



ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO EMOCIONAL NA ATUALIDADE

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO
(Organizadora)

realização



SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
2018

REALIZAÇÃO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO EMOCIONAL NA ATUALIDADE

LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

São
Paulo

E BOOK (13.: 2018: São Paulo) Leila S P C Tardivo (organizadora). ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO EMOCIONAL NA ATUALIDADE.- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018

In, 2018

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-86736-93-3

1. Psicologia clínica 2. Psicologia Social 3. Adolescência

4. Clínica I. Título.

RC467

O QUE EU TENHO? ANOREXIA E BULIMIA NA VISÃO DAS PACIENTES

Érika Arantes de Oliveira Cardoso²⁷

Breno César de Almeida da Silva²⁸

Anne Caroline Coimbra²⁹

Joao Fontanari³⁰

Rosane Pilot Pessa³¹

Manoel Antônio dos Santos³²

Resumo

Os transtornos alimentares (TAs) são quadros psicopatológicos, marcados pela severa perturbação do padrão alimentar sendo a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) os tipos mais prevalentes. O presente estudo tem por objetivo descrever a compreensão que as pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas apresentam sobre estas doenças. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com 15 participantes que iniciavam o atendimento em um serviço especializado e que responderam a uma entrevista semiestruturada. Os dados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temática. Foram sistematizadas sete categorias: uma questão feminina, etiologia atribuída, relação com o alimento, autoimagem depreciada, relacionamento familiar, ganho secundário e busca de tratamento. Os resultados evidenciaram a complexidade emocional das pacientes nestes quadros clínicos. O profissional de saúde que recebe esta demanda necessita obter conhecimento acerca da singularidade do funcionamento emocional das pacientes.

Palavras-chave: transtorno alimentar, tratamento, família, equipe de saúde.

Os transtornos alimentares (TAs) são quadros psicopatológicos, marcados pela severa perturbação do padrão alimentar (Andrade & Santos, 2009) sendo a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) os tipos mais prevalentes. A BN é caracterizada por episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo (pelo menos uma vez na semana), seguido por comportamentos compensatórios inapropriados para perda de peso (diuréticos,

²⁷ Mestre e Doutora em Psicologia. Psicóloga do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP)

²⁸ Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP Bolsista CAPES.

²⁹ Psicóloga do HCFMRP-USP

³⁰ Psicólogo pela FFCLRP-USP – USP

³¹ Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

³² Professor Titular do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP

laxantes, indução de vômitos, exercícios físicos vigorosos). O paciente é dominado por uma sensação de perda de controle e sua autoavaliação é influenciada, de modo indevido, pela forma e peso corporal; a AN é caracterizada por dificuldade em manter um peso adequado para idade e altura, por um medo intenso de ganhar peso (medo às vezes não assumido), mesmo com peso inferior ao adequado, e por uma perturbação na forma de vivenciar o peso, segundo a APA (2013).

Atualmente, é reconhecida a influência de diversos fatores na predisposição, instalação e manutenção dos quadros de AN e BN. Os fatores reconhecidamente importantes são: *funcionamento da personalidade* (Dupont & Corcos, 2008; Oliveira-Cardoso & Santos, 2014), *ambiente sociocultural* (Borges, Sichieri, Ribeiro, Marchini & Santos, 2006) e *dinâmica familiar* (Salbach-Andrae et al., 2008; Souza & Santos, 2009; Souza e Santos, 2010).

Quanto ao *funcionamento da personalidade*, estudos mostram comprometimento nos aspectos afetivos e emocionais, sendo que os pacientes associam ao alimento sentimentos ou estados emocionais como medo, ansiedade e sentimentos de culpa. São pacientes que apresentam baixa autoestima, ansiedade elevada, impulsividade e dificuldades nos relacionamentos (Connan, Troop, Landau, Campbell & Treasure, 2007; Rosa & Santos, 2011).

A influência do *ambiente familiar* nos TAs é bastante valorizada, sendo que as relações familiares são consideradas de extrema importância tanto no desencadeamento como na manutenção do transtorno. Para a melhora do quadro sintomatológico busca-se intervir no padrão de relações na quais, em geral há confusão de papéis, ausência de limites, falta de senso de identidade e individualidade (Valdanha et al., 2014).

