

ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: A REDE DE APOIO SOCIAL

Marjane Bernardy Souza¹
Laura Morais Machado²



Revista Ciência e Conhecimento – ULBRA/São Jerônimo

1 - Universidade Luterana do Brasil - ULBRA. Curso de Psicologia. São Jerônimo, RS. Brasil.

2 - Universidade Luterana do Brasil - ULBRA. Curso de Psicologia. Cachoeira do Sul, RS. Brasil.

Dados para correspondência
Marjane Bernardy Souza
Endereço: Rua Gaspar Silveira Martins,
2533/604, Santa Cruz do Sul, RS,
CEP: 96825-002.
E-mail: marjanesouza@yahoo.com.br

Recebido em: 20/12/2013.
Revisado em: 22/03/2013.
Aceito em: 28/05/2014.

Área: Desenvolvimento humano.

RESUMO - Atualmente, vivemos em um mundo, onde a aparência conta muito. Somente, quem é magro é considerado bonito e, em razão desse modelo cultural, vem crescendo, consideravelmente, o número de casos de transtornos alimentares. O presente estudo identificou a rede de apoio social de meninas adolescentes com transtornos alimentares. O objetivo foi de verificar a importância da rede de apoio social, no tratamento dos transtornos alimentares. Para a realização desta pesquisa, o delineamento utilizado foi qualitativo e para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, com três adolescentes (de 10 a 19 anos) que, já, deveriam ter sido diagnosticadas por algum profissional da área da saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas e foi utilizado o método de análise de conteúdo, para a análise das mesmas. Os resultados obtidos mostram que a rede de apoio às adolescentes é fraca, dificultando uma melhora na sintomatologia. As adolescentes consideram essa rede de apoio boa, mas não souberam justificar, porém todas relataram que achavam que a rede poderia ser composta por mais pessoas. Verificou-se, também, uma sobrecarga nos integrantes da rede, fatos estes que interferem, diretamente, nos tratamentos das entrevistadas. A família tem um papel importante no tratamento dos transtornos alimentares, mas todas as adolescentes demonstraram ter dificuldades, em se relacionar com qualquer membro da família, motivo este que foi o precursor dos distúrbios.

Palavras-chave: Rede de Apoio Social. Adolescentes. Transtornos Alimentares.

ABSTRACT - Currently, we live in a world where appearance counts a lot. Only, who is thin is considered beautiful and, because of this cultural model, has grown considerably, the number of cases of eating disorders. This study identified the social support network of teenage girls with eating disorders. The objective was to verify the importance of social support in the treatment of eating disorders. For this research, the design was qualitative and data collection, was used a semi-structured interview with three teenagers (10-19 years), as they should have been diagnosed by a health professional. The interviews were recorded and transcribed, and the method of content analysis, for their analysis was used. The results show that the support network for teens is weak, hindering an improvement in symptoms. The teenagers consider this network of good support, but were unable to justify, but all reported that they thought that the network could be composed of more people. Also was found in an overload in the network, these facts that interfere directly in the treatments of subjects. The family has an important role in the treatment of eating disorders, but all teenagers have demonstrated difficulties in relating to any family member, this reason was the forerunner of the disturbances.

Keywords: Social support. Teens. Eating disorders.

INTRODUÇÃO

Atualmente, vivemos em um mundo, onde a aparência conta muito. Apenas, quem é magro é considerado bonito. Com isso, a cada dia que passa, aumentam consideravelmente, o número de transtornos alimentares como: anorexia e bulimia. O medo obsessivo da obesidade faz com que, cada vez mais, mulheres controlem o peso corporal, com o uso de dietas milagrosas, exercícios exagerados, laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas.

O gênero feminino, segundo Vilela (2004), geralmente é o mais vulnerável à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos e, por isso, mais suscetíveis aos transtornos alimentares, representando 95% dos casos.

O atual modelo cultural, que supervaloriza os corpos delgados, tem propiciado o aumento da incidência dos transtornos alimentares entre adolescentes. Os meios de comunicação têm reforçado o “culto à magreza” que associa esse padrão estético à ideia de liberdade, sucesso e aceitação social.

Sabe-se que essas exigências sociais poderão trazer alterações nos comportamentos alimentares, principalmente, em adolescentes que buscam o corpo ideal mostrado pela mídia. Entende-se, também, que esses transtornos trazem grande sofrimento psicológico, físico e social para seus portadores. Também há dificuldades, por parte das meninas, em aceitar esses transtornos como um tipo de doença, somente, quando reconhecem-se ou se revelam doentes é que as pessoas procuram ajuda para minimizar essa dor.

Com este trabalho, pretendeu-se identificar as principais redes de apoio social a que as adolescentes recorrem, pois admite-se que uma rede bem estruturada, possibilita melhor recuperação e alívio do sofrimento.

Quem sofre com esse problema, geralmente, demora a buscar ajuda e, na maioria das vezes, a pessoa é forçada a aderir ao tratamento, contudo essa demora, muitas vezes, se justifica pelo preconceito que existe em relação aos transtornos alimentares ou, ainda, pelo fato de não se sentir doente e de acreditar que não precisa de auxílio.

DESENVOLVIMENTO

O ato de alimentar-se é uma necessidade humana vital, segundo Silva (2008). No entanto, a relação do alimento com o peso ou com a imagem corpórea nem sempre é harmoniosa, o que resulta em desequilíbrios da conduta alimentar. Exemplos disso são os

transtornos alimentares, anorexia e a bulimia nervosa que têm componentes psicossomáticos, desencadeados pela distorção da imagem corporal e medo mórbido de engordar.

Durante muito tempo, os transtornos alimentares foram entendidos como problemas secundários. Segundo Busse e Silva (2004), foi, no ano de 1980, que anorexia e bulimia nervosas foram reconhecidas como síndromes que possuíam sérias complicações, entrando no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (2002).

