

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



**Paula Almada Horta Deiró**

**Bulimia nervosa e família:  
Evolução e tratamento da doença**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Andrea Seixas Magalhães

Rio de Janeiro

Março de 2011



**Paula Almada Horta Deiró**

**Bulimia nervosa e família:  
Evolução e tratamento da doença**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Profa. Andrea Seixas Magalhães**

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Profa. Terezinha Feres Carneiro**

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Profa. Tatiana Moya**

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

**Profa. Denise Berruezo Portinari**

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia  
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/2011.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

### **Paula Almada Horta Deiró**

Graduou-se em Psicologia em Janeiro de 2005. Fez curso de Formação em Gestalt-terapia. É membro de uma equipe multidisciplinar que trabalha com transtornos alimentares e obesidade desde 2005. Atua em consultório particular desde 2005.

#### Ficha Catalográfica

Deiró, Paula Almada Horta

Bulimia nervosa e família: evolução e tratamento da doença / Paula Almada Horta Deiró; orientadora: Andrea Seixas Magalhães. – 2011.

90 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Bulimia nervosa. 3. Transtorno alimentar. 4. Família. 5. Psicoterapia. I. Magalhães, Andrea Seixas. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

À minha família, que me ensinou o valor de relações baseadas em  
amor e respeito.

## Agradecimentos

À minha orientadora, Andrea Seixas Magalhães, por ter me acompanhado de perto durante este percurso. Sua delicadeza me inspirou e me motivou em muitos momentos.

Aos profissionais com quem trabalhei e trabalho, especialmente os da equipe Nuttra, com quem aprendi e aprendo muito sobre a teoria e a prática clínica dos transtornos alimentares.

Ao meu marido, João, pelo amor, paciência e ajuda na correção deste trabalho.

Aos meus pais, Kátia e Roberto, pelo amor incondicional, pela constante presença e estímulo no meu percurso acadêmico.

Aos meus irmãos, Pedro e Rodrigo, por acreditarem sempre em mim.

À Luiza, por tudo que já fez e faz por mim, pelo amor tão especial.

Ao meu querido primo Yuri, em memória, por me ensinar que um sorriso e um abraço tornam a nossa vida mais plena.

A toda a minha família pela motivação e carinho de sempre.

Aos meus amigos pela compreensão de minha ausência em algumas situações e pelos momentos de distração e diversão durante este percurso.

À minha querida amiga Carol Cunto pela sua amizade muito especial, por seu apoio ímpar e pela sua ajuda na correção e melhoria deste trabalho.

Às minhas amigas Marina Agarez, Elisa Guahyba e Solange Frid, pelo companheirismo durante esses dois anos de mestrado e pelo apoio nos momentos mais complicados, além daqueles de descontração e amizade.

Às minhas sócias do Cinco Espaço Psicoterapêutico, Christine, Fernanda, Luiza e Sheila, pela compreensão, pelo carinho e pelo apoio em todos os momentos.

Aos meus clientes, pela disponibilidade e confiança.

Aos entrevistados, pela generosidade e coragem.

À Tatiana Moya, pelo companheirismo e troca nos atendimentos e por aceitar participar da banca examinadora.

À Terezinha Féres-Carneiro, pelas aulas e reflexões durante o mestrado e por fazer parte da banca examinadora.

Aos professores e funcionários do Departamento da Pós-Graduação de Psicologia, pelo apoio.

À PUC-Rio, pela excelente pós-graduação.

## Resumo

Deiró, Paula Almada Horta; Magalhães, Andrea Seixas (Orientadora). **Bulimia nervosa e família: evolução e tratamento da doença**. Rio de Janeiro, 2011. 90p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este estudo tem como objetivo investigar, a partir do relato de pacientes com diagnóstico de bulimia nervosa, o papel da família na evolução e no tratamento deste transtorno alimentar. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, com seis mulheres acometidas por bulimia nervosa, com idades entre 19 e 32 anos, pertencentes às camadas médias e altas da população carioca. Todas as entrevistadas estavam em tratamento com equipes especializadas em transtornos alimentares. Inicialmente, foi realizado um estudo teórico a respeito das características da bulimia nervosa e das famílias com um membro com transtorno alimentar, incluindo a evolução do tratamento familiar. Esse estudo fundamentou a análise das entrevistas e, posteriormente, a elaboração de seis categorias. Por meio da análise dos relatos das entrevistadas, evidenciou-se que a maioria delas associou diretamente os seus sintomas alimentares a questões familiares, apontando para situações específicas ou recorrentes, nas quais buscaram refúgio e apoio na comida. A partir da análise dos relatos das entrevistadas, concluiu-se ser de extrema importância o envolvimento da família no tratamento da bulimia nervosa para que as questões relacionadas à dinâmica disfuncional desse sistema sejam elaboradas e, com isso, a paciente possa apresentar melhoras em seus sintomas.

## Palavras-chave

Bulimia nervosa; transtorno alimentar; família, psicoterapia.

## Abstract

Deiró, Paula Almada Horta; Magalhães, Andrea Seixas (Advisor). **Bulimia nervosa and family: development and treatment of the disease**. Rio de Janeiro, 2011. 90p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study has the goal of investigating, through the interview of patients with bulimia nervosa, how the family takes part of the treatment and the development of such eating disorder. In order to reach this goal, a qualitative research was organized, with six women diagnosed as such, aged from 19 to 35 years old and members of the middle and high economic classes of the Rio de Janeiro society. Initially, a theoretic study of the characteristics of bulimia nervosa and of the families with a member that suffered of such eating disorders was made, including the evolution of family treatment. This study served as a foundation for the analysis the interviews and, later, in the creation of six categories. Through the analysis of the interviews, there was evidence that most of them related directly their eating symptoms to family issues, pointing towards specific or recurring situations, in which they seeked shelter and support in food. Analyzing such reports, the conclusion was that the participation of the family is of extreme importance in the treatment of bulimia nervosa, in order for the issues related to the dysfunctional dynamic of this system to be treated and, this way, for the patient to present an improvement of their symptoms.

## Keywords

Bulimia nervosa; eating disorders; family; psychotherapy.



## Sumário

1. Introdução	11
2. A bulimia nervosa	14
2.1. Histórico e construção do conceito de bulimia nervosa	14
2.2. A importância da aparência na sociedade contemporânea	17
2.3. Etiologia dos transtornos alimentares	26
2.4. Critérios diagnósticos da bulimia nervosa	28
2.5. Os aspectos emocionais e psicológicos da bulimia nervosa	32
3. A família e o tratamento da bulimia nervosa	36
3.1. As características e a dinâmica das famílias de pacientes com transtornos alimentares	36
3.2. A evolução do tratamento familiar para a bulimia nervosa	47
4. A pesquisa	57
4.1. Recrutamento e seleção dos participantes	57
4.2. A construção do roteiro para as entrevistas	58
4.3. As entrevistas	58
4.4. A transcrição das entrevistas	59
4.5. A análise e discussão	59
5. Considerações finais	79
6. Referências bibliográficas	83
7. Anexos	89
7.1. Anexo 1	89
7.2. Anexo 2	90

*Falar em alimento é desde o princípio da vida falar em afeto.  
Falar em afeto é evidentemente falar em relação. Falar em  
relação é falar de pessoas com conflitos que intercambiam  
sentimentos, sensações, percepções e emoções.*

Schomer (2003), *O papel da família nos transtornos alimentares.*

# 1

## Introdução

A preocupação com a aparência é uma característica significativa da sociedade contemporânea e faz com que as pessoas busquem incessantemente obter um corpo como o modelado pela mídia. Este padrão de beleza, que incentiva a magreza em excesso e é divulgado pelos meios de comunicação, frequentemente é reforçado pela família e pelos amigos. Os rituais de emagrecimento e os métodos compensatórios para perda de peso são constantemente compartilhados na rede social, que muitas vezes os considera comuns e até inofensivos, mesmo quando são inadequados.

As relações familiares disfuncionais, junto a outros fatores como os genéticos, psicológicos e socioculturais podem contribuir para o surgimento e/ou manutenção dos transtornos alimentares. Estes são definidos como desvios do comportamento alimentar, que podem levar desde ao emagrecimento extremo até à obesidade, entre outros problemas físicos e emocionais. Dentre os principais transtornos alimentares, destacam-se a bulimia e a anorexia nervosa. Nosso foco, no presente estudo, é a bulimia.

O interesse por este tema surgiu a partir da experiência clínica. Há oito anos desenvolvemos um trabalho terapêutico, junto a uma equipe multidisciplinar especializada em transtornos alimentares e obesidade. Somos duas psicólogas, uma psiquiatra, três nutricionistas e um personal trainer. Nos reunimos semanalmente para trocarmos informações a respeito dos atendimentos e da evolução dos pacientes. Anteriormente atendíamos na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, mas atualmente atendemos em consultório particular na zona sul. Durante esses anos de trabalho, observamos a falta de uma maior implicação da família do paciente no tratamento, por mais que esta seja solicitada por diversas vezes.

Algumas famílias aceitam participar da terapia de família, mas a maioria só comparece às consultas com a psiquiatra ou com a nutricionista e se refere ao

transtorno alimentar como um problema exclusivamente do paciente, e não da família. No entanto, ao longo do processo terapêutico, surgem relatos dos pacientes a respeito de dinâmicas disfuncionais em suas famílias e de dificuldades enfrentadas em casa no momento em que começam a melhorar dos sintomas. As queixas mais recorrentes desses pacientes em relação às suas famílias são a falta de afeto e limites, a dificuldade de comunicação e o alto nível de exigência.

Na nossa experiência clínica, atendemos um maior número de pacientes bulímicos e compulsivos, do que de anoréxicos, o que explica o nosso interesse específico pela bulimia nervosa. Esta se caracteriza, segundo a DSM-IV (APS, 1994), por um estado patológico de voracidade, consistindo em compulsões alimentares periódicas e métodos compensatórios inadequados, com o objetivo de evitar o ganho de peso. Apresenta alta incidência em mulheres jovens, que recorrem aos episódios bulímicos para compensar dificuldades emocionais.

O objetivo desta pesquisa foi investigar por meio do discurso de pacientes em tratamento, a repercussão das relações familiares no desenvolvimento e na manutenção da bulimia nervosa. Buscou-se, além disso, compreender como as pacientes e suas famílias reconhecem os sintomas bulímicos, como se deu o início destes sintomas, de que forma a família lida com o transtorno alimentar e seu tratamento e a percepção das pacientes acerca das possíveis causas deste transtorno.

A relevância desta pesquisa é aprofundar o estudo sobre a bulimia nervosa e o envolvimento da família no desenvolvimento e no tratamento deste transtorno alimentar. Através dessa pesquisa foi possível refletir sobre as atuais propostas de tratamento para a bulimia, o que pode auxiliar na criação de futuras estratégias de intervenção.

Além disso, outra questão relevante apontada por Fasolo & Diniz (2002) é que na literatura - tanto a especializada em transtornos alimentares quanto a de terapia de família - os casos identificados de bulimia são em número inferior e menos detalhados do que os de anorexia. A hipótese das autoras é que os terapeutas de família se interessam menos pela bulimia nervosa, uma vez que esta patologia incide prioritariamente em mulheres mais velhas, que muitas vezes não moram mais com suas famílias, enquanto a anorexia nervosa acomete mais

adolescentes e pré-adolescentes. Sendo assim, o interesse em explorar este tema se tornou ainda maior, visto que são poucos os estudos que abordam as questões familiares na bulimia nervosa.

