE, P. A.; SOUTO, M. M.; VIEIRA, R. C. P.; GONÇALVES, R. L. G.; MORGAN, G.; COUTINHO, F. L. S.; RIBEIRO, G. O.; REIS, F. J.; TICLE, L. B.; VASCONCELOS, J. S. **Bulimia em Escolares do Interior de Minas Gerais.** Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Livros de Resumos. v.5, p.528, Salvador, ago/set, 1999b.

Anorexia em Escolares do Interior de Minas Gerais. Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Livros de Resumos. v.5, p.528, Salvador, ago/set, 1999c.

VITOLO, M. R. e cols. **Os dez passos da alimentação saudável;** Orientação para a promoção da alimentação saudável para a criança menor de dois anos de idade. Ministério da Saúde. Organização Pan- Americana de Saúde. Brasília. Jul., 2001, 48p.

VIVANCO, N.; PUMARINO, H.; FERRER, S. Bulimia, una forma del comer patológico.. Experiencia clínica y electroencefalográfica en 16 pacientes. **Revista Médica de Chile.** v., 112, n. 11, p. 1109-1115, 1984.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of a consultation group on obesity. **Preventing and managing the global epidemic.** Geneva, 1998.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1997. 247p.

WOLF, N. **O Mito da Beleza:** como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992. 439p.

YUNES, R; ROMI, J. C.; BERTERA, H. Mesa Redonda sobre bulimia e anorexia. **Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.** v. 4, n. 4, p. 1-15, 1993.

ZAVASCHI, M. L. S.; CAMOZZATO, A. ; NERUNG, L. Bulimia. **Revista HCPA.** v. 8, n. 1, p. 48-52,abr, 1998.

ZEGERS, O. D.; PETRASIC, J.; MORALES, E. El rol de la familia en las patogenesis de la anorexia nerviosa. **Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.** v. 34, n. 1, p. 33-40, 1988.

7) ANEXOS

7.1) Termo de Consentimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar - Fortaleza-Ce - Tel. (085) 288.8045 Fax: (085) 288.8050

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Nome do paciente: _____
Sexo: M () F ()
Identidade: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Grau de instrução _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____
Telefone: _____

2. Responsável Legal: _____
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador etc.): _____
Sexo: M () F ()
Identidade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Grau de instrução _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____
Telefone: _____

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

Título: Transtornos Alimentares: o paciente e seu contexto familiar.

Pesquisador: Silvana Gonçalves Souto

Cargo Função: Nutricionista. Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFC.

A pesquisa durará em média 02 (dois) meses (abril e maio) e não apresentará nenhum risco de danos à integridade física e/ou psicológica como consequência imediata ou tardia do estudo.

O projeto de pesquisa investigará o contexto familiar e as práticas alimentares de portadoras de transtornos alimentares. Serão entrevistadas pacientes atendidas em serviços públicos especializados no Estado do Ceará e no consultório. O objetivo será contribuir para o conhecimento acerca dos transtornos alimentares, a partir da estrutura e dinâmica familiar.

Será realizada entrevista com a paciente em local **reservado/privativo**. Sendo autorizado, será utilizado um gravador para o registro da conversa entre o pesquisador e a pessoa entrevistada. A identificação da paciente, bem como o conteúdo das entrevistas será mantida em **sigilo**, sob responsabilidade direta do pesquisador.

É garantido o acesso às informações sobre procedimentos e benefícios da pesquisa a qualquer momento, inclusive para esclarecimentos de eventuais dúvidas, assim como, retirar o seu consentimento e, a qualquer momento, deixar de participar do estudo sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Em caso de menor de idade, declaro que o mesmo foi devidamente esclarecido e aceita participar do presente estudo sendo eu o responsável legal.

Fortaleza, _____/_____/_____.

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Silvana Gonçalves Souto
Mestrado em Saúde Pública da UFC

Contato com o pesquisador:

Tel(s): 9181 1488 / 249 6485 / 249 1327
Serviço de Saúde Mental do HUWC
CETRATA - Centro de Estudos e Tratamento em Transtornos Alimentares.
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290
Rodolfo Teófilo
60430-370

7.2) Perfil do entrevistado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar – Fortaleza- Ce – Tel. (085) 288.8045 Fax: (085) 288.8050

PERFIL DO ENTREVISTADO

Iniciais: Local de Atendimento:
Idade início do quadro: Idade início do tratamento: Idade atual:
Data de nascimento: Sexo:
Estado civil:
Diagnóstico atual:
Escolaridade:
Profissão:
Renda individual:
Renda familiar:
Prática religiosa:
Atividade profissional do pai:
Escolaridade do pai:
Atividade profissional da mãe:
Escolaridade da mãe:
Peso início do tratamento:
Altura no início do tratamento:
IMC no início do tratamento:
Peso atual:
Altura atual:
IMC atual:
Peso mínimo:
Peso máximo:
Genograma:

7.3) Roteiro norteador da entrevista semi-estruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar - Fortaleza - Ce - Tel. (085) 288.8045 Fax: (085) 288.8050

ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Fale sobre sua história com o alimento desde quando você era bebê.
2. Como você descreveria as refeições em sua família?
3. Haviam regras para o acesso ao alimento? Quem as elaborava? Como era o funcionamento (obediência ou quebra)?
4. Fale sobre seu relacionamento com cada membro da família (pai, mãe, irmãos, marido, filhos) na infância, adolescência, idade adulta e hoje.
5. Sobre quais assuntos você conversa com seus familiares? Quem você busca em maior frequência para conversar? Quem você jamais buscaria?
6. Como foram as experiências que você teve com relação ao seu peso e a sua imagem corporal (família, amigos).
7. E na sua família, como eles se vêem em relação ao próprio corpo?
8. Você poderia me falar sobre suas experiências em relação a alimentação e dietas. O que te motivou para fazer dieta? Quando e quem te incentivou?
9. Em que momento começaram suas preocupações com peso e comida?
10. Como você se sente considerando os padrões de beleza atual?
11. Descreva o momento em que iniciou o seu quadro de TA.
12. Que fatores você percebe como tendo influenciado o seu quadro de TA?
13. Você poderia falar um pouco como era seu padrão alimentar. (Alimentos preferidos? Alimentos que começou a evitar? Alimentos que tinha compulsão? Etc.)
14. Quem primeiro notou seu problema alimentar? Como você reagiu?
15. Nesse momento, quem aproximou-se e quem distanciou-se de você?
16. Você tinha consciência do seu quadro? Como você se percebia?
17. Como você percebe a sua família lidando com seu quadro?
18. Quando e como você buscou tratamento?
19. Como paciente com TA, como considera que deve ser o tratamento?
20. Você gostaria de comentar algo que considere importante e não foi abordado nessa entrevista.