Em relação ao *ambiente sociocultural*, no mundo contemporâneo as imagens cultuadas são de um corpo magro e esbelto. Esse contexto macrossocial auxiliaria na criação de novas formas de vivenciar subjetivamente a corporeidade e de se relacionar com o corpo. Na atualidade o indivíduo inscreve seus tormentos no corpo e na alimentação. Além disso, predomina o pensamento de que não é possível ser feliz estando acima do peso (Miranda, 2011).

Levando-se em consideração o aumento da procura de pacientes com queixas de TAs no Sistema Único de Saúde (SUS) e da complexidade envolvida nestes diagnósticos, o profissional de saúde que recebe essa demanda necessita obter conhecimento acerca das peculiaridades do funcionamento emocional, dos fenômenos psicopatológicos subjacentes a esses quadros e de suas implicações na clínica, para que se possam traçar estratégias mais efetivas de intervenção (Oliveira-Cardoso & Santos, 2014). Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo descrever a compreensão que as pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas apresentam sobre estas doenças, antes de serem submetidos a um tratamento por uma equipe especializada.

Metodologia

Trata-se de um estudo com desenho metodológico exploratório e descritivo, realizado sob o enfoque de investigação qualitativa.

Participantes

Ingressaram 15 pacientes e todos aceitaram participar da pesquisa. Todas as participantes foram do sexo feminino e solteiras, a maioria tinha o estudo como principal ocupação. A faixa etária variou de 14 a 34 anos, com uma idade média de 20,3 anos ($dp=5,7$); oito participantes tinham recebido diagnóstico de AN e sete de BN. Em relação à composição familiar, a maioria das participantes morava com pais e irmãos ($n=9$) e três eram filhas únicas. O pai estava ausente em quatro lares, sendo duas separações e duas mortes, e um pai morava com a família, porém encontrava-se separado da esposa. Grande parte das mães tinha como ocupação o cuidado com o lar, ao passo que os pais sustentavam financeiramente a casa.

Instrumento

Foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada. Considera-se que essa estratégia metodológica é a que melhor permite a aproximação às percepções dos participantes acerca do fenômeno investigado (Minayo, 2006). O roteiro abordou questões referentes à vida antes do adoecimento, o início dos sintomas, a busca pelo tratamento, as causas atribuídas ao transtorno, fontes de apoio reconhecidas, vida familiar, social e afetiva, expectativas acerca do tratamento e planos futuros.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Processo HCRP nº 11236/2009). As avaliações foram realizadas individualmente, em uma sala reservada e com condições físicas adequadas, na Clínica Psicológica do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), em um encontro com meia hora de duração, em média. As entrevistas foram conduzidas individualmente, em situação face a face, e gravadas em áudio.

Procedimento de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, constituindo o *corpus* de pesquisa. A análise visou a identificar as concepções, crenças e atitudes das participantes em relação ao adoecimento. Foi utilizada a análise de conteúdo temática (Minayo, 2006).

Resultados e discussão

Foram sistematizadas oito categorias: uma questão feminina, etiologia atribuída, relação com o alimento, autoimagem depreciada, relacionamento familiar, ganho secundário e busca de tratamento.

Uma questão feminina

A amostra foi formada unicamente por mulheres, dado este confirmado pelo DSM-V (APA, 2013), que afirma que 90% das anorexias incidem no sexo feminino, sendo muito rara a bulimia em homens. Essa é uma informação que aparece também no discurso de algumas pacientes.

Eu acho que é doença de mulher.... eu, pelo menos, nunca conheci um menino com Bulimia. Vocês já atenderam algum? (21 anos, BN)

Acho que é coisa de mulher né? Homem não sofre tanta pressão da sociedade para um corpo magro como a gente, né? (22 anos, AN)

De acordo com autores psicanalíticos, a dinâmica dos TAs é basicamente feminina, tendo como núcleo: alimentação, corpo, reprodução, sexualidade e relação mãe-filha. Considera-se ainda que, mais do que o homem, a mulher moderna é vítima da tirania da cultura, da mídia e da publicidade, presa no trinômio: juventude, beleza e saúde, não tendo, e não se dando, permissão para envelhecer (Miranda, 2011).