No capítulo dois, buscamos aprofundar o estudo da bulimia nervosa, incluindo a história deste conceito, sua etiologia, seus critérios diagnósticos, seus aspectos emocionais e psicológicos. Desenvolvemos uma reflexão sobre a importância da aparência na sociedade contemporânea, que é considerada um fator significativo para o aumento da incidência dos transtornos alimentares.

No capítulo três, são abordadas as características e a dinâmica das famílias de pacientes com bulimia nervosa, além da evolução deste tratamento específico, visto que este é o foco principal do atual estudo.

No capítulo quatro, apresentamos um estudo qualitativo, utilizando o método de análise discursiva. Foram entrevistadas seis mulheres com idades entre 19 e 35 anos, de camadas médias e altas da população carioca, submetidas a tratamento com equipe especializada. A partir dos depoimentos emergiram seis categorias de análise: 1) Uma doença inesperada: de uma simples dieta a um transtorno alimentar; 2) Tudo em prol da doença: o início dos sintomas e as estratégias para a manutenção da bulimia; 3) O corpo: a relação e a distorção; 4) De onde veio a bulimia: origens e atribuições; 5) A família e a bulimia nervosa; 6) Os sintomas e os sentimentos. No capítulo cinco, apresentamos as conclusões deste trabalho.

## 2

### A bulimia nervosa

#### 2.1

##### Histórico e construção do conceito de bulimia nervosa

Consideramos essencial que haja uma reflexão acerca das crenças que embasam as investigações, dos conceitos que serão abordados, assim como das premissas que estruturam os estudos e o método de pesquisa escolhido. Para isso, é fundamental rever os princípios das ciências humanas e sociais, que passaram a questionar a objetividade do positivismo lógico como método de pesquisa, adotando então o pragmatismo. O positivismo considera que a realidade pode ser vista de forma objetiva, empírica e imutável, enquanto o pragmatismo acredita no conhecimento científico como fruto de uma cultura, com influências históricas e sociais. Segundo a visão pragmática, não é possível reduzir os seres vivos e seus fenômenos a números, posto que, a intersubjetividade transcende a previsibilidade (Condé, 1998; Marcondes, 1992, 2005, 1997/2008).

A importância de estudar a bulimia nervosa a partir de uma visão pragmática é mostrar que ela não possui características universais e objetivas, ou seja, por mais que seja conhecida como uma doença contemporânea, já teve outras representações em outros momentos históricos.

As ideologias presentes na sociedade em determinado momento interferem no que é considerado adequado ou inadequado, normal ou anormal, saudável ou patológico, uma vez que a compreensão de um fenômeno baseia-se sempre no conhecimento histórico do uso da linguagem e de seus significados.

Essa reflexão filosófica é importante para que o pesquisador possa perceber que as escolhas feitas para fundamentar sua pesquisa são algumas das possibilidades viáveis, diante de tantas alternativas que podem ser igualmente válidas. A contextualização é importante para entendermos qual é a contribuição social, histórica e cultural na constituição da bulimia nervosa, compreendendo-a de uma maneira mais completa e integrada.

O conceito de bulimia nervosa surgiu a partir do conceito de anorexia nervosa, após diversas discussões e mudanças, que ocorrem desde o século XII

até os dias de hoje. Nos séculos XII e XIII, apareciam as primeiras construções sobre a anorexia nervosa. Nessa época, a visão religiosa dominante associava o jejum à santidade das mulheres, que tinham que ter disciplina e autocontrole sobre seus impulsos. Catharine de Siena (1347-1380) entrou para o convento por não aceitar o casamento imposto por sua família. Aos 15 anos, consumia apenas pães, vegetais e água e, aos 25 anos, ingeria somente ervas. Aos 30 anos, morreu de inanição, sendo canonizada pela Igreja Católica posteriormente. Ela e outras mulheres foram tomadas como modelos de coragem por conseguirem assumir uma identidade própria e não se submeter ao desejo dos outros (Souza & Santos, 2007; Bucarechi, 2003).

Conhecida como “anorexia sagrada”, essa prática de jejum era valorizada e incentivada neste período histórico, mas, posteriormente, foi vista com ressalvas. Com o advento da Reforma, o clero mudou sua visão sobre as mulheres, acreditando que elas eram uma propensão ao pecado, sendo dotadas de uma moralidade inferior a dos homens. Com isso, iniciou-se o período conhecido como “caça às bruxas”, que interpretava como ruim qualquer hábito diferente do que era consagrado pela Igreja, e os comportamentos femininos passaram a ser vistos sob a ótica do bem e do mal. Essas primeiras construções sobre a anorexia nervosa mostram que o ato do jejum já foi considerado positivo em outro momento histórico.

De acordo com Souza & Santos (2007), o primeiro relato médico de um caso de anorexia nervosa foi em 1691, com Richard Morton. A paciente tinha 17 anos e se recusava a alimentar-se, mostrando-se muito emagrecida, com lanugo ao invés de pêlos pelo corpo, braquicardia, hipotermia, hipotensão e nenhuma disfunção orgânica que justificasse tais sintomas. Morton a diagnosticou com “consunção ou atrofia nervosa”.

Robert Willian e Marcé também descreverem casos de pacientes com características semelhantes às da paciente atendida por Morton, mas foram Gull e Lasègue os considerados descobridores da anorexia nervosa. Em 1874, Willian Withey Gull nomeou a patologia que atribuía à perda de peso a um estado mental mórbido de anorexia nervosa, a qual foi apropriada pela ciência médica e,

posteriormente, pela psiquiatria, por ter sido reconhecida como uma condição psicossomática (Souza & Santos, 2007).

Em 1893, Freud associou a anorexia à histeria, no relato de *Um caso de cura pela hipnose*. Outros quadros semelhantes de sintomas foram nomeados de “anorexia histérica” ou “anorexia mental” e, em 1924, Sante de Sanctis divulgou a hipótese da anorexia corresponder a um quadro psicótico de cunho histérico (Bucaretschi, 2003).

Em 1975, Hilde Bruch descreveu as paciente com anorexia nervosa como psicóticas e observou que a preocupação com a comida era secundária a um autoconceito negativo de meninas, que se sentiam fracas e incapazes para conduzir as suas vidas. Bruch relatou uma necessidade dessas meninas de serem vistas como “boazinhas” e perfeitas para esconderem um sentimento de inutilidade. Além disso, acreditava que este transtorno se originava a partir de um relacionamento disfuncional do bebê com a mãe e considerou que o transtorno fundamental era o de imagem corporal. Em 1989, Russell argumentou que o aumento da incidência dos transtornos alimentares podia representar uma mudança de sintomas escolhidos por alguns indivíduos que, no passado, eram chamados de histéricos (Bucaretschi, 2003).

Em 1708, Blankaart foi o primeiro autor anglo-saxão a descrever o transtorno como um episódio de ingestão alimentar exagerada, seguido de um estado de “fraqueza de espírito”, associando sintomas depressivos à bulimia nervosa. A partir do século XVII a bulimia nervosa foi associada a distúrbios somáticos e, já nos tratados de psiquiatria do século XIX, o comportamento bulímico foi incluído entre as perversões do instinto alimentar.

Em 1903, Pierre Janet a definiu como um sintoma neurótico, com a presença de sensações de incompletude e fraqueza. E, em 1925, Abraham, ao se referir ao impulso que escapava à socialização, falou de “bulimia patológica” e “tendência a perversões orais diversas”. Otto Fenichel, em 1945, a chamou de “toxicomania sem drogas”, ao tratar das neuroses impulsivas e das perversões (Souza & Santos, 2007).

Bucaretschi (2003) relatou que a maioria dos primeiros escritos de bulimia não a consideravam um problema diferenciado. Era confundida com anorexia



associada ao uso de laxante ou vômito, ou a transtornos gastrointestinais. Gerald Russell, em 1979, foi o primeiro a nomear a condição médica da bulimia nervosa, com os seguintes sintomas: intensa e irresistível necessidade de sobre alimentação; uso de laxante ou o vômito para evitar o aumento de peso ligado a essa ingestão; medo exagerado de engordar.

Em 1980, a bulimia nervosa foi incluída no DSM-III, com a condição de que os acessos bulímicos fossem repetidos e que não ocorressem no contexto de uma anorexia nervosa ou de qualquer outro transtorno psíquico reconhecido. Atualmente, a bulimia nervosa é descrita, no DSM-IV (APS, 1994), como episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso; auto avaliação indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo; não ocorre durante episódios de anorexia nervosa.

Com base na análise histórica do conceito de bulimia, os mesmos sintomas e sentimentos podem ser vistos de maneiras diferentes, e até contraditórias, em momentos históricos e contextos socioculturais distintos. Os comportamentos que atualmente são considerados categorias diagnósticas dos transtornos alimentares, como o jejum e o vômito, por exemplo, já foram estimulados em outras épocas, pois eram vistos como meios para se alcançar uma santidade. Os valores mudam de acordo com a história e a ciência dispõe de teorias, que são descartadas quando surgem outras mais coerentes naquele momento.

A contextualização é uma das melhores formas de se compreender os fenômenos e as práticas sociais, mas é importante lembrar que, apesar de hoje em dia a visão pragmática ser a dominante, não se sabe até quando ela prevalecerá, visto que o ser humano é capaz de criar infinitas possibilidades de interpretar o mundo.

## 2.2

### **A importância da aparência na sociedade contemporânea**

Com a finalidade de estudar a bulimia nervosa no contexto atual, faz-se necessário refletir sobre os comportamentos alimentares e as práticas para perda

de peso, tão estimuladas na sociedade contemporânea, e suas principais características. A visão individualista e a busca constante pelo prazer instantâneo e descartável fazem parte desse dia-a-dia, no qual a globalização e a remoção de barreiras geográficas possibilitam a troca fluente de informações e mercadorias, além da facilidade de locomoção das pessoas. A preocupação acentuada com a aparência faz com que as pessoas se submetam às regras da moda na tentativa incessante de atingir um status e de obter um corpo como o apresentado pela mídia. A cultura pós-moderna incentiva a beleza física, a saúde e a juventude, gerando um desejo de imortalidade.

A distância entre o modelo da revista e o reflexo no espelho também contribui para a dificuldade de integração. Não se trata apenas de conciliar senso de realidade e aspirações narcísicas. O que propõem as fotografias são corpos imaginários, abstratos, intangíveis, e por assim dizer, eternos. Não são submetidos à dor, nem ao envelhecimento, ainda menos à morte. (Augras, 1996, p.44-45)

Nas sociedades contemporâneas, o corpo é tido como objeto e é submetido a cosméticos, medicamentos, dietas rígidas, cirurgias plásticas e exercícios físicos em excesso para se aproximar do ideal de perfeição culturalmente disseminado. Estas rotinas dedicadas ao corpo, aos poucos, começaram a fazer parte do cotidiano da população, sem que esta nem mesmo reflita sobre tais atividades ou as critique, mas apenas as execute de forma automática. Sendo assim, as singularidades são desprezadas e torna-se praticamente inviável ser belo e saudável na vida real.