7.4) Mapas de associação de idéias

MAPAS DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS

TEMA CENTRAL: HISTÓRIA PESSOAL

CATEGORIA DE ANÁLISE: HISTÓRIA DO PESO E PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

*** HISTÓRIA DO PESO**

- Ao nascer
- Infância
- Adolescência
- Adulta
- Habitual
- Aumento
- Diminuição
- Idealizado

*** PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

- Auto- percepção - na Infância
 - na Adolescência
 - na Idade Adulta
- Percepção- olhar do outro - antes das dietas
 - depois de emagrecer

*** INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO E PERCEPÇÃO DO CORPO**

- Espelho - antes de emagrecer
 - após gestação
 - depois de emagrecer (No TA)
- Balança - Antes de emagrecer
 - No TA
- Medição

*** DESEJO DE SER MAGRA**

- Saúde X estética
- Busca de Aceitação

*** MEDO DE ENGORDAR**

* MEDO DE PARECER GORDA

* INSATISFAÇÃO CORPORAL

* PADRÕES DE BELEZA PESSOAL

* BUSCA DO CORPO IDEAL

* PRÁTICAS INADEQUADAS DE CONTROLE DO PESO UTILIZADAS

--- Atividade Física

--- Vômitos

--- Laxante

--- Inibidor de Apetite

TEMA CENTRAL: HISTÓRIA PESSOAL

CATEGORIA DE ANÁLISE: COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS ALIMENTARES

*** AMAMENTAÇÃO**

- Duração
- Ausência
- Rejeição

*** INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS**

*** QUANTIDADE DE ALIMENTOS CONSUMIDOS**

- Escassez
- Excesso

*** TIPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS**

- Antes das dietas
- Modificação da alimentação
- Avaliação
- Sentimento
- Alimentos que tem aversão
- Acesso aos Alimentos
- Clima nas Refeições

*** DIETAS**

- Início
- Alimentos “proibidos” X Alimentos “permitidos”
- Orientação Profissional
- Rigidez
- Como solução dos problemas
- Frustração

*** PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO DA SOCIEDADE**

TEMA CENTRAL: HISTÓRIA PESSOAL

CATEGORIA DE ANÁLISE: ELEMENTOS PSICO- AFETIVOS E MOMENTOS TRAUMÁTICOS

*** DISCRIMINAÇÃO**

- Amigo (as)
- Mãe
- Pai
- Pai e Mãe
- Tias
- Primos

*** COBRANÇA**

*** RIDICULARIZAÇÃO**

*** AUTO- AVALIAÇÃO**

***PERFECCIONISMO**

*** COMORBIDADES**

- Compulsão por compras
- Depressão

*** ABUSO EMOCIONAL INFANTIL**

*** ABUSO SEXUAL**

- Padrasto -
 - Sentimentos
- Namorado -
 - Sentimentos

*** ABUSO FÍSICO**

- Mãe
- Pai
- Padrasto
- Tia

*** ESCOLHA DE HOBBY E CARREIRAS**

TEMA CENTRAL: CONTEXTO FAMILIAR

CATEGORIA DE ANÁLISE: ESTRUTURA E RELAÇÕES

*** RELAÇÃO MÃE- FILHA**

- Perda
- Distância
- Brigas
- Agressão física

*** RELAÇÃO PAI- FILHA**

- Distância - Aproximação com o TA
- Ausência
- Brigas
- Agressão
- Rejeição

*** RELAÇÃO COM AVÖ**

*** RELAÇÃO COM IRMÃ (S)**

- Competição
- Inveja
- Distância
- Avaliação
- Dependência

*** RELAÇÃO COM IRMÃO (S)**

*** RELAÇÃO COM MARIDO/ NAMORADO**

*** RELAÇÃO COM FILHA (S)**

*** CARACTERÍSTICAS DAS RELAÇÕES FAMILIARES**

*** BUSCA DE ESPAÇO/ NECESSIDADE DE APOIO E PROTEÇÃO**

*** PROTEÇÃO DA FAMÍLIA**

*** SEGREDOS DE FAMÍLIA**

*** ASPECTOS TRANSGERACIONAIS**

- Alimentação
- Relacionamentos

TEMA CENTRAL: CONTEXTO FAMILIAR

CATEGORIA DE ANÁLISE: PESO, IMAGEM CORPORAL E HÁBITOS ALIMENTARES: HISTÓRIA E VALORES FAMILIARES

*** HISTÓRIA DO PESO DOS FAMILIARES**

*** HISTÓRIA DA IMAGEM CORPORAL DOS FAMILIARES**

- Mãe
- Pai
- Pai e Mãe
- Irmã (s)
- Irmão
- Tia
- Filha
- Filho
- Primas

*** VALORES E CRENÇAS ALIMENTARES- MITOS**

- Alimento que engorda
- Alimento que emagrece
- Bebê gordinho
- Preocupação com aparência física: medo de engordar/ ser gorda

*** DISCRIMINAÇÃO À OBESIDADES**

*** HÁBITOS ALIMENTARES**

- Tipo de alimentos consumidos
- Prática de dietas

*** ASPECTOS TRANSGERACIONAIS**

- Hábitos Alimentares
- Padrões Corporais “Ideais”

TEMA CENTRAL: ASPECTOS SÓCIO- CULTURAIS

CATEGORIA DE ANÁLISE: INCENTIVO À DIETAS E PRESSÃO PARA MAGREZA

*** INCENTIVO SOCIAL PARA DIETAS**

- Colégio
- Amigas
- Professor de Educação Física/ Balé

*** PRESSÃO E COBRANÇA PARA O EMAGRECIMENTO**

*** INFLUÊNCIA DA MÍDIA**

*** PADRÕES DE BELEZA VEICULADOS**

*** PROPAGANDAS E CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS**

*** INDÚSTRIA DO EMAGRECIMENTO**

*** INDÚSTRIA DAS DIETAS**

*** PREOCUPAÇÃO FEMININA COLETIVA**

*** MEDO GENERALIZADO DE ENGORDAR**

TEMA CENTRAL: ASPECTOS SÓCIO- CULTURAIS

CATEGORIA DE ANÁLISE: ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL

*** BUSCA POR TRATAMENTO**

--- Demanda - pessoal
- familiar

--- O Desconhecimento

*** O DIAGNÓSTICO**

*** COBRANÇA**

*** AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR**

--- Hospitalização
--- Ambulatorial

*** AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL ATRAVÉS DA REEDUCAÇÃO ALIMENTAR**

--- Educação Nutricional
--- Interrupção da Utilização das Práticas: compulsivas, restritivas, compensatórias e/ou purgativas
--- Reposição ou Adequação do Peso
--- Diário Alimentar
--- Abordagem Familiar

TEMA CENTRAL: O TRANSTORNO ALIMENTAR E SUAS INTERFACES

*** PERCEPÇÕES DAS SITUAÇÕES E INFLUÊNCIAS RELACIONADAS AO INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRO DE TA**

- Peso: sobrepeso/ obesidade
- Insatisfação corporal
- Gestação
- Frustração profissional
- Dieta
- Emagrecimento
- Situações traumáticas na infância
- Conflitos familiares
- Abusos - físico
 - emocional
 - sexual
- Pressão generalizada para emagrecer
- Ambientes Sociais
- Mídia

*** COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

- Inicia uma dieta
- Preparava e servia comida
- Restrição alimentar
- Contagem de calorias
- Uso de Diets e Lights
- Evita alimentos “proibidos”: os “engordantes”
- Medo de comer e engordar
- Sensação de força e poder
- A fome
- Compulsão

*** CICLO VICIOSO: RESTRIÇÃO/COMPULSÃO/ PURGAÇÃO**

*** O VÍCIO**

*** PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL: DISTORÇÃO**

*** AUTO- AVALIAÇÃO BASEADA NO PESO CORPORAL**

*** NEGAÇÃO DA DOENÇA**

*** O SOFRIMENTO**

- Pessoal
- Familiar

*** CULPA**

*** CONSCIÊNCIA DO RISCO DE VIDA (QUADRO)**

*** SINAIS CLÍNICOS**

*** A RECUPERAÇÃO**

--- Sinais Clínicos

--- Comportamento alimentar

--- Hospitalização

--- Auto- conhecimento

--- Dificuldades

--- Percepção dos familiares: centralizada na reposição/ adequação do peso e alimentação

--- Percepção da portadora de TA: dimensões subjetivas relacionadas a peso, imagem corporal e alimentação

7.5) Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 64/2001

Fortaleza, 27 de abril de 2001

Protocolo n° 37/01

Pesquisador responsável: Silvana Gonçalves Souto

Dept°./Serviço: Departamento de Saúde Pública

Título do Projeto: "Transtornos alimentares: o paciente e seu contexto familiar"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 26 de abril de 2001.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

Dieta: uma prática arriscada para a saúde.