Etiologia atribuída

Todas as participantes mencionaram que os sintomas começaram de um modo discreto, em geral com um regime para perder “um pouco de peso”, ainda na infância ou início da adolescência.

Quando eu tinha 14 anos eu queria perder uns 3 kg, para pode ir para praia. Conseguí perder, mas não consegui parar de querer perder. (17 anos, AN)

Aparece ainda a atribuição do início dos sintomas às orientações de adultos considerados significativos para as pacientes.

Acho que começou quando eu tinha 11 anos, eu passava muito mal do estômago e minha mãe falava que era para eu vomitar para melhorar, aí passei a gostar de vomitar e a vomitar para emagrecer. (20 anos, BN)

Nota-se que independentemente do passar do tempo, o fato considerado como sendo o desencadeador do transtorno mantém vivo na memória.

O médico falou que eu precisava emagrecer quando eu tinha 10 anos, falou que se não perdesse peso seria uma obesa quando adolescente, que aí seria muito difícil perder peso. (31 anos, BN)

Além de procurarem identificar um “marco” para o início dos sintomas, as pacientes elaboram diferentes explicações para o “aparecimento” do transtorno. Aparecem nos discursos questões ligadas ao afeto e ao medo ou dificuldade em lidar com a ausência materna.

Perdi peso para ir para a praia com a minha tia, mas nunca tinha ficado longe da minha mãe. Ficamos um mês e eu praticamente sem comer nada, chorava toda noite escondido. Perdi 8 kg neste mês. (16 anos, AN)
Também foram mencionadas “pressões do meio social”:

Eu queria ser modelo. Tirei três fotos e a mulher da agência me falou que eu precisava emagrecer, que não me aceitaria se eu não fosse magra. Quando eu emagreci, ela não me aceitou. Senti-me horrível e comecei a querer perder sempre mais e mais peso. (18 anos, AN)

A insatisfação com o próprio corpo aparece na literatura como relacionada a um temor de não ser aceito. Esse medo da rejeição faria com que as pacientes dependessem, de forma exagerada, da aceitação do outro e que fossem mais sensíveis às mensagens da sociedade relacionados com a aparência e o padrão de beleza valorizado, que na contemporaneidade é a magreza extrema, interferindo no imaginário feminino (Sopezki & Vaz, 2008).

Relação com o alimento

A dificuldade em lidar com a alimentação aparece nos relatos como uma tendência que remonta à infância.

Quando pequena, a gente era muito pobre e faltava comida, a gente passava muita fome. Acho que por isto peguei raiva da comida. (34 anos, BN)

Chama atenção o papel negativo e a conotação nociva que é delegada ao alimento.

É como se eu estivesse colocando um veneno para dentro do meu corpo, que vai me contaminar, me sujar, me deixar deformada e obesa. (26 anos, BN)

Emerge a sensação de que se é dominado pela comida, vivenciando total perda de controle:

Eu sinto medo de comer. Porque cansei de comer e vomitar, não dou mais conta disto, fico comendo e vomitando o dia todo. (17 anos, BN)

O fato de o alimento e a alimentação ocuparem grande parte dos pensamentos e ditarem as ações das pacientes com TAs é inerente ao diagnóstico. O comer tudo ou comer nada ocupa um lugar central na mente das pacientes, impedindo que estas se desenvolvam, produzam e se relacionem. Essa dinâmica é característica importante dos quadros de AN e BN. As pacientes ficam aprisionadas à ideia de (não) comer e, portanto, tornam-se paralisadas na vida de um modo geral.

Autoimagem depreciada

Todas as pacientes trazem nos relatos uma profunda insatisfação consigo mesmas, não restrita somente ao aspecto físico. De um modo geral, predomina a sensação de ser diferente e inferior em relação aos demais.