Fazer regime tornou-se parte de nossa cultura a tal ponto que as mulheres costumam fazê-lo sem levar em conta seu peso real. Passaram a considerar que, qualquer que seja seu peso, o melhor seria pesar menos. (Hirschmann & Munter, 1992, p.13)

A cultura ocidental difunde um ideal de beleza feminina centrado na magreza e alcançá-lo significa ter sucesso, competência, autocontrole e ser sexualmente atraente. Porém, atingir esse objetivo é biologicamente impossível para a maioria das mulheres, as quais se tornam cada vez mais insatisfeitas com seus corpos, recorrendo frequentemente a dietas restritivas e a cirurgias plásticas.

As indústrias de produtos dietéticos e os institutos de estética ajudam a divulgar e vender a ilusão de um corpo ideal, pressionando ainda mais as mulheres a buscá-lo a qualquer custo. Um dado curioso apontado por Pipher (1998) é que, apesar de todo esse esforço feminino, os homens preferem mulheres curvilíneas às muito magras.

Além da frequente insatisfação com o corpo, que cresce ainda mais com a força da mídia, outro fator precipitante para os transtornos alimentares é a dieta, muito divulgada e adotada em países ocidentais, onde predomina o ideal de magreza. Um estudo longitudinal realizado por Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe (1999) mostrou que indivíduos que fizeram dieta por um ano tiveram um risco 18 vezes maior de desenvolver transtornos alimentares do que os que não fizeram.

Um dos principais motivos é que a restrição alimentar, levada adiante de forma radical por algumas pessoas, favorece a perpetuação da anorexia nervosa e pode levar ao surgimento de compulsões alimentares, com ciclos de compulsão/purgação, típicos da bulimia nervosa. Vale ressaltar que a dieta não é capaz, por si só, de causar os transtornos alimentares, pois precisa interagir com outros fatores de risco para que isso aconteça.

(...) os regimes alimentares são uma novidade deste século. 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. (Herscovici, 1997, p.23)

É interessante pensar que existe um paradoxo difundido em nossa cultura: critica-se muito o ato de comer, como se fosse um tipo de pecado, mas ao mesmo tempo qualquer acontecimento é celebrado com comida e as crianças são frequentemente premiadas com guloseimas, passando a considerar a comida uma fonte de prazer. Os alimentos com maior teor calórico, considerados “engordativos”, não são bem vistos pela sociedade que, concomitantemente, é induzida pelas campanhas publicitárias a consumi-los, uma vez que são mais abundantes, atraentes, variados e acessíveis.

Com essa supervalorização da comida a nutrição emocional é associada à nutrição física. Segundo Pipher (1998), a maioria das jovens que come compulsivamente tem tendência a cuidar dos outros e utiliza o alimento como uma droga que alivia sua dor emocional. Essa dificuldade em identificar os sentimentos, a compensação de sensações desagradáveis na comida, a rotulação de todas as necessidades como fome contribuem para que um transtorno alimentar se desenvolva, uma vez que a pessoa não entra em contato com o que realmente está sentindo.

O pavor de engordar é muito difundido na sociedade contemporânea, principalmente entre as mulheres. Atualmente, quem é gordo é excluído e sofre preconceitos. Afinal, os obesos são tidos como não atraentes e desprezíveis nessa cultura. Algumas pesquisas confirmam este fato, como é relatado por Pipher (1998, p.268):

Um estudo recente concluiu que 11% dos americanos abortariam um feto se lhes dissessem que o bebê teria tendência à obesidade. As crianças com cerca de cinco anos de idade, quando solicitadas a identificar pessoas de boa aparência, escolhem fotos de pessoas magras. Crianças da escola primária apresentam atitudes mais negativas em relação aos obesos do que aos brigões, deficientes ou crianças de raças diferentes. Os professores subestimam a inteligência dos obesos e superestimam a inteligência dos esbeltos. Os universitários obesos têm menos probabilidade de receber bolsas de estudo.

O crescente número de casos de obesidade, sobrepeso e sedentarismo são tidos como consequência da urbanização, a qual aumenta contraditoriamente a exposição ao ideal de magreza através da mídia, e incentiva mudanças de hábitos alimentares. Além de seu aspecto biológico, o corpo assume um importante papel como uma das diversas formas de manifestação social e cultural. A existência humana parece estar reduzida a uma dimensão superficial da imagem corporal e, talvez por isso, o sujeito seja visto como aquilo que ele consome. Segundo Novaes (2001, p.19-20)

(...) o sujeito busca nos objetos de consumo sua história, devorando-os, sem que jamais se sinta satisfeito (...). Trata-se dessa forma, de comer com a disciplina imposta pela nutricionista e, num segundo momento, anular os efeitos da ingestão, através de rigorosos exercícios físicos. Carregando um sentimento de culpa infalível, fruto das advertências de ambos profissionais, nas quais comer

não deve ser, senão, o ato de alimentar-se, destitui-se, dessa forma, a alimentação de toda a sua dimensão de prazer, fazendo com que o sujeito acredite que deva alimentar-se do olhar que equivale à aprovação social e que, por consequência, legítima e estimula tais práticas na obtenção desse corpo.

A preocupação com o corpo e com a estética é uma característica significativa das sociedades contemporâneas e o seu crescimento está contribuindo para o aumento da incidência dos transtornos alimentares. Os fatores socioculturais, junto às predisposições genéticas e vulnerabilidades biológicas, familiares e psicológicas constituem a etiologia multifatorial destes transtornos.

Stice (2002), ao discutir a influência sociocultural na imagem corporal e nos transtornos alimentares, aponta para alguns fatores muito importantes. Um deles é que a dimensão dos corpos das modelos e atrizes famosas diminuiu nas últimas décadas, sendo que um quarto das modelos apresentadas nas revistas satisfaz o critério de peso para anorexia nervosa, o que não significa que todas elas sofram destes transtornos. Pipher (1998) exemplifica bem esta questão ao mostrar que a garota propaganda da água mineral White Rock media 1,60 m e pesava 63 kg na década de 50 e atualmente ela mede 1,75 m e pesa 50 kg. Stenzel (2006) também se refere a pesquisas relativas à imagem corporal, que apontam para uma crescente insatisfação com o corpo, essencialmente feminina. O maior foco dessa insatisfação parece ser o peso e as medidas corporais, uma vez que o contexto sociocultural atual valoriza cada vez mais essa questão como garantia para um bem-estar.

Outra questão abordada por Stice (2002) é que a mídia enfatiza muito o valor que é dado para pessoas magras e, muitas vezes, trata desse assunto sem considerar as consequências que pode causar. Apesar da intenção não ser esta, pode ensinar diversas maneiras não saudáveis de perder peso. Na televisão, a qualquer hora pode-se assistir a algum programa sobre beleza anunciando um meio de emagrecer e se enquadrar ao ideal proposto. As revistas também estão recorrendo a matérias relacionadas à dieta, cirurgia estética e aos cuidados com a pele, o que, segundo Herscovici (1997), aumentou suas vendas em 70% em quatro anos.

Porém, os leitores não param para refletir que muitas das imagens expostas naquelas revistas são modificadas por programas de computador para que fiquem mais bonitas e atraentes. Os corpos esculturais, em sua maioria, não são reais, já que deles foram tirados as imperfeições, como as celulites, estrias ou qualquer gordura localizada. Mas mesmo sabendo disso, as pessoas continuam buscando ter um corpo como os que aparecem nas revistas ou na televisão.

Outras formas de difusão destes transtornos na mídia é a internet. Esse movimento é chamado de pró-mia e é composto por *websites*, salas de bate-papo, *blogs*, comunidades virtuais e outros espaços na internet, que buscam dar suporte à bulimia nervosa. Foram criados prioritariamente por mulheres jovens e meninas que sofrem desta patologia, com o objetivo de expor um ponto de vista favorável da doença, além de promover a interação entre portadores desse transtorno, através da troca de experiências, dicas, truques, fotos, dentre outros.

Meninas, Emagreci 3 kls desde que comecei o meu *low food*.... e vocês como estão indo? Espero realmente que voces estejam com MUITA MUITA força e Lembrem-se SEMPRE: Não coma.. e se comer VOMITE...pois tudo o que nos nutri nos destroi =D (<http://anamia69.blogspot.com/search?updated-min=2009-01-01T00%3A00%3A00-08%3A00&updated-max=2010-01-01T00%3A00%3A00-08%3A00&max-results=5>)

Os *blogs* são diários virtuais utilizados, nestes casos, como uma forma de desabafo dos sofrimentos causados pela doença e busca de apoio e aprovação. Já os *websites* são páginas na internet, com conteúdos diversos, que servem de vínculos para outras páginas relacionadas e uma lista de acesso a outros destinos na internet (Crumlish, 1997) e têm objetivos mais diretos como, por exemplo, a divulgação de truques de dietas e remédios que ajudariam a emagrecer, fotos de mulheres excessivamente magras utilizadas como metas a serem alcançadas, mensagens de incentivo, dietas, tabelas de calorias e gasto calórico, cálculo do índice de massa corporal (IMC), endereços de sites de dietas e de tratamentos estéticos e métodos para esconder dos pais que sofrem de um transtorno alimentar. Recorrentemente encontram-se também descrições de técnicas para vomitar (miar, como referidos pelas usuárias) com mais facilidade ou para vomitar sem que os outros percebam.

Ontem pela primeira vez na minha vida eu TIVE que miar em local público. Eu tava fazendo um LF sensacional: 1o dia: Água e 1 pedaço de melancia. 2o dia: Água, um pedaço de queijo e uma banana. 3o dia: Almoço de família. Arroz à pemontese, salada ceaser, sorvete de bombom. Miei tudo pra fora, óbvio. Eu tava tentando evitar, mas as perssoas me forçam a comer >.< O que salva na minha vida, é que pela primeira vez eu tenho alguém que respeita a mia. Não por que ele nao se importa, mas pq ele sabe como me faz mal as pessoas me obrigarem a comer. Correndo o risco de soar clichê, acho até que estou apaixonada. Não é como o A. que ameaçava se mutilar toda vez que eu tava de LF, e de fato o fazia. (<http://anamiabailarina.blogspot.com/>)

A troca de informações para obtenção, mesmo sem receita médica, de medicamentos que ajudariam a perder peso e até mesmo a venda de remédios feita por integrantes das comunidades é muito comum. Em alguns desses *websites* encontram-se sessões em que se personificam a doença, incluindo orações e cartas da mia (bulimia). Nelas, as pessoas que padecem de um transtorno alimentar são humilhadas, instruídas a entregar sua responsabilidade ao comando de uma entidade inexistente, que passa a ter poder sobre toda vida destas pessoas.

#### Carta da Mia

Olá. Meu nome, querida; é Bulimia. Mas para nos tornarmos mais íntimas, pode me chamar de `Mia`. Eu serei sua amiga de emergência, aquela que nas horas que o cinto apertar , poderá contar comigo.