Silvana Gonçalves Souto- Mestrado em Saúde Pública- Universidade Federal do Ceará

Julia Sursis Nobre Ferro-Bucher- Mestrado em Saúde Pública- Universidade Federal do Ceará

Endereço para correspondência:

Silvanasouto@yahoo.com.br

Silvanasouto@bol.com.br

Termos de Indexação: dieta, transtorno alimentar, abordagem nutricional

Index terms: diet, eating disorders, nutritional approach

Short Title: Eating Disorders and Diet

Obs: Versão preliminar elaborada em 13/04 para atender ao requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Já enviado para análise da Revista de Nutrição PUCCAMP.

RESUMO

O presente artigo discute o risco da prática indiscriminada de dietas. Considera os diversos níveis de incentivo ao emagrecimento e da adoção das dietas como veículo para que seja alcançado o peso corporal, divulgado nos diferentes meios de comunicação, peso este, muitas vezes incompatível à estrutura genética da maioria das mulheres. Procurou-se através da narrativa de mulheres com transtornos alimentares, analisar como o padrão psico-social, relacionado a peso e forma corporal vigente, interferem no imaginário das mulheres, influenciando-as a adotarem comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso.

ABSTRACT

This article discusses the risk of the indiscriminated practice of diets. It is concerned with the various levels of incentives to grow thin and with the adoption of diets as mean to achieve corporal weight, as shown on mass media, such weight most of times incompatible to the genetic structure of the most women. We have tried, thru the narratives of women with eating disorders, to analyse how the psycho-social pattern related to the up to date weight and body shape interfere on women's imagination, influencing them to adopt abnormal behaviors na inadequate practice of weight control.

1. INTRODUÇÃO

A alimentação é uma necessidade humana vital (LAWRENCE, 1991, SANTACRUZ, 1997), na qual a comida e o ato de alimentar-se representam elementos de interação humana familiar e social, com conotações simbólicas (SANTACRUZ, 1997).

O comportamento alimentar é um fenômeno complexo que vai além do ato de comer (ALVARENGA, 1997). CASTILLO et al. (1990) também relacionam a ingestão de alimentos a estímulos internos e externos, considerando fatores orgânicos, psicológicos e sociais. Desse modo, o ato de comer transcende o valor nutritivo e às características organolépticas do alimento, possuindo motivações ocultas relacionadas às carências psicológicas e vivências emotivas e conflituosas que independem da fome. (DALLERA & SORRENTINO, 1997).

O panorama sócio-cultural ocidental de extrema valorização da magreza com a pressão para o emagrecimento interagindo com outros fatores biológicos, psicológicos e familiares, geram uma preocupação com o corpo e um pavor de engordar patológico, levando a uma associação com o desenvolvimento de anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Essa pressão ocorre principalmente com as mulheres, para quem a aparência física é relacionada a um valor pessoal e associada com sucesso profissional, autonomia financeira e independência (MORGAN & AZEVEDO, 1998).

Em estudo realizado por ASTUDILLO (1998), a conduta dietante em busca de um corpo magro, com intenso controle alimentar e restrição alimentar severa, é o fator mais significativo e altamente sensível no tocante a capacidade de prescindir e confirmar um quadro de anorexia e/ou bulimia nervosas. Outro aspecto significativo é a alta motivação para alcançar uma magreza além da esperada, existindo uma discrepância entre o peso real e o idealizado (MORGAN & AZEVEDO, 1998).

A prática de dietas representa um risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA's) até oito vezes maior (PATON, 1992, Apud MORGAN & AZEVEDO, 1998), portanto esta conduta não deve ser estimulada indiscriminadamente (HERSCOVICI, 1997).

Na busca do corpo "ideal", o comportamento alimentar é modificado, sendo inserido o uso de produtos "*diets*" e "*lights*". Assim, "... *o adolescente se convierte en un esclavo de ser 'light'* " (BILLIET, 1997, p. 02).

Apesar da dieta ser uma prática freqüente, nem toda adolescente que inicia uma dieta e deseja ser magra desenvolve AN (BAGATTINI, 1998). Entretanto, dos 90 casos de TA estudados por ILBACA (1996), todos referiram início com uma dieta severamente restrita. Para FLEITLICH (1997) fazem parte da gênese e da manutenção dos TA's o peso e a distorção da imagem corporal.

A cultura é um componente importante na imagem corporal (BASAGUREN & GUIMÓN, 1997, CORDÁS & SEGAL, 1995). Ao longo dos séculos, os padrões de beleza feminina mudaram (MORGAN & AZEVEDO, 1998). Na década de 60 já se sugeria que o culto à magreza seria um fator precipitante da anorexia nervosa (ABUCHAIM, 1998). Nos anos 80, ocorreu um crescimento considerável do mercado relacionado à manutenção do corpo. Fazem parte desse arsenal industrial da sociedade de consumo, aparelhos de musculação, suplementos nutricionais, revistas de boa forma e saúde, regimes alimentares e cirurgia plástica.

A ênfase da sociedade contemporânea no ideal de magreza (culto ao corpo), as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes e de produtos dietéticos, bem como, do crescimento de academias e do número de revistas sobre o assunto, fornecem o ambiente sócio-cultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de

que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e “modernidade” (CORDÁS, 1998, DALLERA & SORRENTINO, 1997). Entretanto, essa imagem corporal idealizada é um padrão impossível ou impróprio, incompatível para a grande maioria da população (BASAGUREN & GUIMÓN, 1997, JACKSON, 1999).

Atualmente, temos uma “epidemia” de dietas e TA’s, o que representa individualmente uma insegurança e insatisfação quanto ao corpo, e, no coletivo, uma mudança rumo a novos desenvolvimentos da consciência da mulher (JACKSON, 1999).

Falamos em mulheres por serem nelas que ocorrem cerca de 90% dos casos de AN (ROBELL, 1997), a quem o culto à beleza representa uma neurose moderna e coletiva que se espalha em ritmo epidêmico de mulher para mulher (ROBELL, 1997, WOLF, 1992).

“Estamos entonces frente a la ‘esclavitud de la aparência’ ” (BILLIET, 1997, p. 04).

Segundo HERSCOVICI (1997, p. 23) *“mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem suficientemente gordas, a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso”*. Sendo os regimes alimentares uma novidade deste século e estas condutas, consideradas pelas teorias modernas, como desencadeadoras de TA, faz-se necessário advertir a população quanto aos riscos das dietas restritivas, uma vez que a restrição alimentar favorece a ocorrência de episódios compulsivos e empanturramentos alimentares.

Apesar da indústria da moda incentivar a magreza, não podemos considerá-la como a responsável por síndromes que habitam a nossa mente e se refletem nos corpos (HERSCOVICI, 1997, ROBELL, 1997).