Vejo-me diferente das pessoas, me vejo como muito inferior a eles. Todos são bonitos, tem tudo melhor, sinto que eu não sou ninguém. (19 anos, BN)

Em alguns discursos essa sensação de inexistência e não pertença a um grupo culmina em sentimentos de “desumanização”:

Sinto-me horrível, praticamente uma aberração da natureza. (17 anos, AN)

Eu me sinto um ET. Como se fosse de outro planeta. (15 anos, AN)

O denegrimento da autoimagem se relaciona à dependência da valorização do meio externo, sendo que sua autoestima depende em excesso

da forma como percebe o olhar do outro (Moreira, 2011) implicando em sofrimento e comprometimento nas relações interpessoais.

Relacionamento familiar

Uma parcela significativa dos relatos das pacientes foi dedicada às relações familiares. Em todos os casos, a mãe aparece como uma figura idealizada, que mantém uma grande proximidade com a filha, podendo-se pensar em uma dificuldade de separação e individuação.

Nós somos almas gêmeas, estamos sempre grudadas. (14 anos, AN)

Minha única amiga é a minha mãe. (18 anos, AN)

A relação de fusão mãe - filha é reconhecida na literatura. A diáde vive um estado constante e completo de dependência e, paradoxalmente, sentem-se aflitas por este estado de aprisionamento (Miranda, 2011) que não é capaz de anular a angústia oriunda das vivências de incompletude. Estudos mostram que apesar desta proximidade, a relação com a mãe é permeada por desconfiança mútua, invasão de privacidade e perda da individualidade, com comprometimento da formação da identidade e esquemas de autonomia (Campos et al., 2012).

O pai, pelo contrário, apresenta-se como uma figura ausente, mesmo quando presente fisicamente.

Meu pai me ignora, finge que não sabe do meu problema, é como se eu não existisse para ele. (16 anos, AN)

Desse modo, a figura paterna não é percebida como fonte de apoio, suporte e proteção. Pelo contrário, na maioria das vezes é uma figura frágil e que necessita de cuidados.

Nunca tive apoio dele, ele saiu de casa por minha causa, a gente brigava muito. Agora ele voltou, ele precisava mais da gente do que a gente dele. (19 anos, BN)

Eu tinha uma relação difícil com meu pai, eu era muito sentida pelas coisas que ele fazia. Ele bebia muito, traía e batia na minha mãe. (34 anos, BN).

A representação do pai como autoritário, agressivo, “culpado” e incapaz de exercer a função paterna é corroborada pela literatura (Moreira, 2011).

Os irmãos aparecem, de um modo geral, como pouco compreensivos (em relação às dificuldades da paciente), enciumados e agressivos:

Meu irmão não me suporta. Ele fala que eu preciso apanhar. (15 anos, AN)

Minha irmã acha que eu faço para chamar atenção e que a minha mãe cai na minha encenação. Fala que eu vou sarar na porrada. (14 anos, AN)

É reconhecida a importância dos irmãos na estruturação do psiquismo do indivíduo, bem como sua relevância na compreensão das experiências ao longo da vida (Muniz & Féres-Carneiro, 2012). Essa influência pode tanto se considerada como positiva quanto negativa pelas pacientes com TAs, como observado no presente estudo (Honey, Clarke, Halse, Kohn, & Maddend, 2006).

Ganho secundário

O ganho secundário auferido dos sintomas aparece de modo indireto na maioria dos relatos, em especial pela maior proximidade e pelos cuidados obtidos da mãe. Uma paciente fez referência direta a esse benefício:

Eu acho que a doença teve um lado bom. Minha mãe sempre preferiu meu irmão, mas depois da minha doença ela vive para mim, me defende, tá sempre do meu lado. (16 anos, AN).

A presença de um ganho secundário com o TA, em especial devido a maior aproximação da mãe e da conquista de um lugar de destaque na família, apesar de nem sempre reconhecido pela paciente, é fato corroborado pela literatura e pela prática clínica (Oliveira & Santos, 2006).

Busca de tratamento

A busca pelo tratamento parece ter sido empreendida no momento limite, no qual as pacientes não aguentavam mais a escalada de sofrimento na qual viviam.

Estou desesperada... preciso de ajuda. Sei que estou cada dia mais sem controle, cada dia pior. E parece que as pessoas não entendem o meu desespero. (21 anos, BN)

A maior expectativa em relação ao tratamento não é a cura, mas o acolhimento, a possibilidade de serem cuidadas sem serem criticadas e de usufruírem de um espaço no qual não se sintam uma aberração.