Quase sempre acompanhada junto à nossa querida amiga Anna, e assim nós seremos poderosas, Nós moderamos vc ao nosso gosto, e assim vai conhecer o caminho da perfeição, às vezes ficarei com ciúme da atenção que vc dará à Anna, mas sei que quando a trai é a mim que você recorrerá, após suas terríveis compulsões.

Quando comer mais que uma baleia, e sentir-se enorme,sou eu que lhe ajudarei curvando seu corpo à pia, ou ao vaso sanitário, fazendo com muita força; forçando sua garganta para que toda aquela comida nojenta saia descarga abaixo, e assim vc se sentirá limpinha, renovada e um belo estômago de pena.

Porque vc não pode por tudo a perder... Porque Ana e eu controlamos sua mente para que chegues à perfeição.

Isso garota, curve-se perante mim e use seus dedos, sua escova de dente ou até mesmo um pedaço de pau, deixe tudo sair até a última gota,quero sangue saindo de sua garganta e estômago.Não chore, é assim mesmo o caminho da perfeição.É doloroso.Agora levante-se sente-se um pouco, relaxe. Veja como você se sente bem melhor, não é mesmo?

Está tudo limpo em você, agora sim, boa garota... Sabia que ia compreender o que se passa.

Vc está indo no caminho certo. Ainda falta muito e por isso trate de se empenhar...

Estou aqui para o que der e vier qualquer coisa é só me chamar. Abraços, Mia. (<http://charlottestonem.blogspot.com/>)

Os grandes provedores da internet, insatisfeitos com os conteúdos que faziam apologia aos transtornos alimentares, presentes nesses *blogs* e *sites*, engajaram-se na tentativa de tirá-los da rede. Com isso, muitos *websites* pró-ana (ana = anorexia) e pró-mia (mia = bulimia), que violavam o contrato feito com os usuários, foram retirados automaticamente da rede. Porém, apesar desta medida advinda dos provedores e órgãos de fiscalização da internet, os criadores do movimento em questão encontram maneiras diversas de permanecer na rede, como por exemplo, mudando seus nomes ou trocando de provedor.

Este movimento utiliza-se de um meio de comunicação onde existe a possibilidade de todos os seus integrantes permanecerem anônimos, porém sem deixar de experimentar o sentimento de pertencer, de não ser um estranho e de encontrar pessoas que tenham o mesmo tipo de vida, o mesmo tipo de interesse ou o mesmo tipo de problema. Esse sentimento tem se mostrado importante para os membros e os simpatizantes do movimento, visto que lhes oferece segurança e apoio, além de servir como uma fonte de informação e aprendizado. A diversidade de sentimentos, expressos em relação a esta patologia, corresponde aos diferentes estágios da doença em que se encontra cada um dos usuários.

A partir de uma observação mais atenta, percebe-se que a apologia ao transtorno alimentar encontra-se como pano de fundo para intenção real do movimento, que parece ser a necessidade de pertencer a um grupo, de se sentir valorizado, compreendido e principalmente de poder se expressar sem ser repreendido.

O sentimento de baixa autoestima, citado na literatura (Azevedo & Abuchaim 1998; Herscovici & Bay, 1997), é facilmente percebido nos *websites* e *blogs* pró-mia, o que aumenta o questionamento a respeito da real utilidade desses espaços pelas pacientes que possuem o diagnóstico de bulimia nervosa. A necessidade de um lugar para expor seus sentimentos, de pertencer a um grupo e a dependência recíproca que se estabelece entre elas, demonstra a fragilidade psíquica oriunda da doença. Participar dessas comunidades pode ser uma forma de pedir ajuda e, às vezes, a única forma possível no momento.

Esta compreensão é um dos pontos considerados cruciais para se entender esse fenômeno. As pacientes com o diagnóstico de bulimia nervosa costumam ter



uma autoestima baixa e se envergonhar muito de seu comportamento alimentar. Sendo assim, diante de um grupo de pessoas com comportamento similar e que vivenciam os mesmos sentimentos autodepreciativos após a ingestão compulsiva de alimentos, é natural que haja cumplicidade. O surgimento de uma rede onde seus sentimentos possam ser expostos, sem o medo da repressão vivenciada nas outras formas de relação, é uma consequência desta cumplicidade.

Esta cadeia de “diários compartilhados” entre essas pacientes parece ter como finalidade estabelecer laços de cumplicidade, utilizando o relato virtual para amenizar os sentimentos de inadequação e vergonha, oriundos dos sintomas bulímicos e assim, minimizar a dor gerada pela auto avaliação negativa e pelo medo mórbido de engordar. Porém, funcionam também como reforçadores dos comportamentos bulímicos, dos ciclos bulimia-purgação e, principalmente, de um ideal de magreza extrema.

Desculpa meninas pela demora... é que eu estava muito sumida de tudo e estava tentando ver o que tava acontecendo comigo. meu estomago ta completamente f...  
 > <  
 \_  
 minha garganta possui feridas monstros.. mas meu corpo...bem ele esta mudando  
 \o  
 ontem comprei uma saia linda \*-\*  
 ee sabe o que foi melhor?  
 ela entrou de primeira ♥  
 neem precisay passar péla humilhação 'moça pode trocar..que naum entrou';~  
 nossa foi tão bom pela primeira vez eu entrar numa loja..gostar de algo e ja poder sair com dela com o que gostay..  
 eenfim estou com 77 kls. pra quem começou com 83 neh...ate que esta bom..  
 maas a minha meta é 55 e eu sei que chego la \*-\*  
 e voces como estão? força sempre ♥ (<http://www.anamia69.blogspot.com/>)

Vale ressaltar que quase todos os *websites* contêm avisos referentes aos conteúdos pró-ana e pró-mia e aos riscos e consequências, provenientes da doença. Esses avisos visam abster seus criadores da responsabilidade da propagação dos transtornos alimentares e afastar aqueles que buscam esses *websites* com objetivo de criticá-los.

As fotos de modelos excessivamente magras ilustram a maioria desses *websites e blogs*, e são utilizadas como metas ou inspirações, reforçando um ideal de magreza já tão explorado pelas outras formas de mídia. Páginas com fotos de

celebridades e modelos que tiveram ou têm anorexia ou bulimia também são comuns. A expressão *thinspiration* (*thin* = magra; *inspiration* = inspiração) é usada para referir-se a essas fotos.

Uma estratégia muito conhecida entre as pró-mia e pró-ana é chamada *no food* (NF), que na verdade é um sinônimo de jejum. É incentivado por meio de competições de perda de peso, ou seja, um grupo determina um número de dias em que se submeterá ao jejum e, no final deste período, vence quem perde mais peso. No decorrer da competição, os participantes incentivam-se mutuamente, reforçando a crença de que sem comer todos saem ganhando. O *low food* (LF) é conhecido como a versão moderada do NF, pois permite a ingestão controlada de comidas mais leves, como frutas, vegetais, chá e água.

Mas tbm hoje fiz uma asneira abusei na comida e devo tar comido ate 450calorias mas as 15h comecei nf e so volto a comer amanha ao jantar e vou comer super pouco ao seja vou fazer 1dia e algumas horas de nf, espero conseguir mas amanha se der passo por aqui e digo se sempre consegui. Força a tds. Bjs (<http://anamiforever.blogspot.com/>)

Porém, como dito anteriormente, as dietas restritivas e os jejuns podem ser desencadeadores de compulsão alimentar, o que faz com que esses comportamentos indiretamente contribuam para a manutenção do transtorno alimentar. Além de considerados uma apologia aos transtornos alimentares, estes *blogs* e *websites* também são uma possível influência sociocultural, que favorece o surgimento destes transtornos.

## 2.3

### Etiologia dos transtornos alimentares

Além dos fatores socioculturais, os transtornos alimentares possuem uma etiologia multifatorial, com predisposições genéticas e vulnerabilidades biológicas, familiares e psicológicas. A interação resultante destas pode produzir a doença e ajudar a perpetuá-la (Herscovici, 1997; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Nunes et al., 2006).

Segundo Morgan, Vecchiatti & Negrão (2002), os fatores predisponentes são aqueles que aumentam as chances do aparecimento dos transtornos alimentares, que incluem: a comorbidade com outras doenças psiquiátricas; a história de transtornos psiquiátricos na família; os padrões de interação presentes no ambiente familiar; o contexto sociocultural, caracterizado pela valorização excessiva do corpo magro; as disfunções do metabolismo das monoaminas centrais; os traços da personalidade; o risco para o desenvolvimento da obesidade e a realização de uma dieta restritiva.

Ainda de acordo com esses autores, os fatores precipitantes, os quais marcam o aparecimento dos sintomas dos transtornos alimentares, são basicamente dois: dieta e eventos estressores. Os fatores mantenedores da doença, por sua vez, são os que determinam se o transtorno vai se perpetuar ou não, e muitas vezes diferem dos que foram responsáveis pelo seu início. Incluem as alterações fisiológicas e psicológicas causadas pela desnutrição e pelos episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a manter o transtorno. Além disso, fatores psicológicos, interpessoais e culturais também influenciam na manutenção da doença. Em relação à transmissão da doença dentro das famílias, alguns estudos enfatizam a participação de fatores ambientais, além dos genéticos. Essa discussão será melhor desenvolvida no próximo capítulo.

A distorção da imagem corporal, segundo Stenzel (2006), pode ser considerada um fator predisponente ou mantenedor de um transtorno alimentar. A imagem corporal é a concepção interna e subjetiva sobre o corpo, uma experiência psicológica multifacetada, que inclui autopercepção corporal, atitudes, crenças ou sentimentos relativos ao corpo. De acordo com a autora, muitas mulheres vivenciam uma discrepância entre o corpo real e o ideal, divulgado pela mídia. Essa discrepância contribui para que surja um sentimento de vergonha em relação ao corpo, mesmo quando a pessoa não apresenta um sobrepeso. Essa insatisfação se agrava nos quadros de transtorno alimentar. A distorção da imagem corporal é mais grave nos casos de anorexia nervosa, porém, as pacientes com bulimia nervosa demonstram uma maior insatisfação com o seu corpo do que as paciente com anorexia nervosa. A experiência subjetiva em relação ao corpo pode variar muito ao longo do curso da doença e do tratamento.

Com isso, pode-se concluir que diferentes fatores contribuem para o surgimento e manutenção dos transtornos alimentares. Estes são definidos como desvios do comportamento alimentar, que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Têm um alto índice de mortalidade e de comorbidade e atingem cada vez mais diferentes culturas e grupos sociais. Atualmente, um dos principais transtornos alimentares é a bulimia nervosa, que é o foco desta pesquisa.

## 2.4

### **Critérios diagnósticos da bulimia nervosa**

O termo bulimia, segundo Nunes, Appolinário, Galvão e Coutinho (2006), deriva do grego *bous* (boi) e *limos* (fome), referindo-se assim a uma fome tão grande que seria possível que um homem comesse um boi. A bulimia nervosa caracteriza-se, segundo a DSM-IV (APS, 1994), por um estado patológico de voracidade e consiste em compulsões alimentares periódicas e métodos compensatórios inadequados, que ocorrem pelo menos duas vezes na semana por três meses, com o objetivo de evitar o ganho de peso. Além disso, a auto avaliação desses pacientes é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo. Se a perturbação ocorre durante episódios de anorexia nervosa, o diagnóstico de bulimia nervosa não pode ser dado.