No conceito de Borges et al. (2006), os Transtornos Alimentares (TAs) são doenças psiquiátricas caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar e que, em sua maioria, afetam adolescentes e adultos jovens do sexo feminino. Justificando isso, Branco et al. (2006) afirmam que, no início da adolescência, as transformações biológicas e as alterações na personalidade ocorrem juntas e, assim, como o corpo vai adquirindo uma nova forma, modifica-se, também, a imagem mental, onde o adolescente passa a crer que sua imagem corporal está desproporcional à imagem idealizada.

Relata em seu artigo que, de acordo com o DSM-IV (2002), a prevalência da anorexia na população adolescente e juvenil está em 0,5 % e 1% e da bulimia entre 1% e 3% (BORGES et al., 2006).

Sabe-se que a rede de apoio social é muito importante no tratamento dos pacientes e envolve dois níveis: o formal, constituído pelos profissionais envolvidos com a rede; e o informal, do qual fazem parte familiares, vizinhos, conforme informações trazidas por Kleinmann (*apud* OLIVEIRA e BASTOS, 2000).

Uma pesquisa realizada por Rodrigues et al. (2005), teve como objetivo caracterizar o consumo alimentar, o estado nutricional e a prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa, em estudantes de uma escola da rede pública de ensino, de Ipatinga/MG. Participaram 81 adolescentes com idade entre 13 e 18 anos. Para avaliação antropométrica foi utilizado o peso e altura, para posterior cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC). Para descrever a prevalência dos sintomas de anorexia e bulimia nervosa, foram aplicados os questionários EAT-26 e BITE.

O resultado encontrado, de acordo com classificação do estado nutricional, demonstrou melhores parâmetros nutricionais, na faixa etária de 16 a 18 anos, em relação às adolescentes de 13 a 15 anos. O EAT-26 e BITE indicaram que 20,98% (n=17) das adolescentes apresentaram risco de desenvolver anorexia, 1,23% (n=1), para o desenvolvimento de bulimia nervosa e 7,40% (n=6) apresentaram sintomas de ambas as doenças.

Esses números vêm aumentando a cada ano, atingindo as idades mais tenras. Segundo Rodrigues et al. (2005), as estatísticas apontam que 90% das pessoas portadoras desses transtornos alimentares são mulheres e, entre elas, aquelas com idade entre 14 e 18 anos. Apesar de que essa idade vem decrescendo para meninas menores de 12 anos.

Na descrição de Borges et al. (2006), o perfil dos portadores desses distúrbios são adolescentes do sexo feminino, raça branca e alto nível socioeconômico e cultural. Reforçando essa ideia, Neves (*apud* SILVA, 2008) afirma que adolescentes do sexo feminino, geralmente, pertencentes à classe média e à média alta, desenvolvem distúrbios alimentares, devido à procura incansável pela magreza.

A palavra anorexia originou-se do grego *ann*= sem e *orexis*= desejo ou apetite, ou seja, designa falta de apetite. Segundo a primeira descrição de quadros, que correspondiam a anorexia nervosa, foi em 1691, pelo médico inglês Richard Morton. Após este, outros autores descreveram seus sintomas, cientificamente, como, Gull em 1868, que a chamou de “Apepsia Histórica”, Lasègue, em 1873, a denominou de “Anorexia Histórica” e Sollier, em 1895 como “Anorexia Mental”, conforme Busse e Silva (2004).

No conceito de Thiel e Mello (2005), a anorexia é uma patologia do comportamento alimentar, caracterizada por limitações dietéticas autoimpostas, padrões bizarros de alimentação, com acentuada perda de peso autoinduzida e mantida pelo paciente, associada a um temor intenso de ganhar peso. Concordando com o autor acima, Furlan (2006) descreve a anorexia como um dos transtornos de comportamento alimentar que atinge, habitualmente, adolescentes e mulheres jovens, sendo a terceira enfermidade crônica mais comum desse grupo. Ela ocorre preferencialmente, na puberdade, em torno de 12-16 anos, e quase que, exclusivamente, em mulheres, sendo 8 a 10 vezes maior que nos homens.

O termo bulimia deriva de *boi* (grande quantidade de) ou de *boul* (boi) e *limos* (fome), designando fome de comer um boi. A bulimia foi, primeiro, observada por Gull, em 1870. Os novos casos começaram a ser descritos, em 1940, por Binswager (BUSSE e SILVA, 2004).

Em 1970, Bruch observou que menos de 25% de suas pacientes anoréxicas eram bulímicas. Esse dado dobrou, em 1980, passando para mais de 50%. Nesse mesmo ano, esses distúrbios entraram como síndromes independentes no DSM-IV (2002).

A bulimia nervosa, segundo Espíndola (2006), é caracterizada por grande ingestão de alimentos, de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle - os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados, para o controle de peso como: vômitos autoinduzidos (em mais de 90% dos casos), uso de

medicamentos (diuréticos, laxantes e inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína

As características essenciais, segundo o DSM-IV (2002), constituem-se de compulsões periódicas em comer (polifagia) e métodos compensatórios inadequados posteriores, para evitar ganho de peso. Além disso, a autoavaliação dos pacientes com Bulimia Nervosa é, excessivamente, influenciada pela forma e peso do corpo, tal como ocorre na Anorexia Nervosa. Para qualificar o transtorno, a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.

O CID10 (1994), por sua vez, define a bulimia como uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal, conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Esse transtorno partilha diversas características psicológicas com a anorexia nervosa, dentre as quais uma preocupação exagerada com a forma e peso corporais. Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas.