Entretanto, é evidente que foi atribuído ao peso corporal um significado especial que tem levado as mulheres a uma obsessão pelo emagrecimento, onde cerca de 90% das

mulheres fazem dieta em algum momento da vida (OGDEN, 1993). Conseqüentemente, a indústria das dietas e dos produtos relacionados ao emagrecimento prosperaram. Assim, mulheres envolvem-se em práticas de dietas por sentirem-se gordas, mesmo estando na faixa de peso de normalidade, o que reflete uma superestimação do tamanho corporal. E a indústria das dietas não faz essa distinção. Além da mídia divulgar a mensagem de que devemos ser magras, o conceito de magreza tem diminuído nos últimos anos.

Associada ao padrão do corpo magro é veiculada a mensagem de sucesso, controle, aceitação, conquistas de amor e estabilidade psicológica. Assim, a mulher acredita que sendo magra conquistará todas as qualidades positivas, sendo a prática de dietas vendida como solução para todas as dificuldades. E, na ocorrência de insucesso na redução de peso, a mulher é vista como incapaz e sem autocontrole (OGDEN, 1993). Entretanto o padrão imposto como ideal é bem mais esbelto que a forma mediana, não respeitando os diferentes biótipos e fazendo com que as mulheres sintam-se gordas e desejem o emagrecimento. Para isso, iniciam dietas e aderem a práticas inadequadas de controle de peso, tais como: fumo, vômitos auto-induzidos, laxativos e remédios para emagrecer (BUCKROYD, 2000, OGDEN, 1993). Portanto, a não aceitação do corpo leva muitas mulheres a caírem na armadilha das dietas, sendo essa alienação das mulheres quanto aos seus corpos apoiada pela indústria do emagrecimento que perpetua os mitos acerca das dietas (BUCKROYD, 2000).

2. OBJETIVO

Discutir o incentivo a prática indiscriminada de dietas e o risco destas para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

3. METODOLOGIA

Adotamos uma abordagem metodológica qualitativa, por tratar-se de um objeto de estudo de natureza simbólica que não pode ser quantificado, mas, sim, compreendido e interpretado à luz das relações sociais (MINAYO et al., 1994).

Os dados foram coletados através de entrevistas individuais com sete mulheres, sendo três com Anorexia Nervosa, duas com Bulimia nervosa e duas com Transtorno do Comer Compulsivo, com idades de 13 a 52 anos. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados nas seguintes instituições:

- CETRATA- Centro de Estudos e Tratamentos em Transtornos Alimentares. Vinculado ao ambulatório de saúde mental do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.
- Serviço Privado- onde exercemos a profissão de nutricionista, atualmente, na cidade de Fortaleza- CE.

O trabalho de campo foi realizado nos meses de abril a junho de 2001.

Inicialmente identificamos nas narrativas resultantes, as unidades de significação e os núcleos de sentido relacionados ao tema gerador. Em seguida, realizamos a associação de idéias, utilizando a técnica do mapeamento de associação de idéias, formando categorias de análise, que constituíram os temas centrais. Também utilizamos como recurso a construção de diagramas de significações, a partir dos quais desenvolvemos nosso estudo.

Na metodologia qualitativa, a definição do número de sujeitos entrevistados não se baseia em uma representatividade numérica afim de generalizar para a população, e, sim, uma coleta de informações que por sua profundidade e abrangência permita uma análise profunda das falas e uma compreensão do objeto investigado. Sendo assim, o número de entrevistados foi estabelecido de acordo com a reinteração das categorias empíricas. (MINAYO, 1996).

Desse modo, após a realização de sete entrevistas, observamos que as categorias reincidiam. Este fato nos levou a considerar que o material coletado até então era suficiente, alcançando, assim, nosso objetivo.

Finalizamos realizando um diálogo reflexivo, articulando os conteúdos empíricos e teóricos que nortearam a nossa investigação.

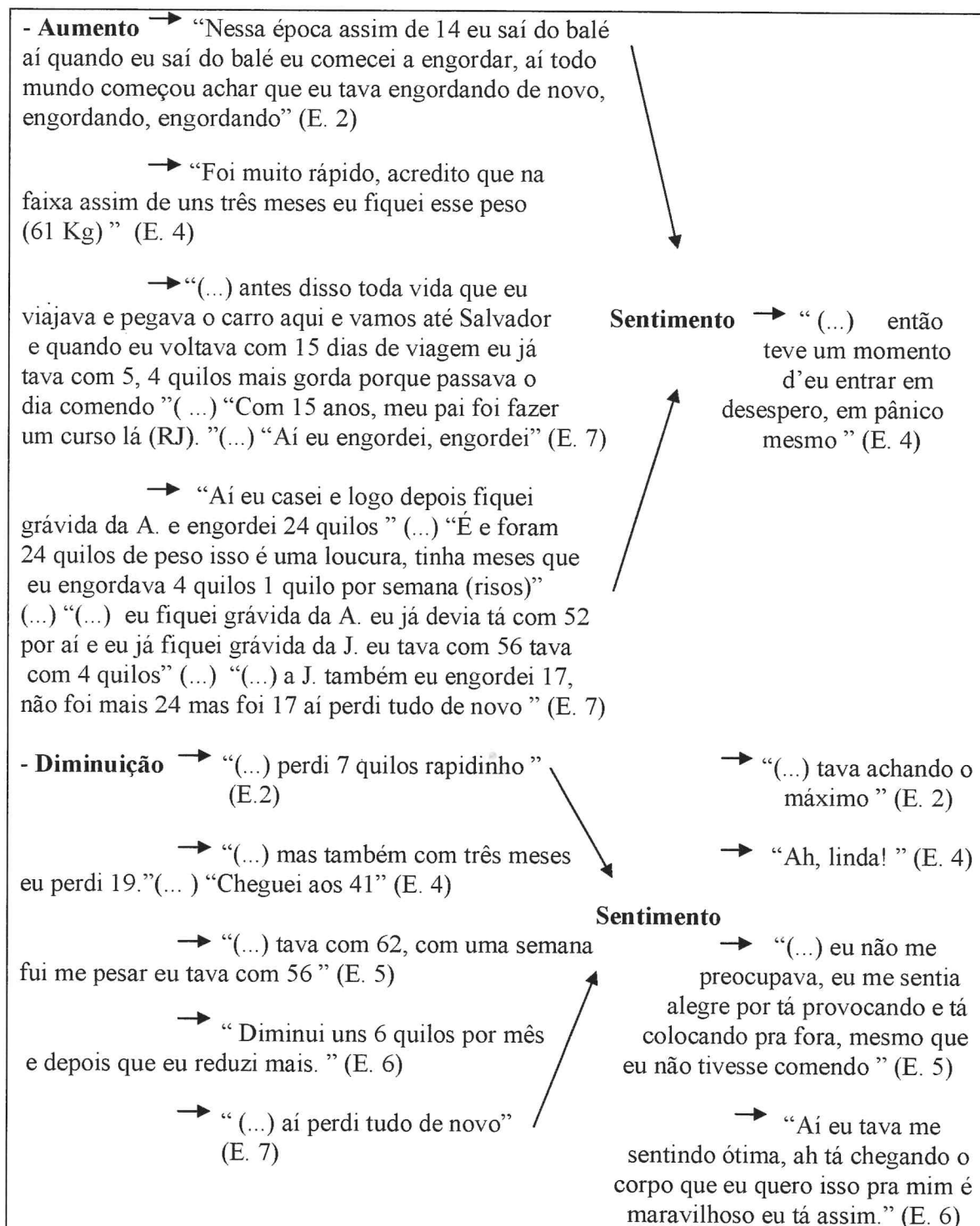
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Embora os primeiros relatos de TA tenham ocorrido antes da veiculação desses padrões idealizados de magreza marcantes na cultura ocidental não podemos ignorar a ligação entre a pressão para o emagrecimento, a valorização da “cultura do corpo” e a prática de dietas com a gênese dos TA’s (MORGAN & AZEVEDO, 1998).