Espero ajuda para controlar vitaminas, remédios. Ter um lugar onde não me critiquem, que tem pessoas com o mesmo problema que o meu. (31 anos, BN)

Os profissionais devem levar em consideração as dificuldades peculiares desses pacientes no momento da busca do tratamento. Muitas negam sua condição de adoecimento e se veem forçadas a aderirem a uma terapêutica exigente e cuja proposta implicará no ganho do que mais temem: o peso corporal.

Considerações finais

Dentre os TAs, a AN e a BN são considerados os diagnósticos mais complexos e de difícil manejo, já que envolvem múltiplas causas e comprometem diversas esferas da vida do paciente (Dupont & Corcos, 2008). Por essa razão, a equipe de saúde necessita embasar suas estratégias de intervenção na compreensão dos diversos aspectos envolvidos no diagnóstico, aprimorando a capacidade de escuta e acolhimento (Oliveira-Cardoso, Zuben & Santos, 2014).

Nesse sentido, o presente estudo fornece elementos que envolvem os aspectos culturais e sócio-familiares das pacientes com TAs na etapa pré-tratamento, contribuindo para o aperfeiçoamento de intervenções mais efetivas, oferecidas por profissionais dotados de compreensão empática.

Diante dos resultados obtidos no presente estudo, fica evidente o sofrimento e o comprometimento emocional dos pacientes com TAs, o que reforça a necessidade de se contar com uma equipe multiprofissional especializada para oferecer uma assistência qualificada. O apoio psicológico deve se estender aos indivíduos do círculo relacional mais próximo às pacientes, em especial os familiares, cuja inclusão no tratamento tem sido reconhecida como de inegável importância para a recuperação dos pacientes.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed). Arlingthon: VA.
- Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 454-468.

- Borges, N. J. B. G, Sichieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S. , & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3),340-348.
- Campos, L. K. S., Sampaio, A. B. R. F., Garcia Junior, C., Magdaleno Junior, R., Battistoni, M. M. M., & Turato, E. R. (2012). Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(1), 13-18.
- Connan, F., Troop, N., Landau, S., Campbell, I., & Treasure, J. (2007). Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 733-739.
- Dupont, M. E., & Corcos, M. (2008). Psychopathology in eating disorders: new trends. *La Revue du Praticien*, 58(2), 141-149.
- Honey, A., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M., & Maddend, S. (2006). The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa for adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 14(5), 315-322.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (9^a. ed.). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- Miranda, M. R. (2011). A complexidade da relação mãe-filha nas patologias dos contrários. In: C. A. N. B. Bruno (Org), *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. (pp. 123-154). São Paulo: Imago.
- Moreira, M. S. C. L. G. (2011). Adolescente e Bulimia: O escravo bem temperado. Distúrbios Alimentares: uma contribuição da Psicanálise. In: C. A. N. B. Bruno (Org.), *Distúrbios alimentares: uma contribuição da Psicanálise*. (pp. 215-224). São Paulo: Imago, 2011.
- Muniz, A. A. M., & Féres-Carneiro, T. (2012). Função fraterna: reflexões a partir do filme *Príncipe das Marés*. *Psicologia em Revista*, 18(1), 41-56.
- Oliveira-Cardoso, E. A, & Santos, M. A. (2014). Psicodinâmica dos transtornos alimentares: indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico-USF* (Impresso), 19(1), 209-220.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Zuben, B. V., & Santos, M. A. (2014). Qualidade de vida de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 9(1), 329-340.

- Rosa, B. P., & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade *borderline*: Implicações para o tratamento. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Ehrlich, S. (2008). Correspondence between self-reported and parent-reported psychopathology in adolescents with eating disorders. *Psychopathology*, 41(5), 307-312.
- Sopezki, D., & Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 12(2), 267-275.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 15(2), 285-294.
- Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo*, 6(1), 1-9.
- Valdanha, E. D., Cardoso, E. A. O, Ribeiro, R. R. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares. *Revista da SPAGESP*, 15 (2), 94-108.