Esse transtorno alimentar é uma síndrome caracterizada por ingerir grande quantidade de comida, compulsivamente, (binge-eating), compensando o exagero com episódios de vômitos autoinduzidos, podendo, também, ser acompanhado do uso de laxantes e diuréticos.

A história da humanidade foi construída, através de redes sociais e é, por esta ligação, que os seres humanos vivem e sobrevivem. Empiricamente, de acordo com a história, o homem sempre esteve relacionado à busca de recursos para sua sobrevivência. Kern (2002) cita o exemplo de que, antes de ser criado o termo rede social, este já existia nas comunidades e em grupos, como é o caso das comunidades rurais, em pequenos municípios. Em seguida, criou-se, paralelamente, o termo teias sociais que representava uma instância de potencialização de uma rede social. Assim, nessas comunidades, a base é a família, seguida da instituição religiosa, do sistema de proventos e do espaço de lazer. Cada um dos membros está vinculado ao outro de tal forma que nenhum dos segmentos vive sem o vínculo com o outro.

O termo apoio social foi definido por Matsukura (2002) e, segundo o autor é de difícil definição, uma vez que se encontram muitas especificidades, quanto ao seu conceito, devido ao seu caráter multidimensional. A ideia do apoio fornecido pelas redes sociais originou-se, na década de 1970, e foi consolidada, nos anos 80. O desenvolvimento dos modelos ecológico e sistêmico e a consequente compreensão psicossocial do ser humano têm contribuído,

fortemente, para o interesse de estudos sobre as redes sociais, através da psicologia comunitária.

Escrevendo sobre rede social, Sluzki (1997) destaca que pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas, ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede contribui, significativamente, para o seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem.

Para o mesmo autor as redes sociais, desempenham diferentes funções tais como: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos. A companhia social está relacionada ao estar junto com outra pessoa, seja através da realização de atividades em conjunto, ou através do compartilhamento da rotina cotidiana. O apoio emocional refere-se ao poder contar com a amizade, o apoio e a dedicação de outra pessoa. Essa função envolve um clima de afeto, compreensão, sendo característico das amizades íntimas ou relações próximas.

PROCESSOS METODOLÓGICOS

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa com metodologia qualitativa que, de acordo Flick (2009), usa o texto como material empírico (em vez de números), parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia-a-dia e em seu conhecimento cotidiano, relativo à questão em estudo..

Para a realização da pesquisa, foram entrevistadas três adolescentes com transtornos alimentares, sendo que a escolha das mesmas foi realizada por disponibilidade e conveniência. As entrevistadas deveriam ter, no mínimo, dez e, no máximo, vinte anos, pois, segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), é esse o período classificado como adolescência.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado uma entrevista semiestruturada.

Após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, foi feito o contato com o Ambulatório de Saúde Mental do município de Cachoeira do Sul, para saber se haviam casos de transtorno alimentar.

Para a análise dos dados, foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010), que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

Este autor sugere cinco etapas para a organização da análise de conteúdo: preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, classificação das unidades em categorias, descrição e interpretação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas e da análise estrutural do mapa de rede social, realizadas, por uma amostra por conveniência, com adolescentes com transtornos alimentares, tornou-se possível atingir os objetivos da pesquisa: verificar a importância da rede de apoio, no tratamento das adolescentes com transtornos alimentares, identificar a rede de apoio das adolescentes, investigar a percepção das adolescentes sobre suas redes de apoio e identificar à qual rede de apoio que, geralmente, as adolescentes recorrem.

Através da análise de conteúdo das entrevistas, foram construídas três categorias:

- a) A dificuldade no diagnóstico: a descoberta do transtorno alimentar.
- b) Transtornos alimentares e questões familiares.
- c) A percepção da rede de apoio social.

A dificuldade no diagnóstico: a descoberta do transtorno alimentar. Essa categoria busca mostrar, através das verbalizações das entrevistadas o quanto foi difícil e demorado o diagnóstico do Transtorno Alimentar. Por meio das falas das mesmas, mostrou o quanto foi e, em alguns casos, ainda, é difícil para elas aceitarem o transtorno como doença.

Hoje em dia, os transtornos alimentares estão em foco na mídia, entretanto ainda há um desconhecimento de alguns profissionais sobre esses transtornos, dificultando, assim, o diagnóstico precoce.

Na verbalização da P1, percebe-se bem isso: *“Eu comia e tudo que eu comia eu tonteava, vomitava e a mãe me levava para o plantão... ninguém falava nada, só faziam soro e me mandavam para casa aí me mandavam para o hospital e sempre era o mesmo médico que me mandava embora para casa de novo”*.

Os indivíduos que desenvolvem esse distúrbio, segundo Borges (2006), não admitem estar doentes, como mostra a fala da P2: *“Antes eu achava que estava tudo bem que era normal o que eu fazia e que tipo estava tudo certo”*.

A P3 têm esta mesma percepção: *“Para mim já estava sendo rotina comer e vomitar, então eu já nem percebia mais, para mim já era normal aquilo”*. A P1 apenas relatou que: *“Eu fui perceber que estava doente depois que me mandaram para o hospital a primeira vez, eu achava que sempre quando eu vomitava que estava grávida”*.

Para qualificar o transtorno, Cenci (2009) afirma que a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos, duas vezes por semana, por três meses.

P2: *“Só que eu não estava purgando ainda eu só tinha compulsão, mas aí quando eu voltei eu comecei a ter compulsões horrendas, tipo de comer tudo que eu visse na minha frente e daí depois vomitava tudo”*.

P3: *“Às vezes eu comia não porque estava com fome mas porque eu estava vendo, sabe? Os meus vômitos são mais de noite depois da janta ou depois do almoço, têm dias que eu vomito os lanches também.. antes eu controlava a vontade de comer e agora não estou conseguindo mais, aí eu como muito, e vomito por causa disso né”*.