Observamos que a preocupação com o corpo e o preconceito com a obesidade são freqüentes a nível pessoal, familiar e social.

Considerando o peso e a imagem corporal como um aspecto central na sociedade atual e a dieta como uma prática freqüentemente adotada em busca desse ideal, iniciaremos nossa análise apontando narrativas referentes ao peso real obtido em diversas fases e os sentimentos relacionados com o aumento e a diminuição deste. Vejamos o diagrama 1.

Diagrama de Significações 1: Aumento e Diminuição do Peso: Vivência e Sentimentos



Pelas citações acima, relativas aos sentimentos que a vivência de pesos diferentes despertavam, fica evidente que para essas mulheres, o aumento do peso relaciona-se a

sentimentos negativos, como: “uma loucura”, “desespero”, “pânico”. Por outro lado, a vivência da diminuição do peso, de modo geral, foi obtida muito rápido e acarretou sentimentos positivos, como: “o máximo”, “linda”, “alegre”, “ótima”, “maravilhoso”. Ficando assim demonstrado a insatisfação com aumento do peso e a felicidade com a diminuição do mesmo.

Observando as falas, podemos identificar a importância que o peso assume na vida dessas mulheres, que o priorizam em detrimento dos demais aspectos. Fica demonstrada a satisfação dessas mulheres com o emagrecimento.

Vale salientar que quando a preocupação com o peso e a insatisfação corporal iniciaram, nem sempre ocorria um excesso de peso real, mas o peso era percebido como inadequado, ocorrendo um excesso de peso imaginário.

CORDÁS (1993) refere-se ao excesso de peso real ou imaginário, em que um excesso de peso imaginário decorre de uma avaliação distorcida quanto ao tamanho do corpo.

Decorrente de uma insatisfação corporal surge, no imaginário dessas mulheres, o desejo de ser magra. Identificamos algumas narrativas que demonstram o significado desses aspectos.

“Eu queria ser tão magra, tão magra, tão magra, magra, magra, magra, assim, aquelas pessoas bem magrinhas, eu queria ser igual aquelas pessoas.” (...) *“Eu acho bonito, acho que aquelas pessoas devem se sentir o máximo, se sentir linda.” (...)* *“Eu queria assim emagrecer o máximo possível, se eu pudesse eu parava de comer totalmente” (E. 5).*

“Eu me preocupei com minha saúde com certeza,(...) e também veio o caso da estética também que eu queria emagrecer pra ficar bem feita e ficar bonita” (E. 1).

“Tem a ver com o corpo assim, se eu for emagrecer vou ficar com a estética bonita, assim todos vão me olhar, vão elogiar” (E. 1).

“Tipo assim, eu achava que eu ia ser mais valorizada, sabe assim, porque eu ia começar perder peso e todo mundo ia achar belo, todo mundo ia elogiar ” (E. 2).

Aspectos de saúde mas, principalmente os estéticos foram citados nos depoimentos, ficando evidente a busca da valorização e da aceitação, que para elas é mediada pela magreza. Assim, o alcance ou não da magreza tão desejada, interfere na auto-estima dessas mulheres, surgindo um medo irracional de engordar. Vejamos o diagrama 2, onde exemplificamos esse aspecto.

Diagrama de Significações 2: O Medo de Engordar

- “(...) era aquela preocupação, o medo de engordar, de comer e engordar ” (E. 1)
- “Eu perdi muito peso aí eu comecei a ficar com medo de comer e todo aquele meu sacrifício (silêncio)” (...) “ (...) eu sempre tava mantendo o peso, mas sempre com medo, eu vivia de dieta a partir desse momento eu vivia de dieta, minha vida era dieta.” (...) “ (...) eu era presa àquilo e minha vida era aquilo ali sempre preocupada com dieta, em ter cuidado com o corpo ” (E. 2)
- “ (...) eu tava tão neurótica assim que até um carocinho de arroz que eu colocava na minha boca eu achava que tinha engordado, até um bombom que eu chupava achava que eu tinha engordado e tomava lá os comprimido e provocava.” (...) “ (...) porque uma grama pra mim era como se fosse 20 quilos.” (E. 5)
- “ (...) se eu voltar a comer de novo eu sei que eu vou engordar ” (...) “Eu tinha medo de voltar a comer e comer demais e engordar demais aí ter que voltar tudo de novo.” (E. 6)

O medo mórbido de comer e engordar chega a extremos quando elas referem medo de ingerir “um bombom”, “um carocinho de arroz” a mais, chegando a acreditarem que isso interfira drasticamente no peso corporal pois para elas “uma grama (...) era como se fosse 20 quilos”. Esse pavor acarreta um sofrimento psíquico, em que até uma roupa que possa fazê-las aparentar gordas as assusta.

“(...) foi chegando meus 15 anos (...) eu pensava no meus 15 vestir aqueles vestido cheio de babado que engorda que só, aí começou aí, eu com 15 anos graças a Deus não teve festa, porque meu avô faleceu, olha Graças a Deus, meu avô faleceu ” (E. 2).

Percebemos o exagero extremo desse medo no depoimento acima, onde uma delas refere ter se sentido aliviada quando no seu aniversário de 15 anos o avó faleceu. Com isso ela não teve festa, o que a “protegeu” de usar um “vestido cheio de babado que engorda”.

Assim, a busca de um corpo ideal torna-se prioridade na vida dessas mulheres, que chegam a utilizar-se de recursos cirúrgicos. Entretanto, mesmo com a aparência física remodelada, a insatisfação permanece.

“Ó eu fiz uma prótese nos seios depois que eu fiquei magra, vai fazer um ano agora em setembro que eu fiz a prótese: ah eu vou fazer a prótese porque eu vou ficar muito bem e fiz a prótese e ainda não estou me sentindo bem ” (E. 4).

Percebemos também que o emagrecimento representa uma conquista para essas mulheres e o medo de engordar é tão forte quanto o medo de morrer.

“Acho que um dia a gente vai ter que morrer de qualquer maneira, então é melhor morrer magra do que morrer gorda, acho que Deus pode até me castigar por causa disso, mas assim é por isso como eu tinha tanta vontade de ficar magra e pra mim assim o mais importante é ser magra.” (E. 5).

O desejo de ser magra se sobrepõe ao desejo de viver. OGDEN (1993) cita um estudo realizado em 1988 com 1076 fumantes, na qual 39% das mulheres consideravam o fumo como uma forma de perder peso, 5% declararam ter começado a fumar para emagrecer declararam que o medo de engordar as impedia de abandonar o hábito.

A magreza tão desejada é associada a sucesso: *“(...) você vê só faz sucesso quem é magro ” (E. 2)* e na busca de peso “ideal” ocorre a utilização de práticas inadequadas de

controle de peso, tais como: dietas, atividade física, vômitos, laxantes e inibidores de apetite.

A motivação inicial para a modificação da alimentação e a redução de peso foi pessoal, contando inicialmente com apoio ou indiferença (descaso) da família e com o incentivo de educadores físicos. Assim, dá-se início à prática de dietas.

Apresentamos no diagrama 3, como o início da prática de dietas é descrito.