Os episódios bulímicos são definidos pela ingestão, em um período limitado de tempo (até aproximadamente duas horas), de uma quantidade de alimento muito maior do que a maioria dos indivíduos consumiria em circunstâncias similares, com uma reconhecida falta de controle. O comportamento de comer pequenas quantidades de comida ao longo do dia inteiro não é considerado uma compulsão alimentar.

Devido à vergonha que esses pacientes têm de seus problemas alimentares, na maioria das vezes, o consumo dos alimentos é muito rápido, ocorre no fim do dia ou à noite e costuma acontecer em segredo, embora muitas vezes os rastros sejam deixados pela casa. De acordo com a DSM-IV (APS, 1994), as compulsões alimentares podem ou não ser planejadas com antecedência, mas geralmente são

desencadeadas por estados de humor disfóricos, estressores interpessoais, intensa fome após restrição por dietas, ou sentimentos relacionados a peso, forma do corpo e alimentos. Sendo assim, a dificuldade para interrompê-la se torna grande e muitos pacientes só param de comer ao se sentirem desconfortáveis e repletos, ou até mesmo quando passam mal ou ficam enjoados.

Após a compulsão, os sentimentos mais presentes são de tristeza, raiva, vergonha e culpa. Muitas vezes, os métodos compensatórios são adotados como tentativas para aliviar tais sentimentos. O uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados, com o objetivo de prevenir o aumento de peso e compensar a compulsão periódica, é um critério essencial no diagnóstico da bulimia nervosa. A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica, sendo utilizada por 90 a 95% dos pacientes, que se apropriam de diversas estratégias para provocá-lo (Claudino & Zanella, 2005).

Os pacientes bulímicos, para compensar o comer compulsivo, também podem fazer uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas, jejuns ou exercícios físicos de forma exagerada. De acordo com a DSM-IV (APS, 1994), os exercícios são considerados excessivos quando prejudicam e/ou interferem na vida ou quando ocorrem em contextos ou momentos inadequados. Outro possível, porém raro, comportamento compensatório usado é o consumo dos hormônios da tireoide, na tentativa de prevenir o aumento de peso. Os indivíduos com diagnóstico de diabetes melito e bulimia nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina para interferir no metabolismo dos alimentos consumidos durante a compulsão.

Diferente do que acontece na anorexia nervosa, o peso corporal não é um critério diagnóstico para a bulimia nervosa. A maioria dessas pacientes tem um peso adequado para sua idade e altura, ou até mesmo um sobrepeso, mesmo que deseje se manter próxima aos limites inferiores dos padrões de normalidade (APS, 1994; Bucroyd, 2000).

As tendências à obesidade e a fazer dietas são significativas no desenvolvimento da bulimia nervosa, pois os indivíduos com este transtorno são mais pesados, sendo assim, mais sensíveis à sua aparência física e mais propensos

a começar uma dieta. Além disso, a restrição alimentar de uma dieta pode gerar episódios de compulsão alimentar que, nesses casos, são seguidos de métodos compensatórios, o que caracteriza os chamados “ciclos jejum-gula”.

A taxa de ocorrência da bulimia nervosa, segundo a DSM-IV (APS, 1994), é de 90% em mulheres, geralmente no final da adolescência ou início da vida adulta. A prevalência entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de 1-3% aproximadamente. A incidência no sexo masculino, porém, vem aumentando, sendo que de forma mais tardia, entre 20 e 25 anos, e com mais antecedentes de obesidade. O curso da bulimia nervosa pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternados com outros de compulsões alimentares. Assim como na anorexia nervosa, algumas profissões parecem apresentar maior risco, como é o caso de manequins, jôqueis, atletas e pessoas ligadas à moda, por exemplo, onde o rigor com o controle do peso é maior do que na população geral.

A DSM-IV (APS, 1994) classifica a bulimia nervosa em dois subtipos. Um deles é o purgativo, caracterizado quando o indivíduo utiliza regularmente métodos purgativos como a autoindução de vômitos ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual do transtorno. O outro tipo é o sem purgação, classificado desta forma quando a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não utiliza regularmente métodos purgativos durante o episódio atual.

A CID-10 (OMS, 1993), por sua vez, não classifica a bulimia nervosa nesses dois subtipos, mas aponta para uma possível negligência no tratamento de pacientes diabéticos que apresentam um quadro de bulimia. Porém, de uma maneira geral, descreve a bulimia nervosa de forma bem similar a DSM-IV (APS, 1994).

A DSM-IV (APS, 1994) aponta outros transtornos associados à bulimia nervosa, tais como: sintomas depressivos (por exemplo, baixa autoestima); transtornos do humor (particularmente transtorno distímico e transtorno depressivo maior); sintomas de ansiedade (por exemplo, medo de situações sociais) ou transtornos de ansiedade. Esses distúrbios do humor e de ansiedade comumente apresentam remissão após o tratamento efetivo da bulimia nervosa.

Alguns transtornos de personalidade (principalmente o transtorno de personalidade borderline) são comuns em 30 a 50% dos pacientes. Além desses transtornos, o abuso ou dependência de substâncias, em especial álcool e estimulantes, acomete muitos pacientes bulímicos, que frequentemente iniciam esse uso na tentativa de controlar o apetite e o peso. Le Grande & Lock (2009) também acrescentaram a essas morbidades psiquiátricas, a autoestima reduzida, maior ideação suicida e a possível relação entre abuso sexual e físico ao comportamento de compulsão e purgação desses pacientes.

Para Buckroyd (2000), as palavras-chave das pacientes com bulimia nervosa são necessidade e controle, uma vez que se descrevem como tendo um “lado bom”, que geralmente é disciplinado para ter poucas necessidades e sentimentos controlados, e um “lado ruim”, que é cheio de necessidades e sentimentos avassaladores. Para elas, seus instintos são como monstros incontroláveis de gula e que precisam ser punidos e reprimidos na maior parte do tempo.

As consequências físicas da bulimia nervosa, conforme a DSM-IV (APS, 1994), são as mais variadas: anormalidades hidroeletrólíticas causadas pelo vômito; acidose metabólica decorrente da indução de diarreia pelo abuso de laxantes; perda permanente do esmalte dentário e cáries; glândulas salivares hipertróficas – principalmente as parótidas; calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão por conta de estímulos manuais para indução do vômito; irregularidades menstruais ou amenorreia; possíveis rupturas do esôfago, rupturas gástricas e arritmias cardíacas; dentre outras. As questões emocionais, por sua vez, serão abordadas no próximo capítulo.

## 2.5

### Os aspectos emocionais e psicológicos da bulimia nervosa

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. (Herscovici, 1997, p.59)

Herscovici (1997) descreve algumas características comuns aos pacientes com transtornos alimentares. A primeira delas é a alexitimia, ou seja, a dificuldade de discernir e expressar emoções, o que, muitas vezes, reflete na falta de identificação se o que sentem é fome ou não. A segunda é a baixa autoestima, já que são pessoas mais inseguras, que não acreditam no seu valor, necessitando de aprovação externa e se submetendo mais facilmente às regras da moda. A terceira característica é a dificuldade nos processos de separação-individuação, que pode estar vinculada à maneira como a família reagiu à diferenciação e autonomia de seus membros. A quarta característica é o transtorno da imagem corporal, que é a forma distorcida com que esses pacientes veem e lidam com os seus corpos. A quinta diz respeito aos conflitos com a sexualidade que, segundo a autora, tem uma relação direta com os transtornos alimentares, como por exemplo as pacientes com bulimia nervosa que conseguem controlar sua conduta alimentar, descontrolam-se sexualmente e os obesos perdem o interesse sexual conforme o seu peso aumenta.

A sexta característica descrita por Herscovici (1997) é a relacionada ao transtorno do pensamento, que é a forma como as pessoas associam crenças equivocadas a situações específicas e se comportam a partir disso. Os tipos de pensamentos mais comuns nessas pacientes são: os pensamentos dicotômicos ou “tudo ou nada”, ou seja, pensar tudo de uma forma extrema e radical; os pensamentos catastróficos; a abstração seletiva, que se refere a valorizar mais os riscos e inconveniências de uma situação e ignorar os aspectos positivos; a magnificação, que é o exagero de possíveis consequências negativas; o absolutismo, que se refere às normas que organizam seus comportamentos; e as ideias de auto referência, que levam à atribuição errônea de significados pessoais a certos acontecimentos. Esses pensamentos contribuem para que as pacientes



com transtornos alimentares tomem decisões equivocadas e tenham seus relacionamentos prejudicados.

Herscovici (1997) aponta como a sétima característica a impulsividade, que é a forma de agir sem pensar nas consequências. A oitava característica é a obsessividade, que gera pensamentos recorrentes a respeito de um mesmo tema e dificuldades em solucioná-lo. A nona e última característica descrita pela autora é a compulsividade, ou seja, a tendência a realizar atos impulsivos, que geralmente são indesejados ou temidos.

A autora descreve os quadros de cada transtorno alimentar e, ao abordar a bulimia nervosa, reconhece alguns sintomas e traços de personalidade comuns, como por exemplo, a depressão, o abuso de substâncias químicas, impulsividade, auto recriminação, automutilação, ansiedade, dificuldade para tolerar tensões internas, baixa autoestima, instabilidade afetiva, baixa tolerância à frustração, dificuldade no funcionamento social e suscetibilidade nos vínculos.

Herscovici (1997) complementa sua teoria a respeito dos transtornos alimentares ressaltando que estes são respostas a desajustes internos e que têm uma função protetora de alguma situação temida. Essa interpretação é confirmada e mais aprofundada posteriormente por outros autores, que serão abordados no próximo capítulo.

Para Buckroyd (2000), a anorexia e a bulimia têm um caráter funcional na vida das pessoas, ou seja, têm a intenção de realizar algo além de emagrecer. Essa outra função é difícil de ser descoberta e admitida pelas pacientes, que só relatam querer emagrecer a qualquer custo. De acordo com a mesma autora, os transtornos alimentares não têm a ver somente com comida ou com o desejo de emagrecer. A obsessão é muito significativa nesses quadros, tanto que os pensamentos geralmente são voltados apenas para o corpo, para as calorias e para o peso, prejudicando os outros aspectos da vida, como os estudos, trabalho ou a convivência social.

Com isso, a autora conclui que talvez essa obsessão pelo corpo ideal, que preocupa tanto essas pacientes, possa ter a função de um mecanismo de defesa. Ao não conseguir entrar em contato com alguma situação complicada ou com algum sentimento negativo, a pessoa se distrai com o sintoma, ou seja, concentra

sua atenção em seu corpo ou em calorias da comida. Nesse caso, o transtorno alimentar seria uma forma de protelar as ansiedades escondidas e lidar com pensamentos, sentimentos e lembranças difíceis.

Muitas pacientes associam o início de seu transtorno alimentar a um trauma, como a perda ou a doença de um parente, um acidente, abuso sexual, término de relacionamento, dentre outros. Porém, isso não é uma regra e nem todas conseguem identificar o que as levou a desenvolver esse transtorno, ou até mesmo negam que haja essa coincidência. É importante lembrar que a etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, ou seja, é resultado da interação de diversos fatores.