Transtornos alimentares e questões familiares procurou mostrar, através das verbalizações das entrevistadas o quanto foi difícil e demorado o diagnóstico do Transtorno Alimentar. Por meio das falas das mesmas, mostrou o quanto foi e, em alguns casos, ainda, é difícil para elas aceitarem o transtorno como doença foi apresentada, também, características dos transtornos alimentares. A P1 demorou cerca de 6 meses para receber o diagnóstico, a P2 descobriu, na internet cerca de um mês depois e a P3, um ano depois dos episódios lhe deram o diagnóstico.

Hoje em dia, os transtornos alimentares estão em foco na mídia, entretanto ainda há um desconhecimento de alguns profissionais sobre esses transtornos, dificultando, assim, o diagnóstico precoce. Na verbalização da P1, percebe-se bem isso: *“Eu comia e tudo que eu comia eu tonteava, vomitava e a mãe me levava para o plantão... ninguém falava nada, só faziam soro e me mandavam para casa aí me mandavam para o hospital e sempre era o mesmo médico que me mandava embora para casa de novo”*.

Os indivíduos que desenvolvem esse distúrbio, segundo Borges (2006), não admitem estar doentes, como mostra a fala da P2: *“Antes eu achava que estava tudo bem que era normal o que eu fazia e que tipo estava tudo certo”*. A P3 têm esta mesma percepção: *“Para mim já estava sendo rotina comer e vomitar, então eu já nem percebia mais, para mim já era normal aquilo”*. A P1 apenas relatou que: *“Eu fui perceber que estava doente depois que me*

mandaram para o hospital a primeira vez, eu achava que sempre quando eu vomitava que estava grávida”.

Conforme o autor citado acima, muitos escondem dos parentes os sintomas. A P2 relata o tempo que conseguiu esconder da sua família: “...eu induzia o vômito, daí isso durou mais ou menos um mês assim fazendo direto e ninguém sabia, ninguém percebia porque era muito fácil esconder no começo, ninguém percebe e daí eu fiquei com medo de engordar, e como eu tinha muito medo de engordar, como eu sabia que aquilo ia continuar, eu resolvi contar para minha família... para minha mãe primeiro”. Com a P3 não foi diferente: “...ninguém percebe que eu estou vomitando, a M. (cuidadora da mãe dela) é quem mais fala que eu estou vomitando, foi a primeira pessoa que percebeu que eu estava vomitando. A gente estava almoçando e eu falei que ia no banheiro e ela falou na frente do meu pai que eu tinha que parar de comer e vomitar, o meu pai não falou nada só baixou a cabeça. Só que daí aquilo ali não adiantou nada, eu fui no banheiro e vomitei”. A P1 relatou que nunca escondeu da mãe os episódios, pois não sabia o que estava acontecendo com ela e nunca imaginou que o seu diagnóstico pudesse ser esse: “Para minha mãe eu nunca escondi nada porque ela via, eu vomitava em qualquer lugar, no ônibus era no chão mesmo, no colégio e em casa era no banheiro às vezes só aqui em casa que eu vomitava, aqui na frente quando não dava tempo de chegar no banheiro”.

Seguindo o pensamento de Borges (2006), as pacientes evitam fazer refeições junto com a família, e a P2 enfatizou muito essa dificuldade de alimentar-se na frente de outras pessoas “... é difícil eu comer na frente dos outros eu comecei a estagiar e demorei uns dois meses pra conseguir fazer o lanche da tarde, a nutricionista queria me matar porque eu não estava fazendo o lanche da tarde. É horrível, eu fico com vontade de vomitar aquela barra de cereal, aquela coisa entra rasgando”.

Segundo Cenci (2009), o indivíduo apresenta medo de ficar acima do peso, reconhece que segue padrão alimentar anormal, mas não se sente capaz de controlar seu próprio comportamento alimentar, como mostra a P2: “... sim, medo de engordar. Imagina eu tinha total controle antes, me sentia super controlada e daí de uma hora pra outra me vi completamente fora de controle, não conseguindo controlar nada do que eu comia e ainda provocando o vômito”.

Para qualificar o transtorno, Cenci (2009) afirma que a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos, duas vezes por semana, por três meses. P2: “Só que eu não estava purgando ainda eu só tinha

compulsão, mas aí quando eu voltei eu comecei a ter compulsões horrendas, tipo de comer tudo que eu visse na minha frente e daí depois vomitava tudo”. P3: “Às vezes eu comia não porque estava com fome mas porque eu estava vendo, sabe? Os meus vômitos são mais de noite depois da janta ou depois do almoço, têm dias que eu vomito os lanches também.. antes eu controlava a vontade de comer e agora não estou conseguindo mais, ai eu como muito, e vomito por causa disso né”. A P1 relata que vomitava bastante, mas nem sempre ela ingeria grandes quantidades de comida “...teve uma fase que eu vomitava bastante, eu comia pouco e vomitava tudo... às vezes eu provocava... às vezes não”.