Diagrama de Significações 3: O Início da Prática de Dietas

→ “(...) nos meus 15 anos eu sempre procurava fazer regime toda vida na segunda-feira (...) aí durava só mesmo no dia e no dia seguinte eu já parava ” (...) “(...) na semana santa do ano 2000, comecei meu regime. ”(...) “Eu mesma fiz por conta própria.” (E. 1)

→ “É, aí minha mãe levou a gente (depoente e irmã mais velha) pro endocrinologista.” (...) “(...) aí pronto, eu comecei a fazer a dieta, comecei a fazer a dieta mas aí eu fui fundo mesmo, eu segui a risca a dieta bem direitinho ” (E. 2)

→ “(...) aí eu fui pro endocrinologista ” (...) “Fiz muita dieta da lua ” (...) “Fui em vários médicos em busca de dieta ” (E. 3)

→ “(...) então lá eu comecei a fazer uns tratamentos e fazia os tratamentos lá e caminhava e a dieta que a doutora passou ” (E. 4)

→ “Eu tava na quarta série, meu professor de física achou que eu tava fora de peso aí eu comecei a fazer dieta e não é a primeira vez que eu faço regime.”(...) “(...) pra falar a verdade, todo final de ano eu fazia regime ” (E. 5)

→ “Por conta própria.” (...) “Assim eu apesar dos pesares fiz minha dieta maluca ” (E. 6)

→ “(...) lembro que foi o primeiro regime que eu fui fazer, foi com o doutor ” (E. 7)

Em um determinado momento tomam a decisão de emagrecer e se engajam em um regime alimentar. Entre as anoréxicas e bulímicas identificamos maior rigidez na prática das dietas. Já as comedoras compulsivas tendem a envolver-se repetidas vezes, buscando inúmeras dietas e profissionais.

Quanto à orientação de um profissional da saúde, isto não foi regra, visto que algumas fizeram dieta por conta própria, inclusive baseadas por revistas que sugerem cardápios alimentares. Além disso, algumas orientações profissionais, incentivavam uma dieta restritiva.

*“Ave Maria eu tinha uma mulher (nutricionista) que mandava umas quentinha lá pra casa, eu acho que hoje nem pagando, aquilo ali era quase uma penitência, que era caro e como era caro e péssimo e pouco, aquilo era quase assim um castigo (risos), mas era pei e bufo porque você comia tão pouco, de noite tinha uma sopa (risos) que a bicha nem misturava se você não ficasse mexendo, não tinha gordura em nada (...) meu Deus que horror! (...) e fiz esse regime, rapaz sete quentinha dessas intoleráveis era o suficiente pra perder dois quilos, duma tacada só, assim, ou mais.”(...)
“Não! E o café da manhã a mulher dizia assim tome um café preto eu chega ficava tonta, eu almoçava e não sentia nada parecia que não tinha nada no estômago. Valha-me Deus.” (E. 7).*

A proibição do consumo de determinados alimentos na orientação do profissional de saúde também foi referida. À vontade eram “permitidos” apenas os alimentos que eram vistos como “coisa ruim” e os “proibidos” eram os alimentos preferidos.

*“(...) à vontade só coisa ruim, à vontade era refrigerante light, chá sem açúcar isso podia tomar à vontade, água, limonada sem açúcar, podia ser à vontade só coisa ruim e eu não tomava essas coisa à vontade.”(...)
“Pois era e isso que eu também tinha raiva porque os à vontade era só coisa podre e as proibida era as coisa que a gente mais gostava ” (E. 2).*

“(...) todo mundo que eu ia ele dava uma listinha com o regime padrão e atrás as alternativas ABCD e isso no pode e o que pode à vontade era tempero verde (risos), oh meu Deus, à vontade, tempero verde, água, pimenta, eu ficava doente, ai que saco, ai de repente, o que eu mais gostava era o super proibido. (...) A comida (...) dividida entre proibida e permitida, permitido é o alface o proibido é tudo mais (...) aquela coisa assim de proibido e permitido entre o bem e o mal ”(E. 7).

Nas dietas é comum a definição de alimentos “proibidos”, ou seja, aqueles que não devem ser consumidos. Ao se definir um alimento como “proibido”, excluindo-o assim da alimentação, torna-o mais desejado. Assim, ao consumi-lo, estando de dieta, ocorre a perda

da confiança em si e a pessoa tende a continuar a comer (HIRSCHMANN & MUNTER, 1992, OGDEN, 1993). Segundo as autoras, ao abandonar as dietas, a comida se tornará menos importante, em que o ato de comer será regulado pela fome e não pela atração que ocorre pelo fato de ser um alimento “proibido”.

Uma das depoentes sintetiza muito bem esse momento, onde o aspecto central de suas vidas é o alimento, peso e corpo, simbolizado e mediado pela dieta.

“(...) e eu comecei a saber levar a vida assim, eu sempre tava mantendo o peso, mas sempre com medo, eu vivia de dieta a partir desse momento eu vivia de dieta, minha vida era dieta.” (E. 2).

A pressão e a cobrança para o emagrecimento esteve presente na vida dessas mulheres, tendo surgido de diferentes lugares e pessoas, sendo o ambiente do colégio, e a pressão das amigas e educadores físicos os mais referidos.

Os meios de comunicação também influenciam essas mulheres, que através do incentivo à dietas, bem como, com o paradigma de beleza imposto, pressiona todas nós a ter um corpo magro.

Nas últimas décadas presenciamos grandes mudanças nos padrões de beleza veiculados, além de ter se estabelecido um fascínio pela imagem, que é mediado pelo culto ao corpo. Este, por sua vez, passa a ter um espaço privilegiado na publicidade.

Essa nossa discussão é problematizada por AXELRUD et al. (1999), MALYSSE (1998), OGDEN (1993) e WOLF (1992). Estes autores apontam que o embelezamento feminino é voltado para o corpo e que este cuidado chega a ser obsessivo para algumas e, conseqüentemente, patológico, como ocorre com as portadoras de TA.

No diagrama 4, apontamos como nossas entrevistadas percebem a influência da mídia através dos padrões de beleza veiculados.

Diagrama de Significações 4: A Influência da Mídia

→ “(...) **eu fui umas das vítimas da mídia**, do que a mídia passa, você vê numa entrevista e uma das primeiras coisas que pergunta é o que você faz pra manter esse corpo, aí isso influencia muito as adolescentes que procuram por um peso e ser como aquelas modelos, eu acho que a mídia influencia muito nisso” (E. 1)

→ “Me influenciou muito, porque é incrível como, porque quando a gente tá crescendo a gente quer ser bela, a gente quer ter a barriga mais sarada e tudo e o que a gente vê na televisão todo mundo saradão (...) é um bombardeio você vê esses *outdoor* todo mundo sem um pingão de barriga (...) e você fica doida assim porque você quer ter também, você fica desesperada” (E. 2)

→ “(...) agora de emagrecer realmente de ficar seca ou sei lá acho até que é essas televisões (risos) porque mostra que a mulher tem que tá toda hora seca e não sei o que.” (E. 4)

→ “Eu sempre sonhei ter um corpo daquele.” (E. 5)

→ “Mídia assim, televisão (...) revista essas coisas tudinho eu percebo que há uma exigência muito maior de você ser magérrima” (E. 7)

Nossas informantes se vêem como “uma das vítimas da mídia”, que ao seu ver influencia muitas adolescentes, divulgando e propagando um padrão de beleza, o qual determina que para ser bonita deve-se ter um corpo “saradão”, “sem um pingão de barriga”, ou seja, deve-se ser “seca”. Sendo essa imagem associada ao sucesso, esse corpo esguio passa a ser desejado e buscado “desesperadamente”.