Abuchaim (2002) têm uma visão bem parecida com a de Buckroyd (2000) em relação aos aspectos psicológicos dos transtornos alimentares. Para esses autores, os sintomas alimentares têm uma função de defesa contra afetos intoleráveis, uma vez que esses pacientes têm dificuldades em vivenciar sentimentos intensos, tanto positivos como negativos. Sendo assim, os sintomas podem ser uma forma de expressar raiva, solidão, rejeição ou desespero.

Ainda de acordo com Abuchaim (2002), mesmo as consequências dos transtornos alimentares sendo autodestrutivas, a natureza é autopreservadora, pois os sintomas se desenvolveram para preservar um estado psicológico e emocional frágil. O grande investimento em busca da magreza faz com que a pessoa se desligue cada vez mais emocionalmente da família e dos amigos, tornando seus relacionamentos cheios de conflitos referentes à comida e ao peso. Essa situação é agravada, pois quanto mais a pessoa se isola socialmente, mais ela convive de forma solitária com seus pensamentos obsessivos e disfuncionais.

Para esses pacientes, o fato de comer bem, se exercitar ou vomitar é o suficiente para que se sintam felizes. Porém, se perdem o controle da situação ou fazem algo diferente do planejado, sentem-se deprimidos e desesperados. Como a magreza está associada à competência, superioridade e ao autocontrole, essas pacientes se sentem vitoriosas ao conseguirem controlar sua alimentação e seu corpo. Elas costumam acreditar que as pessoas magras são mais bem-sucedidas, enquanto as gordas são mais infelizes. Essas crenças disfuncionais reforçam seus sintomas e a busca pela magreza a qualquer custo.

Segundo Abuchaim (2002), outra característica de pacientes com transtornos alimentares é o pensamento dicotômico, ou seja, pensam tudo em termos absolutos e extremos. Com isso, suas regras em relação às dietas são rígidas e qualquer desvio pode implicar em abandono temporário do controle da alimentação. Além disso, costumam ser pessoas ansiosas, autocríticas, exigentes consigo mesmas, com baixa autoestima e dificuldades em funcionar de forma autônoma e raciocinar individualmente. Essa última característica faz com que elas se comportem de acordo com as expectativas dos outros, atuando a partir de regras sociais e permitindo que fatores externos interfiram em sua autoestima. Sendo assim, estão mais vulneráveis às atuais pressões sociais referentes à magreza, que muitas vezes são irreais e inalcançáveis.

Fukumitsu (2007) apontou para a similaridade entre a maneira de as pessoas se relacionarem e se alimentarem. A autora associa os transtornos alimentares a expressões e mensagens existenciais. Para ela, os bulímicos tendem a guardar segredo de seus vômitos, pois esta pode ser a única oportunidade de terem seu próprio espaço. E quando vomitam, recusam algo que não conseguiram digerir. Eles, frequentemente, sentem culpa em suas relações, assim como acontece após comerem em excesso. Segundo a mesma autora, os bulímicos têm a tendência a agradar os outros e costumam aceitar todos os alimentos que lhes são oferecidos. Com isso, devoram todo o alimento recebido e a recusa se manifesta apenas através do vômito.

Segundo Fukumitsu (2007), os bulímicos se utilizam constantemente do mecanismo de defesa da introjeção. De acordo com a abordagem teórica desta autora, a Gestalt-terapia, o conceito de introjeção diz respeito a internalizar valores ou fatos sem a discriminação do que é compatível ou não com as suas necessidades ou desejos. Metaforicamente, os bulímicos “engolem por inteiro” as crenças e os padrões sociais, sem “mastigar” ou “digerir”. Eles têm dificuldade de fazer contato com as necessidades internas, sem conseguir diferenciar o que é seu e o que é do outro. Além disso, esses pacientes não conseguem discernir o que lhes faz mal do que poderia nutri-los e, ao vomitar, recusa ambos. Para essa autora, os sintomas são formas de expressão de algo que não pôde ser digerido de forma satisfatória.

### 3

## A família e o tratamento da bulimia nervosa

### 3.1

#### As características e a dinâmica das famílias de pacientes com transtornos alimentares

A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, ou seja, existe uma interação dos fatores psicológicos, biológicos, sociais e familiares. Porém, apenas um desses fatores não é capaz de desencadear um quadro de anorexia ou bulimia nervosa, ainda que algumas características sejam comuns nas famílias de pacientes com transtornos alimentares. Para Schomer (2003), as principais delas são o perfeccionismo, bom comportamento, superproteção dos filhos – que diminui a autonomia destes, aglutinação e pouca diferenciação dos membros, rígido controle das emoções, hipermoralidade, falta de comunicação, dificuldade em fazer elogios – que pode incentivar uma autoestima baixa, preocupação extrema com a aparência e com dietas, dificuldade de organização e poucas regras estabelecidas, pais com dificuldades em impor limites e autoridade, além de uma instabilidade emocional. Casos de abuso de álcool e drogas também são frequentes, assim como outros transtornos psiquiátricos (Schomer, 2003; Fasolo & Diniz, 2002; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002).

Além disso, Schomer (2003) também aborda a questão do sofrimento familiar, que difere entre as famílias de pacientes com transtornos alimentares e pode ser distribuído pela família ou recair somente sobre um de seus membros. Esse sofrimento geralmente é provocado por algum conflito parental, nascimento ou falecimento de alguém importante ou uma doença na família, que antecede a anorexia ou a bulimia, podendo interferir em seu surgimento e desenvolvimento. Muitas vezes, a gravidade do transtorno alimentar impede que esse sofrimento anterior seja vivido e com isso, ele só reaparece e pode ser trabalhado quando a paciente apresenta melhoras. Esse funcionamento mostra como a família mobiliza

e é mobilizada por um transtorno alimentar e vice-versa (Schomer, 2003; Fasolo & Diniz, 2002; Herscovici, 1997; Roberto, 1994).

O corpo fala e fala especialmente aqueles sentimentos que ainda não puderam ser expressos com o simbolismo das palavras. Muitas vezes, os conflitos psicológicos e as disfunções familiares são manifestadas na magreza auto-imposta, na purgação, nos ataques de comer, nas atividades físicas exageradas e no uso de medicamentos, na maioria autoprescritos (...). Os transtornos alimentares (TAs) são considerados, por muitos autores, como expressão das dificuldades na comunicação familiar (...). Podemos dizer que encontraremos uma “magreza de sentimentos” com hipervalorização do corpo expressando sintomas e manifestações mais ruidosas, como o emagrecimento e o deixar de sangrar (amenorréia). (Barros & Jaeger, 2006, p.285 e 286)

Outra autora que também estudou o sofrimento nas famílias de pacientes com transtornos alimentares foi Roberto (1994). Segundo ela, a família ignora os problemas alimentares do paciente na tentativa de não piorar as tensões e os sintomas, sendo assim, a harmonia familiar é mantida pela evitação. Os sintomas alimentares surgem como uma forma de expressar comunicações secretas e metafóricas à família sem que haja conflitos. Esta autora compreende os sintomas como metáforas para o sofrimento, uma vez que essas famílias têm dificuldades para tolerar e integrar as diferenças individuais.

Roberto (1994) também concorda com outros autores no que diz respeito a algumas características dessas famílias, tais como: baixo índice de resolução de conflitos, comunicação com prejuízos e falhas, perfeccionismo, ênfase na aparência, na posição social e no autocontrole. A autora acredita que quando uma pessoa não tem consciência de seu estresse interno, ela não reflete sobre novas possibilidades e alternativas, o que faz com que a situação não mude. Sendo assim, muitas dessas pessoas, preferindo evitar qualquer crítica externa ou falta de apoio, criam um segredo dentro de si mesmas sobre sua própria infelicidade. Os julgamentos negativos e os comportamentos autopunitivos das pacientes com transtornos alimentares podem ser o reflexo de uma ansiedade que elas preferem direcionar para si ao invés de enfrentar o mundo e buscar satisfazer suas reais necessidades.

É difícil imaginar que uma mulher jovem possa vir a ter um peso significativamente abaixo do normal ou usar técnicas invasivas de purgação como o vômito persistente ou abuso de laxantes sem criar alta ansiedade em seu companheiro ou na família. Contudo, as estratégias de enfrentamento que ela e os que a rodeiam desenvolvem ao longo do tempo em uma mútua acomodação realmente permitem que seu comportamento ocorra sem intervenção. O resultado é que a família age como se o comportamento fosse invisível, apesar de a alimentação da anoréxica ser altamente ritualística, óbvia e extremamente perturbadora. (Roberto, 1994, p.172)

A influência de um transtorno alimentar na família em geral também é discutida por Herscovici (1997), que relatou que quando um membro da família desenvolve um transtorno alimentar, todos os familiares são envolvidos, seja na forma como interferem nas situações em casa ou no modo como reagem aos sintomas do paciente: “Ninguém de casa fica isento de ser afetado de alguma maneira e, portanto, o doente não é o único da família a ter problemas” (p. 37).

Ainda segundo a mesma autora, as mães de pacientes com bulimia nervosa ou anorexia do tipo bulímico apresentam uma maior incidência de obesidade e de transtorno da compulsão alimentar periódica, além de transtornos afetivos e alcoolismo. As famílias de pacientes com bulimia ou anorexia nervosa do tipo bulímico também têm o nível de conflito mais acentuado e explícito. Geralmente, os pais se sentem enganados e impotentes diante do encobrimento dos sintomas dos filhos que, por sua vez, se sentem controlados, espiados e frustrados por não conseguir moderar suas compulsões. Essa situação contribui para um clima de brigas, que impera nessas famílias. O desacordo conjugal é mais notório nessas famílias, enquanto a coesão e o apego são maiores nas famílias das paciente com o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo. De acordo com essas características, nota-se um padrão de retroalimentação, ou seja, os sintomas dos transtornos alimentares podem ser acentuados a partir de uma disfunção familiar e esta, por sua vez, pode ser agravada com os comportamentos do membro portador deste transtorno.

De acordo com Herscovici (1997), as pacientes com bulimia nervosa e anorexia do tipo bulímico geralmente apresentam um nível maior de conflito e pior relação emocional com os pais, além de terem um relacionamento mais distante com o pai. A autora reúne mais algumas características das famílias de

mulheres com bulimia nervosa: ambos os pais são mais exigentes e aumentam a rivalidade entre os irmãos, comparando-os abertamente; as mães têm maiores expectativas de sucesso social e acadêmico para as suas filhas; as mães têm mais problemas em relação ao controle da conduta da filha; os pais apresentam depressão, rigidez, excessiva autodisciplina e distância emocional e o nível de tensão na família e entre os pais e a filha é muito elevado. Segundo a autora, conforme a paciente melhora do transtorno alimentar, a família é beneficiada e a percepção em relação aos conflitos na família melhora.