Os fatores socioculturais, para Busse e Silva (2004), têm um grande papel na gênese da bulimia: a preocupação da sociedade com a silhueta delgada das mulheres, esse padrão imposto pela sociedade, também, foi constatado na fala das adolescentes. P2: “Na realidade quando eu tinha uns 12 anos eu me achava muito diferente das minhas amigas, porque elas eram todas magras e eu era gorda, me achava gorda, eu me achava estranha porque elas tinham corpo de criança, e eu já tinha desenvolvido corpo... daí eu tive meu primeiro namoradinho com 12 anos, uma vez a irmã dele disse que eu era gorda e aquilo foi horrível pra mim, daí com 13 anos eu comecei a emagrecer, emagreci 14 kg”. A P3, inclusive, demonstra questões ligadas à magreza: “...tem essa questão da magreza, beleza também. Eu tenho um livro de química que tem uma figura de uma guria assim com anorexia, esses dias eu estava olhando porque eu estava bem triste por causa disso sabe? Eu quero ser igual a ela”. A P1 relata que: “...eu quero engordar, perdi 13 kg, sempre perguntavam se eu queria ser magrinha assim, se queria ser modelo, mas não é. Eu não tenho essas besteiras de ficar magra, a minha família são todo mundo gordo, e eu quero ser gorda também, só eu que sai magra”. Essa categoria trouxe verbalizações das entrevistadas ligadas a problemas familiares, todos estes como precursores dos Transtornos Alimentares.

Todas as entrevistadas tiveram o início do transtorno alimentar, após alguma perda significativa na família ou dificuldade de relacionamento com alguém da casa. Estas constatações podem ser observadas, através das falas das adolescentes: P3: “Na realidade foi assim, faz dois anos que o meu avô morreu e daí eu me senti muito sozinha e eu estava meio triste porque eu estava meio gorda e eu não estava conseguindo emagrecer, aí eu comecei assim... eu comia muito e vomitava.... foi tudo depois da morte dele”. Já, a P1 teve problemas com o seu pai: “Só lembro que ele saía de casa e não voltava mais, aí eu chorava e sabia que não ia adiantar nada que ele ia embora para Porto Alegre, só que depois ele arrumou uma mulher do Rio de Janeiro e foi embora para o Rio de Janeiro, eu era amiga da mulher e tudo.

Eles se encontravam, eles disseram que eles eram colegas, amigos de colégio, aí eles começaram a namorar os dois já é velho já, aí eles foram embora para o Rio de Janeiro, aí depois não vi mais ele”. Na fala da P2: “Quando eu fiz 15 anos, na metade do ano eu fui viajar, fui para o Rio de Janeiro eu tenho família lá, fui visitar minha família e eu tinha a minha avó que morava comigo, na realidade era avó da minha mãe, ela criou a minha mãe, mas era como se fosse a minha avó, ela morava com a gente era mais minha avó do que da minha mãe. Aí quando eu estava no Rio ela morreu, e aquilo foi muito forte para mim, muito impactante daí aquela coisa eu fui e quando eu voltei ela não estava mais lá, foi horrível e antes mesmo de eu ir viajar eu tinha começado a ter compulsão”.

A história familiar das bulímicas, segundo Busse e Silva (2004), muitas vezes é marcada por conflitos familiares e abuso sexual, na infância e/ou na adolescência. São violências físicas e verbais proferidas, principalmente, pela figura masculina (pai, marido etc.), que afetam o controle emocional. Nenhuma das entrevistadas mencionou ter sido violentada na infância, mas todas relataram problemas de relacionamento com os pais. P3: “É pai do meu pai... porque ele também sente muita falta, eu não quero e sei que vai deixar ele magoado ou alguma coisa assim, o pai assim não falou nada para ele, também não gostaria de falar uma coisa que eu quero passar por isso e depois falar para ele: ó passei por isso, mas já acabou... quando a nutricionista percebeu que eu estava doente ela falou para o meu pai, aí ele ficou brabo por causa disso, ele acha que eu não tenho motivos... às vezes eu e meu pai a gente discute um pouco, mas não demora muito a gente já está de bem”. A P3 não quer falar para o seu pai que ela começou a ter bulimia em função da morte do avô, pois um assunto que magoaria seu pai. A P1 relata sobre o sumiço do pai e, logo após isso, ela começou a ter episódios de bulimia: “Ele falava que eu era a filha que ele mais gostava... ele veio morar aqui um tempo o ano passado e foi embora daí, perguntei por ele para um amigo dele ali na esquina e ele disse que ele tinha ido embora e eu não acreditei, porque eu tinha passado a noite com ele, mas aí ele tinha ido embora para o Rio de Janeiro de novo, sem me dar tchau nem nada naquele dia que eu tive com ele”. E na fala da P2 pode-se perceber um pouco do conflito com o pai: “É que... também eu não me dava, não me dou muito bem com o meu pai assim... hoje em dia ele entende, mas eu não deixo ele chegar muito perto de mim assim...sabe?”.

Nessa categoria foi utilizada a fala da mãe da participante 1 que estava presente na entrevista. De acordo com Busse e Silva (2004), a origem das necessidades de punição das pacientes bulímicas é como um enorme reservatório de agressão inconsciente dirigidas às

figuras paternas. É como se sua raiva fosse transferida para o alimento e destruída na garganta. A fala da mãe da P1 traduz bem isso: “A doutora psicóloga lá, não sei se é psicóloga ou psiquiatra disse que ela começou assim porque ela queria o pai dela. O pai dela é separado de mim há dez anos, e então a doutora disse que na cabeça dela ela não vomita o que ela comia, ela vomitava o desgosto que ela tinha porque o pai estava longe, aí depois disso eu botei até na rádio pra ver se achava o pai dela e daí achei no Rio de Janeiro”. A P2 há cerca de dois meses atrás, teve uma recaída e, desde então, tem vomitado todos os dias: “...eu tinha brigado com a minha tia do Rio, eu sempre fui passar as férias na casa dela, eu me dou muito bem com ela, me dava, me dou porque agora eu voltei a falar com ela, ela sempre participou bastante da minha vida.. até esqueci de colocar ela na rede. E estava meio brigada com ela assim.. mas ela sempre ajudou muito e nessas férias assim eu briguei com ela muito sério, e isso me deixou muito, muito acabada”.