Entretanto, este modelo de beleza, como já dissemos, é irreal para muitas mulheres, que terminam se julgando incapazes e frustradas, pois algumas, mesmo se envolvendo em dietas, não alcançam o peso “ideal” e passam a utilizar-se progressivamente de práticas cada vez mais nocivas à saúde.

A magreza está associada a sucesso, felicidade, atração, controle e estabilidade. Com isso, é criada uma generalização. São criados estereótipos que passam a ser apreciados

e desejados. O excesso de peso torna-se um problema, o emagrecimento o objetivo e a solução ditada é a dieta. Essa motivação para o emagrecimento é monopolizada pela indústria do emagrecimento (OGDEN, 1993).

O padrão de beleza vigente, que apresenta como silhueta ideal uma forma muito mais esbelta que a mediana, faz com que a maioria das mulheres sintam-se gordas e desejem emagrecer. A dieta é vendida como solução, reforça a idéia de que com ela emagreceremos, e caso isso não ocorra é porque a dieta não foi seguida corretamente, ou seja, a pessoa não tem autocontrole e é incapaz, arcando com toda responsabilidade. Quando na realidade, a quebra da dieta é uma consequência inevitável e não reflete uma inadequação pessoal (OGDEN, 1993). Não queremos dizer que a modificação do comportamento alimentar não se faz necessário para alguns, em especial aqueles que correm risco de vida pelo excesso de peso. Entretanto, a prática de dietas não pode ser banalizada e praticada indiscriminadamente, sem orientação profissional e, principalmente, através de métodos radicais e desnecessários.

Artistas e modelos famosas, seja em propagandas de televisão ou em revistas especializadas, veiculam além de suas imagens impactantes, o incentivo à adoção de práticas alimentares inadequadas. Associado a suas imagens, a prática de dietas e o uso de produtos para o emagrecimento é incentivado indiscriminadamente.

Além disso, se referem abertamente que para alcançar esse corpo “perfeito”, muitas vezes utilizam-se de práticas de controle de peso, como: dietas restritas, exercícios físicos extenuantes, cirurgias plásticas e até jejum.

Diante disso, discutiremos, posteriormente, esses padrões e as razões que permeiam o imaginário e as práticas alimentares e de controle de peso adotadas. Para tanto, construímos o diagrama 5 e utilizaremos algumas reportagens e propagandas utilizadas.

Diagrama de Significações 5: Os Padrões de Beleza Veiculados na Mídia

→ “ Por um lado a gente pode dizer até que a mídia influenciou assim o pessoal tudo bem feito e agora a mídia querendo que você fosse magra ” (...) “ (...) você vê na revista Boa Forma por exemplo, a apresentadora de televisão Eliana veste 36 ah se ela veste 36 eu sou capaz de vestir 36, ela tem uma cintura de 65 ah também sou capaz de ter uma cintura 65, (...) eu queria ser igual a essa mulher.” (...) “É, aí eu me imaginava ah eu vou ser igual aquela pessoa.” (...) “ Imaginava como meus padrões sendo os padrões da revista ” (E. 1)

→ “Porque o magro é assim mais belo, o magro ele chama muito mais atenção, você vê nessas revistas, (...) é todo mundo na luta pra ser magro porque não era feliz daquele jeito (...)” (...) “Que você tem que ser magro, você só vê gente magra em *outdoor*, revista.” (...) “ (...) essas Caras que tem as mulher lá de biquíni, essas Boa Forma que só tem gente magro aí vem as mulher lá com barriga de fora (...) eu fico assim injuriada também porque só botam essas menina que não tem um pingão de banha na barriga ” (E. 2)

→ “O corpo como o da Carolina Ferraz, o corpo daquela mulher é deslumbrante S., a mulher é magra e assim alta, muito bonita, ela é magra ” (...) “A Angélica, a Sandy, um monte, porque eu acho que todas artistas são magras, todas. Imagina aquela Gisele Bunchen não tem um pingão de barriga” (E. 5)

→ “Nas novelas todas tem o corpo perfeito, aí vem feiticeira com aquele corpo lindo, todo siliconada mas que é lindo; Carla Perez, aquele pessoal todo e começa a falar de alimentação, em malhar até serve assim de influenciar as pessoas ” (E. 6)

Como percebemos pelas narrativas anteriores, as imagens seduzem as mulheres que passam a ter como padrão e ideal de vida a obtenção de medidas e peso corporal semelhantes aos veiculados nos meios publicitários.

A sociedade determina e impõe um padrão de beleza, que, inconscientemente, é incorporado. Na busca desse ideal de beleza, de um corpo perfeito, surge atualmente, uma obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade. (GAIGUER, 1997).

Além disso a associação da magreza com o sucesso e felicidade foi apontada, o que corrobora com achados encontrados na literatura (LAWRENCE, 1991, OGDEN, 1993).

O mundo das dietas e a indústria do emagrecimento é composto de livros, revistas, artigos de jornal, programas de televisão, vídeos com exercícios, academias de ginástica, regimes alimentares e cirurgias plásticas (OGDEN, 1993, TANNENHAUS, 1994). Estas mensagens influenciam o psiquismo, principalmente o feminino, que são os principais alvos, tornando-se vítimas vulneráveis.

“(...) toda doidice da televisão, né, de todo mundo magro, de porangaba, de emagreça tantos quilo, aparelhinho, (...) só vai isso na cabeça magra, magra, beleza, corpo, compre isso, tome isso, passe isso e é um saco” (E. 7).

A indústria da dieta prioriza o capital e ignora os danos à saúde. Essas informações nocivas invadem o imaginário feminino de nossas mulheres que ficam fascinadas por essa possibilidade e ficam incansavelmente buscando esse ideal impossível para a maioria delas, visto que existem biótipos diferentes.

Vale salientar que a preocupação com alimentação, peso e corpo não é exclusiva das portadoras de TA. O ideal de corpo magro, esbelto e atlético é adotado e a imagem obesa é rejeitada e repugnada. Podemos perceber isso, quando 80% das norte-americanas adultas afirmam querer ser mais magras, e muitas delas já fazem algo visando esse objetivo (TANNENHAUS, 1994).

“O medo da gordura permeia toda a nossa sociedade” (TANNENHAUS, 1994, p. 9).

O medo de engordar é apontado como sendo algo coletivo, que povoa o imaginário feminino. Esta significação é reforçada pelas depoentes.

“Várias pessoas têm certa preocupação com o corpo, eu vi muita menina que fica assim fissurada naquilo, no corpo, no corpo, no corpo ” (...) “Com certeza, acho que não é só eu, não é só a pessoa com anorexia, acho que é muitas mulheres em geral” (...) “(...) acho que até toda a humanidade fala disso e sempre tem a preocupação.” (E. 1).

Esse achado aponta um fenômeno coletivo, propagado através da mídia e das relações familiares e sociais. Parece-nos que a sociedade incorpora esses padrões e ignora seus danos, bem como, o sofrimento que desencadeia no vivido de nossas mulheres portadoras de TA.