Alguns tipos de organização familiar quando um membro sofre de um transtorno alimentar também são discutidos por esta autora. O primeiro ponto abordado pela autora é a rigidez das regras. Todas as famílias funcionam a partir de regras, implícitas ou explícitas, mas parece que as das famílias em questão não são flexíveis o suficiente para se adequarem aos novos requisitos desta situação. As regras que já foram úteis em algum momento não são atualizadas e acabam inibindo o crescimento e desenvolvimento da família, fazendo com que a pessoa sintomática responda a um problema às custas de sua saúde, talvez como uma forma de provocar mudanças. O segundo ponto diz respeito às fronteiras problemáticas. As famílias estabelecem fronteiras para delimitar o espaço que cada um ocupa em determinada situação. Quando essas fronteiras são difusas, um membro ocupa o lugar físico ou mental de outro membro. Porém, quando são rígidas demais, a família precisa de flexibilidade para lidar com as mudanças inerentes à vida. Nesses casos, a autonomia dos filhos é prejudicada e muitos deles acreditam que o seu peso e sua comida são as únicas coisas que lhes cabem controlar e administrar. Qualquer um desses extremos acarreta problemas para as famílias, que têm que aprender a equilibrar e a saber em qual momento flexibilizar ou enrijecer suas regras e fronteiras.

Em todo o caso, o sintoma deve ser entendido como um sinal e também uma oportunidade para modificar as regras costumeiras e os modos de relação entre as pessoas implicadas. (Herscovici, 1997, p. 56)

O terceiro ponto abordado pela autora consiste nas hierarquias alternadas, ou seja, quando os filhos ditam as normas da casa ao invés disto ser

responsabilidade dos pais. O quarto e último ponto se refere às falhas no controle, que ocorrem geralmente quando há um desacordo entre os pais sobre a criação dos filhos. Segundo Herscovici (1997), esse desacordo costuma ser mais encoberto pelos pais das pacientes com anorexia nervosa e mais manifesto pelos pais das que têm o diagnóstico de bulimia nervosa. As pacientes que tem o diagnóstico de anorexia nervosa, na maior parte das vezes, reagem com submissão, enquanto as que têm bulimia nervosa, com hostilidade. Além disso, é comum nessas famílias a existência de alianças entre a paciente e um dos pais, excluindo o outro. Frequentemente um dos pais fica como cúmplice da filha, sendo complacente com os seus sintomas, enquanto o outro assume uma postura mais severa e disciplinar e, conseqüentemente, é deixado de fora de algumas situações, o que reforça a manutenção da situação problemática.

Herscovici (1997) conclui enfatizando que nenhuma situação familiar por si só é capaz de provocar o surgimento de um transtorno alimentar. Alguns fatores podem contribuir para o desencadeamento e o reforço de uma sintomatologia, que gera sofrimento para o paciente, sua família e todos ao seu redor.

A relação entre os membros dessas famílias também é um assunto que interessa a diversos outros autores. Muitos relatam que, na maioria dos casos, o pai é mais distante ou ausente e a mãe ocupa um espaço maior dentro dessas famílias. A mãe geralmente é muito protetora, controladora e invasiva e a relação com a filha costuma ser bem simbiótica (Schomer, 2003; Morgan et al., 2002; Herscovici, 1997). O transtorno alimentar pode surgir como forma da filha se mostrar independente dessa mãe, controlando o que sente que é apenas seu, ou seja, seu corpo, sua alimentação e seu peso. Uma hipótese levantada por alguns autores é de que a relação com as irmãs pode ser de competição pela atenção dos pais, o que aumenta a chance do desenvolvimento de anorexia ou bulimia por mais de um filho (Schomer, 2003, Herscovici, 1997).

Alguns estudos mostram que as opiniões e os juízos dos pais, a respeito do tamanho das diversas zonas do corpo, influenciam a paciente e poderiam condicionar a evolução de seu transtorno. Há famílias nas quais a valorização pessoal depende em grande parte do aspecto físico, e com frequência esse valor é transmitido de geração em geração. (Herscovici, 1997, p. 43)



Agras, Hammer & McNicholas (1999) verificaram que a insatisfação corporal da mãe, a internalização do ideal de magreza, as dietas constantes, os sintomas bulímicos e o maior IMC da mãe e do pai aumentam a chance do surgimento de problemas alimentares na infância, proporcionando um maior risco para o desenvolvimento de um transtorno alimentar no futuro.

As mães que apresentam algum transtorno alimentar influenciam negativamente no comportamento de seus filhos, segundo Hodes, Timimi & Robinson (1997), pois se comunicam através da comida e se preocupam com o peso de suas filhas desde que elas completam dois anos de idade. Apesar disso não ser o suficiente para que os filhos desenvolvam um transtorno alimentar, 50% deles apresentam transtornos psiquiátricos.

Laliberté, Boland & Leichner (1999), por sua vez, evidenciaram com seus estudos que as famílias de pacientes de transtornos alimentares costumam valorizar a aparência física, as conquistas pessoais e a reputação familiar. Com isso, o paciente poderia recorrer à dieta como uma tentativa de se enquadrar nos padrões sociais de estética.

McNamara & Loveman (1990) concluíram que pacientes com bulimia nervosa consideram suas famílias mais disfuncionais do que as pessoas de um grupo controle, sendo as principais queixas relativas ao pouco afeto, comunicação não satisfatória e dificuldade para resolução de conflitos entre os membros.

Strober, Freeman, Lampert, Diamnd & Kayen (2000), por sua vez, também concluíram que anorexia e bulimia nervosa seriam doenças familiares e acometeriam com mais frequência os parentes de pacientes com anorexia do que as pessoas que não tivessem este diagnóstico. Outros autores também defendem a ideia de que as disfunções familiares - ou a desarmonia familiar, a falta de afeto entre os membros da família, a comunicação pobre, a preocupação excessiva com a aparência ou o clima familiar - contribuem para a predisposição e para a perpetuação dos transtornos alimentares (Bryan-Waugh, 1995; Laliberté, Boland, Leichner, 1999; Fráguas, 2009).

Segundo Buckroyd (2000), os pacientes que desenvolvem bulimia ou anorexia nervosa sofrem uma forte influência da forma como sua família lida com

os sentimentos. Muitas desestimulam, por exemplo, a expressão espontânea das emoções, principalmente as consideradas negativas, como a raiva ou a frustração.

A autora cria categorias para representar essas famílias. A “família controladora” é aquela que formula regras para controlar o que pode ser expresso, em quais situações e por quais membros da família. Nesses casos, os filhos são os que mais sofrem porque não sabem quando é seguro expressar o que sentem. Já a “família legal” demonstra não ter problemas e nenhum membro pode expressar o que acontece emocionalmente com ele. A “família que tem coisas demais para enfrentar” é aquela em que os pais vivem sobrecarregados e não têm disponibilidade para dar atenção aos filhos que, por sua vez, aprendem a lidar sozinhos com seus sentimentos e necessidades.

As crianças que nascem nessas famílias costumam ter dificuldades em identificar seus sentimentos e expressá-los, já que são treinadas a controlá-los ao máximo para agradar aos pais. Como consequência disso, buscam meios menos saudáveis para demonstrar o que sentem. Os meninos geralmente buscam alvos externos – pessoas ou propriedades – e podem se comportar de maneira mais violenta ou até mesmo criminosa. Já as meninas costumam agredir a si próprias, através de automutilação, comportamentos sexuais promíscuos ou transtornos alimentares, por exemplo.

Ainda de acordo com Buckroyd (2000), como essas crianças não podem expressar livremente os seus sentimentos, passam a ter dificuldades em identificá-los e podem até acreditar que não têm sentimentos. No caso da anorexia, as pacientes não sabem o que sentem, inclusive não conseguem diferenciar a sensação de fome de alguns sentimentos, como a alegria ou a tristeza. Já no caso da bulimia nervosa, as pacientes costumam identificar melhor o que sentem, embora os rejeitem. Elas têm dificuldades em discernir os sentimentos e associam todos eles à sensação de fome. Geralmente, têm compulsões alimentares na tentativa de preencher alguma carência emocional que não foi identificada e que, conseqüentemente, não será suprida.

Outra questão apontada por esta autora é que essas pacientes se julgam más por apresentarem tais sentimentos, pois aprenderam a não ter necessidades que não pudessem ser respondidas por suas famílias. A baixa autoestima pode

emergir quando percebem que seus pais gostariam que elas tivessem menos necessidades emocionais e elas não conseguiram obedecê-los. Os transtornos alimentares podem surgir com a difícil função de tentar eliminar ou controlar as suas emoções.

Herscovici (1997) também reconhece essa característica de dificuldade de comunicação nas famílias de pessoas com transtornos alimentares, que faz com que os membros tenham que adivinhar o que os outros sentem. Com isso, os filhos podem crescer sem conseguir discernir e expressar o que sentem, tendo dificuldades para reconhecer e satisfazer as suas necessidades.

Martins & Diniz (2006), ao descreverem o trabalho realizado pelo Instituto de Terapia de Família do Rio de Janeiro (ITF-RJ) com famílias de pacientes com transtornos alimentares, também encontraram nessas famílias algumas das características citadas, tais como dificuldade de expressar seus sentimentos, pobres habilidades de comunicação e de resolução de conflitos. Além disso, a hierarquia familiar muitas vezes está confusa e as fronteiras são extremamente frágeis ou rígidas. Os pais podem não dar conta de suas funções parentais por estarem emocionalmente paralisados em fases anteriores e ou por estarem muito envolvidos em questões referentes ao relacionamento do casal. As autoras também caracterizam as famílias de pacientes anoréxicos como empobrecidas emocionalmente, tendendo a funcionar como um bloco único, não permitindo a independência de seus membros. Ao longo do trabalho terapêutico, o espaço para o “eu”, o “você” e o “nós” começa a existir, favorecendo o processo de diferenciação interpessoal na família.

A maior diferença entre as famílias de pacientes bulímicos e as de pacientes anoréxicos, de acordo com Le Grange & Lock (2009) é que as primeiras tendem a ser mais conflituosas e desorganizadas, enquanto as segundas tentam demonstrar que são bem educadas e evitam conflitos. Outra diferença é a motivação para o tratamento, pois as famílias de anoréxicos estão em contato com os sintomas visíveis da anorexia e com isso se mobilizam mais para cuidar do filho adoecido. No caso dos pacientes com bulimia nervosa, os sintomas podem estar mais disfarçados e, com isso, a família pode não ter a mesma motivação para o tratamento. Além disso, os autores encontraram em seus estudos um nível maior

de críticas e conflitos nas famílias de adolescentes com bulimia nervosa, quando comparadas com as com anorexia nervosa.

Outra diferença encontrada na literatura é que a bulimia é vista como uma patologia mais individual que a anorexia, com características singulares, tais como o isolamento e a consciência sobre a aparência. As relações familiares se mostram conflituosas e os pais parecem estar mais próximos das filhas na primeira infância e mais distantes na adolescência. Além disso, os pais de pacientes com bulimia nervosa, em especial as mães, enfatizam o sucesso acadêmico e social e acabam estimulando um alto grau de competição entre seus filhos. Esses pais costumam ser depressivos, extremamente rígidos, com autodisciplina e distanciamento emocional, o que pode dificultar a convivência com suas filhas (Vandereycken & Kog (1989).