Essa categoria mostra a percepção das adolescentes sobre sua rede de apoio social, “peça chave” para a melhora, no tratamento. A rede de apoio social, segundo Sluzki (1997), pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas, ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede contribui, significativamente, para o seu próprio reconhecimento, como indivíduo, e para sua autoimagem. As entrevistadas contam com pessoas em seu tratamento, e estas dão-lhes apoio, nos momentos de crise. P1: “...quando eu estou mal, eu recorro pra minha mãe e pro meu irmão, e tem o Dr A. que me ajuda também. Os meus padrinhos também me ajudaram... esses dias eu estava mal e eles me levaram no hospital”. A P2 relata algumas mudanças na rede de apoio: “...minhas amigas do colégio a L. e a M., que foram muito presentes numa época sei lá quando eu tinha 17 anos, elas me ajudaram desde os 15 e agora a gente se afastou um pouco... elas são minhas amigas elas sabem de tudo, só que elas não continuam presentes”. E a P3 relata que: “...acho que na rede tem pessoas que se destacam, eu posso contar com meu pai e minha mãe, a M. (cuidadora da Mãe), meu namorado, minha amiga A.M. e minha nutricionista”.

Frente à multiplicidade de características individuais Sluzki (1997) afirma que o apoio social é de suma importância para a autoajuda de pacientes e de familiares que sofrem de transtornos físicos ou emocionais crônicos. Quando questionadas, sobre o que achavam da sua rede de apoio, sobre a efetividade, as respostas foram: P1: “eu acho que é boa, porque me ajudaram quando eu precisei”. A P2 relata que: “... todas as pessoas que eu coloquei aqui me ajudam efetivamente, eu acho que minha rede sempre foi restritiva assim.., eu acho que ela funciona..

mas eu acho que não sei exatamente.” E a P3 diz que: “... eu acho que é boa, assim essas da última linha da família são sabem assim por cima, mas todos me ajudam, me apoiam”.

A P2 afirma que sua rede está cansando, através da verbalização, percebe-se isso: “é... elas não entendem muito bem sabe (irmãs), ninguém entende muito bem é muito complicado de uma pessoa entender... é que as pessoas cansam na realidade, ainda mais quando é por tanto tempo assim... Quando tu tem por um tempo até é difícil de entender, mas tá.. tu tem e passa e é sei lá por um ano, um ano e pouco e fica tudo bem... daí eu acho que é mais fácil sabe? Isso é minha vida desde que eu tinha 13 anos então é meio cansativo, as pessoas cansam.... até a minha mãe”. Ela relata, ainda, que por ver sua rede “cansando”, ela está se sentindo desamparada e cansada, também: “ninguém mais me vigia quando eu vou no banheiro... isso não tem mais, assim sabe, tipo a minha mãe quando eu estou vomitando ela fala “eu sei que tu está vomitando” ...e só”.

Segundo Kleinmann (*apud* OLIVEIRA e BASTOS, 2000), a rede de apoio social envolve dois níveis: o formal, constituído pelos profissionais envolvidos com as redes, e o informal, do qual fazem parte familiares, vizinhos e pessoas da comunidade. Estes níveis estão claramente implicados na construção cotidiana dos itinerários terapêuticos. A P1 têm uma grande confiança em seu médico, ele é clínico geral, e é quem está tratando ela: “ eu confio bastante nele, ele manda eu me cuidar e comer bastante me chama de “minha modelo”. Na fala dela percebe-se algo contraditório, pois sendo chamada assim, o médico apenas reforça as atitudes dela. Ainda, com relação ao nível formal, a P3 diz: “eu por enquanto só me trato com a nutricionista, confio bastante nela, depois que eu fiz 15 anos eu fiquei um tempo sem ir lá e fui piorando. Aí quando eu fui ela fez uma dieta que era a bem forçada, eu tinha que comer e ela conversou com meu pai falou que se eu não comesse eu ia ter que fazer outro tratamento, que ela sozinha não ia conseguir... e essas coisas de vomitar eu só falo para ela e não falo para mais ninguém”. A P2 tem uma equipe que a acompanha, há algum tempo, e seu relato sobre o nível formal, envolvido no seu tratamento é “...a minha psiquiatra me irrita, o meu médico fica falando que ela é uma das melhores do Rio Grande do Sul, grande coisa... tudo bem eu sei que ela me ajuda. O S. (médico) me irrita, ele quer sempre cuidar da minha vida, às vezes isso é bom... teve uma época que ele mandou chavear o armário da minha casa, tem noção do que é chavearam o armário da tua casa? Daí eu ia lá, a minha mãe coloca uma chave na cozinha, que não tinha na porta da cozinha, eu ia lá na calada da noite e estava tudo chaveado que droga! Eu sei que é para o meu bem, eu recorro para ele quando eu estou mal, já pedi para

ele me internar, hoje está tudo melhor pelo menos eu não como mais bolacha recheada de 60 centavos”.

As redes sociais desempenham diferentes funções para Sluzki (1997), tais como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e a de serviços e acesso a novos contatos. A companhia social está relacionada ao estar junto com outra pessoa, seja através da realização de atividades em conjunto, seja através do compartilhamento da rotina cotidiana. A P1 fala em uma amiga do colégio: “A K., é minha amiga...ela conversa comigo e me dá conselhos”.

O apoio emocional está ligado ao poder contar com a amizade, com o apoio e a dedicação de outra pessoa. Essa função envolve um clima de afeto, compreensão, sendo característicos das amizades íntimas ou relações próximas, como mostram as adolescentes: a P3 fala sobre o namorado: “...ele me ajuda bastante às vezes ele fala assim: ...tenta fazer alguma coisa para pressionar ele diz que se eu vomitar vai ficar brabo sabe?”. A P1, também, fala do seu namorado, embora não o tenha colocado, no mapa de rede: “Me ajuda muito, precisa ver o que ele correu para mim... daqui até lá o hospital a pé por mim”. Já, a P2 relata que: “... eu nunca deixo as pessoas chegarem muito perto de mim assim... tem a minha mãe e até com as minhas amigas... eu tenho vínculo, mas é de vez em quando que eu converso. Eu não procuro as pessoas”.