MALYSSE (1998) no artigo “Em busca do corpo ideal” aborda a construção do corpo feminino, considerando a zona sul carioca (RJ). Demonstra a ritualização na fabricação de uma aparência física marcada pelas mensagens culturais, em que a valorização do corpo é crescente e a beleza física, considerada a princípio como um dom (dádiva), passa a ser entendida como o resultado de um trabalho sobre si mesmo, através de dietas, atividade física e cirurgias plásticas. Portanto, o corpo natural passa a ser um corpo artificial, sendo a mulher a responsável pela sua aparência física. Além disso, “este corpo assim ‘malhado’, tornou-se um instrumento graças ao qual as mulheres buscam integrar-se em uma sociedade profundamente masculina ” (p. 17).

Analisando as propagandas televisivas, bem como, as veiculadas em *outdoors* e nas inúmeras revistas femininas, fica evidente uma imposição de um padrão corporal que ignora os aspectos genéticos e discrimina quem não os possui. Essas campanhas apelativas nos preocupa. Consideramos, portanto, que faz-se necessário uma remodelação desses valores, visto que muitas de nossas mulheres estão adoecendo e algumas delas chegam a morte, quando na verdade estão buscando a VIDA nessa sociedade atual, que propõe que devemos ser magras e que as dietas devem ser adotadas.

FIELD et al. (1999) realizaram um estudo de *coorte* prospectivo com 6982 mulheres com idade entre 9 e 14 anos durante um ano (1996 e 1997). Os resultados do estudo demonstraram que a mídia popular é parcialmente responsável por criar objetivos de peso e corpo irreais para mulheres jovens e adolescentes, na qual os pesos impostos são

severamente baixos para a comunidade médica, e as atrizes e modelos veiculadas são extremamente magras e suas fotos impactantes. Estas, por sua vez, exercem influência aumentando o risco para o desenvolvimento de comportamentos bulímicos, como uso de vômitos ou laxantes para o controle do peso.

Através das narrativas, confirmamos nossa hipótese do risco da prática indiscriminada de dietas. Portanto, os nutricionistas e endocrinologistas, principais responsáveis pela prescrição de dietas, deveriam ser esclarecidos e orientados quanto aos riscos, uma vez que a prescrição de dietas não permite compreender os medos e receios envolvidos com os alimentos e o corpo, ignorando, assim, a subjetividade envolvida. Uma prática impositiva como as dietas não contribui para as mudanças necessárias, que devem ocorrer de forma saudável e positiva através da mudança do comportamento alimentar. É a reeducação alimentar a proposta nutricional mais adequada e que tem apresentado melhores resultados. Assim, os profissionais da área de saúde deveriam ser preparados para orientarem seus pacientes a uma prática alimentar saudável. Para isso, faz-se necessário mudanças na formação dos profissionais de saúde, sendo necessário uma humanização dos cursos e um trabalho integrado entre os profissionais envolvidos na assistência do paciente com transtorno alimentar (nutricionistas, psicólogos e médicos).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUCHAIM, A. L. G. Aspectos Históricos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa. In: Nunes, M. A. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 13-20
- ALVARENGA, M. dos S. **Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: aspectos nutricionais**. São Paulo, 1997. 63p. Dissertação (Mestrado em Interunidades em Nutrição Humana Aplicada), Universidade de São Paulo, 1997.
- ASTUDILLO, R. B. Transtornos del hábito del comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. **Revista Medica de Chile**. v.126, n.9, p. 1085-1092, 1998.
- AXELRUD, E., GLEISER, D., FISCHMANN. **Obesidade na Adolescência- uma abordagem para pais, educadores e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999. 96p.
- BAGATTINI, C. M. de. Transtornos Severos de la Alimentacion- Anorexia Nerviosa & Bulimia. **Revista de Psiquiatria del Uruguay**. v. 62, n. 2, p. 1-42, 1998.
- BASAGUREN, E. & GUIMÓN, J. Factores sociales en las perturbaciones de la propia imagen. **Revista Electrónica de Psiquiatria**. v.1, n.3, p. 1-12, 1997.
- BILLIET, L. E. Bulimia y anorexia en la actualidad. **Revista de Psiquiatria Dinámica y Psicopatología Clínica- Argentina**. v. 1, p. 01-08, 2000.
- BUCKROYD, J. **Anorexia e Bulimia: esclarecendo suas dúvidas**. São Paulo: Ágora, 2000. 136p.
- CASTILLO, M. C. C., ACHARÁN, X., ALVAREZ, P. BUSTOS, M. C. P. Apetito y Nutrición. **Rev. Chil. Pediatr**. v. 61, n. 6, p. 346-353, 1990.

CORDÁS, T. A. (org.), et al. **Fome de Cão: quando o medo de ficar gordo vira doença- Anorexia, Bulimia, Obesidade.** São Paulo: Maltese, 1993. 135p.

_____ et al. **Anorexia e Bulimia: O que são? Como ajudar?** Um guia de orientação para pais e familiares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. P. 59.

_____, SEGAL, A. Bulimia Nervosa I: Aspectos clínicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 44, supl. 1, p. s20- s24, out, 1995.

DALLERRA, S., SORRENTINO, N. **A psicodieta: por que comemos, por que engordamos, como parar.** São Paulo: Paulus, 1997. 175p.

FIELD, A. E., CAMARGO, C. A. Jr., TAYLOR, C. B., BERKEY, C. S., COLDITZ, G. A. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. **Arch Pediatr Adolesc Med.** v. 153, n. 11, p. 1184-1189, 1999.

FLEITLICH, B. W. O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. **Pediatria Moderna.** v. XXXIII, n.1 / 2, p. 56- 62, 1997.

GAIGUER, C. R. **Reflexões da imagem corporal e da obesidade através do estudo de um caso clínico.** São Paulo: 1997. 44p. Monografia (Especialização em Psicologia em Hospital Geral), Universidade de São Paulo, 1997.

HERSOVICI, C. R. **A Escravidão das Dietas: Um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 181p.

HIRSCHMANN, J. R., MUNTER, C. **Adeus às Dietas: como superar a compulsão alimentar num mundo cheio de comida.** 2ed. São Paulo: Saraiva, 1992. 296p.

IIABACA, P. T. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: clínica y epidemiologia de 90 casos. **Revista de Psiquiatria Clínica.** v. 33, n. 1 e 2, p. 17-32, 1996.

- JACKSON, E. **Alimento e Transformação:** imagens e simbolismo da alimentação. São Paulo: Paulus, 1999. 164p.
- LAWRENCE, M. **A experiência anoréxica.** São Paulo: Summus Editorial, 1991. 135p.
- MALYSSE, S. Em busca do corpo ideal. **Sexualidade, Gênero e Sociedade: CEPESC/IMS/ UERJ.** Ed. Especial, n. 7 e 8, p. 12-17, 1998.
- MINAYO, M. C. de S (org), DESLANDES, S. F., CRUZ NETO, O., GOMES, R. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.
- MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. 269p.
- MORGAN, C. M., AZEVEDO, A. M. C. de. Aspectos Sócio-Culturais dos Transtornos Alimentares. **Psychiatry on Line Brazil- Current issues.** v. 3, n. 2, p. 01-08. 1998.
- OGDEN, J. **A vez do gordo?** desfazendo o mito da dieta. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 137p.
- ROBELL, S. **A mulher escondida:** a anorexia nervosa em nossa cultura. São Paulo: Summus, 1997. 147p.
- SANTACRUZ, H. Anorexia y Bulimia. Conflictos con el cuerpo. **Acta Medica Colombiana.** v.22, n. 3, p. 105-110, 1997.
- TANNENHAUS, N. **Distúrbios Alimentares-** como tratar e evitar. Rio de Janeiro: Ediouro, 1994. 140p.
- WOLF, N. **O Mito da Beleza:** como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992. 439p.