O guia cognitivo e de conselhos tem por objetivo partilhar informações individuais ou sociais, através de interações com outras pessoas, visando, também, a clarificar determinadas expectativas e a proporcionar papéis. Ela tende a neutralizar os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, favorecendo a resolução de conflitos. As adolescentes tinham, como guia cognitivo e de conselhos, seus médicos, alguns familiares e amigos, sendo assim os dois níveis foram utilizados nessa função: o formal e o informal. A ajuda material e de serviços inclui a ajuda física, na qual se incluem os serviços de saúde e a cooperação específica de conhecimento de especialistas. As três entrevistadas possuem acompanhamento com profissional da área da saúde que é pago por seus responsáveis.

Por fim, tem-se o acesso a novos contatos que significa a abertura de portas para a vinculação com redes e pessoas que, antes, não participavam da rede social do sujeito. Essa característica é percebida como sendo potencial em qualquer relação, porém, apenas em algumas entrevistas ela aparece como traço importante. Na entrevista da P2, aparecem dados com relação a esse último item “Para mim foi bem difícil me desvincular do CAPS porque eu me sentia bem aqui, tinha muita gente igual a mim aqui... eu me sentia bem, me sentia

cuidada. Eu conheci duas amigas essas aqui que estão no mapa, no CAPS, as duas tinham anorexia... porque nos outros lugares eu me sentia estranha, bizarra”.

Sobre a percepção da rede de apoio social, as adolescentes consideram “peça chave” para a melhora, no tratamento. A rede de apoio social, segundo Sluzki (1997), pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas, ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede contribui, significativamente, para o seu próprio reconhecimento, como indivíduo, e para sua autoimagem. As entrevistadas contam com pessoas em seu tratamento, e estas dão-lhes apoio, nos momentos de crise. P1: “...quando eu estou mal, eu recorro pra minha mãe e pro meu irmão, e tem o Dr A. que me ajuda também. Os meus padrinhos também me ajudaram... esses dias eu estava mal e eles me levaram no hospital”. A P2 relata algumas mudanças na rede de apoio: “...minhas amigas do colégio a L. e a M., que foram muito presentes numa época sei lá quando eu tinha 17 anos, elas me ajudaram desde os 15 e agora a gente se afastou um pouco... elas são minhas amigas elas sabem de tudo, só que elas não continuam presentes”. E a P3 relata que: “...acho que na rede tem pessoas que se destacam, eu posso contar com meu pai e minha mãe, a M. (cuidadora da Mãe), meu namorado, minha amiga A.M. e minha nutricionista”.

Frente à multiplicidade de características individuais Sluzki (1997) afirma que o apoio social é de suma importância para a autoajuda de pacientes e de familiares que sofrem de transtornos físicos ou emocionais crônicos. Quando questionadas, sobre o que achavam da sua rede de apoio, sobre a efetividade, as respostas foram: P1: “eu acho que é boa, porque me ajudaram quando eu precisei”. A P2 relata que: “... todas as pessoas que eu coloquei aqui me ajudam efetivamente, eu acho que minha rede sempre foi restritiva assim.., eu acho que ela funciona.. mas eu acho que não sei exatamente.” E a P3 diz que: “... eu acho que é boa, assim esses da última linha da família são sabem assim por cima, mas todos me ajudam, me apoiam”.

A P2 afirma que sua rede está cansando, através da verbalização, percebe-se isso: “é... elas não entendem muito bem sabe (irmãs), ninguém entende muito bem é muito complicado de uma pessoa entender... é que as pessoas cansam na realidade, ainda mais quando é por tanto tempo assim... Quando tu tem por um tempo até é difícil de entender, mas tá.. tu tem e passa e é sei lá por um ano, um ano e pouco e fica tudo bem... daí eu acho que é mais fácil sabe? Isso é minha vida desde que eu tinha 13 anos então é meio cansativo, as pessoas cansam.... até a minha mãe”. Ela relata, ainda, que por ver sua rede “cansando”, ela está se

sentindo desamparada e cansada, também: “ninguém mais me vigia quando eu vou no banheiro... isso não tem mais, assim sabe, tipo a minha mãe quando eu estou vomitando ela fala “eu sei que tu está vomitando” ...e só”.

Segundo Kleinmann (apud OLIVEIRA e BASTOS, 2000), a rede de apoio social envolve dois níveis: o formal, constituído pelos profissionais envolvidos com as redes, e o informal, do qual fazem parte familiares, vizinhos e pessoas da comunidade. Estes níveis estão claramente implicados na construção cotidiana dos itinerários terapêuticos. A P1 têm uma grande confiança em seu médico, ele é clínico geral, e é quem está tratando ela: “ eu confio bastante nele, ele manda eu me cuidar e comer bastante me chama de “minha modelo”. Na fala dela percebe-se algo contraditório, pois sendo chamada assim, o médico apenas reforça as atitudes dela. Ainda, com relação ao nível formal, a P3 diz: “eu por enquanto só me trato com a nutricionista, confio bastante nela, depois que eu fiz 15 anos eu fiquei um tempo sem ir lá e fui piorando. Aí quando eu fui ela fez uma dieta que era a bem forçada, eu tinha que comer e ela conversou com meu pai falou que se eu não comesse eu ia ter que fazer outro tratamento, que ela sozinha não ia conseguir... e essas coisas de vomitar eu só falo para ela e não falo para mais ninguém”. A P2 tem uma equipe que a acompanha, há algum tempo, e seu relato sobre o nível formal, envolvido no seu tratamento é “...a minha psiquiatra me irrita, o meu médico fica falando que ela é uma das melhores do Rio Grande do Sul, grande coisa... tudo bem eu sei que ela me ajuda. O S. (médico) me irrita, ele quer sempre cuidar da minha vida, às vezes isso é bom... teve uma época que ele mandou chavear o armário da minha casa, tem noção do que é chavearam o armário da tua casa? Daí eu ia lá, a minha mãe coloca uma chave na cozinha, que não tinha na porta da cozinha, eu ia lá na calada da noite e estava tudo chaveado que droga! Eu sei que é para o meu bem, eu recorro para ele quando eu estou mal, já pedi para ele me internar, hoje está tudo melhor pelo menos eu não como mais bolacha recheada de 60 centavos”.

As redes sociais desempenham diferentes funções para Sluzki (1997), tais como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e a de serviços e acesso a novos contatos. A companhia social está relacionada ao estar junto com outra pessoa, seja através da realização de atividades em conjunto, seja através do compartilhamento da rotina cotidiana. A P1 fala em uma amiga do colégio: “A K., é minha amiga...ela conversa comigo e me dá conselhos”.

O apoio emocional está ligado ao poder contar com a amizade, com o apoio e a dedicação de outra pessoa. Essa função envolve um clima de afeto, compreensão, sendo

característicos das amizades íntimas ou relações próximas, como mostram as adolescentes: a P3 fala sobre o namorado: “...ele me ajuda bastante às vezes ele fala assim: ...tenta fazer alguma coisa para pressionar ele diz que se eu vomitar vai ficar brabo sabe?”. A P1, também, fala do seu namorado, embora não o tenha colocado, no mapa de rede: “Me ajuda muito, precisa ver o que ele correu para mim... daqui até lá o hospital a pé por mim”. Já, a P2 relata que: “... eu nunca deixo as pessoas chegarem muito perto de mim assim... tem a minha mãe e até com as minhas amigas... eu tenho vínculo, mas é de vez em quando que eu converso. Eu não procuro as pessoas”.

O guia cognitivo e de conselhos tem por objetivo partilhar informações individuais ou sociais, através de interações com outras pessoas, visando, também, a clarificar determinadas expectativas e a proporcionar papéis. Ela tende a neutralizar os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, favorecendo a resolução de conflitos. As adolescentes tinham, como guia cognitivo e de conselhos, seus médicos, alguns familiares e amigos, sendo assim os dois níveis foram utilizados nessa função: o formal e o informal.

A ajuda material e de serviços inclui a ajuda física, na qual se incluem os serviços de saúde e a cooperação específica de conhecimento de especialistas. As três entrevistadas possuem acompanhamento com profissional da área da saúde que é pago por seus responsáveis.

Por fim, tem-se o acesso a novos contatos que significa a abertura de portas para a vinculação com redes e pessoas que, antes, não participavam da rede social do sujeito. Essa característica é percebida como sendo potencial em qualquer relação, porém, apenas em algumas entrevistas ela aparece como traço importante. Na entrevista da P2, aparecem dados com relação a esse último item “Para mim foi bem difícil me desvincular do CAPS porque eu me sentia bem aqui, tinha muita gente igual a mim aqui... eu me sentia bem, me sentia cuidada. Eu conheci duas amigas essas aqui que estão no mapa, no CAPS, as duas tinham anorexia... porque nos outros lugares eu me sentia estranha, bizarra”.

CONCLUSÃO

Inicialmente, tinha-se a ideia ao realizar o trabalho de que se encontraria apenas questões ligadas ao culto à magreza, ao padrão estético imposto como o bonito e o ideal, mas, após a análise e aprofundamento nas leituras, constatamos que as questões familiares estão presentes, nos três casos, questões estas que foram precursoras dos transtornos alimentares.

Das três adolescentes, apenas duas apresentaram interesses relacionados ao culto à magreza, mas não foi este o motivo que as levou a desenvolverem a patologia.

REFERÊNCIAS

- APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
- BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos Alimentares: Quadro Clínico. Revista Medicina; Ribeirão Preto; jul./set.; 2006.
- BUSSE, S. R. & SILVA, B. L. Transtornos alimentares. (In: BUSSE, S. R (Org.). Anorexia, bulimia e obesidade). Manole; 2004.
- CENCI, M; PERES, K. G.; VASCONCELOS, F.A.G.; Prevalência de importamento bulímico e fatores associados em universitárias; Revista. Psiquiatria clínica. São Paulo; v. 36; n. 3; 2009.
- CORDÁS, T.A. & NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica 26: 41-7, 1999.
- FLICK, U. Desenho da Pesquisa Qualitativa. 3.ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2009.
- MARTINS, F.C.O. & SASSI, E. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2004, vol.31, n.4, pp. 161-163. ISSN 0101-6083
- NEVES, M.B et al. Distúrbios do apetite: anorexia e bulimia nervosa o caminho histórico para a abordagem biopsicossocial. 2003 Instituto Edumed- para educação em medicina e saúde
- OLIVEIRA, M.L.S. & BASTOS, A.C.S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2000, vol.13, n.1 [cited 2010-06-16], pp. 97-107 .
- SLUZKI, C. E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- THIEL, C. B. & MELLO, E.D. Tratamento Nutricional da Anorexia Nervosa no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Nutrição em Pauta. São Paulo, Ano XIII, n. 73, p. 32-37, jul./ago., 2005.
- VILELA, J.E.M. et al. Teste transtornos alimentares em escolares; Jornal de Pediatria; Vol. 80; N° 1; Porto Alegre; Jan/Fev. 2004.