Fasolo & Diniz (2002) relatam que na literatura - tanto a especializada em transtornos alimentares, quanto a de terapia de família - os casos identificados de bulimia são em número inferior e menos detalhados do que os de anorexia. A hipótese das autoras é que os terapeutas de família se interessam menos pela bulimia nervosa, uma vez que esta patologia incide prioritariamente em mulheres mais velhas, que muitas vezes não moram mais com suas famílias, enquanto a anorexia nervosa acomete mais adolescentes e pré-adolescentes.

Minuchin, Rosman & Baker (1978) foram uns dos primeiros a estudar os aspectos familiares dos transtornos alimentares. Em seus estudos com famílias de pacientes anoréxicos, diabéticos e asmáticos verificaram um funcionamento bastante parecido entre essas patologias familiares e, com isso, passaram a classificá-las como famílias psicossomáticas. A partir de diversas pesquisas com essas famílias, detectaram quatro características comuns entre elas: enredamento, superproteção, rigidez e falta de resolução de conflitos. Segundo eles, nenhuma delas por si só é capaz de desencadear o processo, mas seu padrão transacional é característico de famílias que estimulam a somatização.

O enredamento pode ser traduzido por aglutinação ou simbiose. Se refere a uma pobre diferenciação interpessoal, frágeis limites, formas extremas de proximidade e intensidade nas interações familiares, que levam a uma falta de privacidade entre os membros da família. A superproteção, por sua vez, leva a um

alto grau de preocupação com o bem-estar dos outros, que pode retardar o desenvolvimento das crianças, sua autonomia e seus interesses fora da família. Os membros dessas famílias são muito sensíveis a sinais de tensão, queixas ou conflitos e a criança, principalmente se for psicossomática, se sente responsável em proteger a família, muitas vezes usando seus sintomas para reforçar a sua doença.

Essas famílias, como dito anteriormente por Minuchin et al. (1978), também são muito rígidas e muito comprometidas em manter o *status quo*. Têm dificuldades em fases de mudanças e crescimento. Se a família não muda, a rigidez aumenta e o sistema pode se tornar patológico. A última característica encontrada foi a dificuldade de resolução de conflitos. Mesmo quando procuram terapia, essas famílias se dizem sem problemas, exceto pelo fato de um membro estar doente. São muito vulneráveis a eventos externos, que podem até sobrecarregar seus mecanismos disfuncionais e provocar doenças.

Minuchin et al. (1978) ainda citam uma quinta característica comum nas famílias psicossomáticas: o envolvimento da criança no conflito parental, que aparece como o fator principal de regulação do sistema familiar, a partir do sintoma do paciente. A criança pode se envolver nos conflitos parentais de várias formas e se coloca como mediadora ou apoiadora, muitas vezes tomando partido dos pais.

Quando uma família de paciente com anorexia nervosa busca terapia, quase sempre acredita que algo de errado aconteceu apenas com a criança. Os pais se veem como acompanhantes e incapazes de ajudar a filha. Tendem a insistir que a criança não tem motivo para agir assim e que a família era feliz até então. A evitação de conflitos da família da paciente com anorexia nervosa não pode ser vista como sinônimo de harmonia. É um padrão patogênico que mantém o sintoma, além de uma das disfunções mais resistentes dessa família.

Um dado importante abordado pelos autores é que os membros da família estão constantemente usando uns aos outros para difundir estresse e manter a pseudo-harmonia. A criança que recebe o diagnóstico de anorexia nervosa muitas vezes ocupa esse papel, apesar de ela já ter uma posição especial na família antes mesmo da anorexia nervosa. A doença foi incorporada a um ambiente

transacional que já existia, mas possibilitou usufruir de privilégios dos quais a criança não quer se desfazer. Por isso, a criança pode se mostrar resistente às propostas de mudanças do terapeuta.

Fasolo & Diniz (2002) relatam que no trabalho realizado no Instituto de Terapia de Família – RJ com famílias de pacientes anoréxicos, todas elas apresentaram as mesmas características descritas por Minuchin et al.: emaranhadas, superprotetoras, rígidas e incapazes de resolver conflitos. Além desses fatores comuns, as autoras ressaltaram também a importância do investimento emocional dessas famílias em comida e peso. Nos oito anos anteriores à publicação do artigo, as autoras atenderam onze famílias que tinham pelo menos um membro com transtorno alimentar. Dentre estas, oito consideravam que a comida e o controle de peso eram temas que as mobilizavam desde antes do surgimento do transtorno alimentar. Apenas duas dessas onze famílias valorizavam as refeições como momentos de encontro e prazer, enquanto, nas outras nove, esses encontros eram pouco frequentes e havia uma discordância quanto ao conteúdo, horário e local das refeições.

A quinta característica apresentada anteriormente por Minuchin et al. (1978), como o envolvimento da criança no conflito parental, recebeu posteriormente o nome de “patologia parental silenciosa” por Norsa & Seganti (1999), que a descreveram como uma discriminação dos pais com a paciente, que encobriu o conflito do casal através de sua doença. Nestes casos, os aspectos negativos e doentes do casal e da família são depositados na paciente, que representa a “patologia marital”.

Diversos outros autores comentaram o trabalho de Minuchin et al., dentre eles Mello Filho & Burd (2004), que afirmam ser possível reconhecer essas quatro características em crianças não somente com as enfermidades apontadas pelo autor, mas também em pacientes psicossomáticos mais graves. Estes costumam ser simbióticos, rígidos na manutenção de seus sintomas, buscam ser superprotegidos e não admitem conflitos. Também costumam ser dependentes, masoquistas e às vezes usam pensamento operatório. De acordo com esses autores, suas famílias costumam apresentar lutos não resolvidos, características hipocondríacas, dissociação mente-corpo, dentre outras.

Mello Filho & Burd (2004) acrescentaram que os membros da família que não apresentam a doença e se sentem culpados por isso, podem criar uma rede superprotetora para o paciente. Isso também pode gerar raiva, inveja e ciúme dos privilégios que são dados a este. Tais questões, se trabalhadas em terapia, podem ajudar muito os pacientes.

Apesar de Minuchin et al. (1978) defenderem a abordagem sistêmica como a mais completa, enquanto Mello Filho & Burd (2004) revelam resultados positivos com as técnicas analíticas, a conclusão a que esses autores chegam é a mesma: o trabalho terapêutico com a família é fundamental nesses casos, independente da abordagem teórica adotada.

### 3.2

#### **A evolução do tratamento familiar para a bulimia nervosa**

Os estudos relacionados às famílias de pacientes com transtornos alimentares tiveram início com Salvador Minuchin, em 1978. Até então, a família era excluída do tratamento dos transtornos alimentares, por ser vista como uma influência negativa para o paciente. Minuchin, por sua vez, preferiu tratar também a família, ao invés de excluí-la (Souza & Santos, 2007).

Minuchin et al. (1978) escreveram o livro *Psychosomatic families*, no qual desenvolveram uma teoria psicossomática, a partir de uma visão sistêmica da anorexia nervosa e das observações sobre o *diabetes mellitus*. Este livro é uma das referências mais importantes quando se trata de questões familiares dos transtornos alimentares.

Estes autores revelaram a coexistência de dois modelos de terapia para anorexia nervosa: o linear e o sistêmico. O linear tinha o foco no indivíduo e compreendia os modelos psicodinâmico, médico e behaviorista. Já o sistêmico, focava no contexto e no *feedback*, levando a métodos de terapia familiar. Apesar de terem elementos comuns, os autores se concentraram em polarizar as diferenças.

Minuchin et al. (1978) abordaram a questão da mudança no tratamento da anorexia nervosa como reflexo da mudança de paradigmas, ou seja, a partir de

diferentes conceituações do homem e de seu lugar no mundo. Inicialmente, havia o modelo médico, que tratava da doença do organismo humano. Depois, veio a dialética, com o enfoque psicossomático, considerando a inter-relação do contexto do paciente com mecanismos psicológicos e fisiológicos. Finalmente, surgiu o enfoque sistêmico, que valorizava um todo integrado pelo paciente e seu contexto.

O objetivo principal da terapia, segundo esses autores, não era mudar o indivíduo, mas sim o sistema familiar. Outras metas da terapia na década de 70 eram facilitar o desenvolvimento da resolução de conflito entre os pais e o paciente anoréxico, abordar questões não relacionadas à comida para valorizar a capacidade da criança de fazer coisas sozinha e a habilidade dos pais de fazer demandas pessoais à criança.

Ainda de acordo com Minuchin et al. (1978), o terapeuta podia desafiar o enredamento sem desafiar o valor de família unida. Além disso, também podia reforçar o direito de todos terem e defenderem seus próprios espaços psicológicos. A postura do terapeuta de insistir para que cada um fale por si próprio reforçava os direitos individuais e aumentava a diferenciação dos membros. Isso também podia ser feito por meios não verbais, como a representação. A criança precisava aprender a lidar com situações em que tinha pouco ou muito poder, além de saber negociar e acomodar-se quando necessário.

Ao abordarem a rigidez da família, os autores apontaram para uma possível dificuldade do terapeuta: a tentativa da família para convencer o terapeuta de que ele podia se esforçar, mas que a mudança seria impossível. O terapeuta não podia tomar para si toda a responsabilidade de mudança para não ocupar o lugar até então do anoréxico. A família que tem um membro com um diagnóstico de anorexia nervosa tende a embotar a intensidade de tudo, inclusive das mensagens do terapeuta, que deve aumentá-la até causar impacto. De acordo com Minuchin et al. (1978), isso se tornava mais eficaz por meio de técnicas de dramatização, como por exemplo, tarefas e desenvolvimento de temas concretos.

Além desses autores, outra terapeuta familiar que, também na década de 70, se interessou pelos transtornos alimentares foi Mara Selvini-Palazzoli. Junto a sua equipe de Milão, desenvolveu uma visão sistêmica da anorexia nervosa, na qual a paciente é responsável por manter a homeostase familiar. De acordo com



essa autora, a anorexia nervosa seria uma reação das crianças aos conflitos conjugais de seus pais que, em sua maioria, não mantinham um relacionamento emocional maduro, eram muito dedicados ao trabalho e a casa e atentos às normas sociais. A tensão e o mau-humor são constantes nessas famílias, descritas pela autora como unidas e coesas, com secretas alianças entre seus membros. Outra característica comum é a dificuldade de diferenciação entre os membros e os filhos que, sempre divididos entre os pais, não conseguem investir e cuidar de sua própria vida.

Ainda de acordo com Selvini-Palazzoli (1974), o transtorno alimentar surge em momentos de mudanças intra ou extrafamiliares, como a entrada da criança na adolescência, por exemplo. A proposta de intervenção da autora era de provocar o sintoma, através de prescrição de tarefas estratégicas e paradoxais, com a intenção de alterar os padrões interacionais.

No final dos anos 70, segundo Martins & Diniz (2006), as teorias lineares de causa e efeito da terapia familiar começaram a ser questionadas e a ideia não linear dos sistemas complexos passou a prevalecer. Nessa nova visão, o terapeuta passou a ser visto como alguém que faz parte do sistema e que participa deste.

Além dos descritos acima, outros estudos sobre os transtornos alimentares foram realizados na área da terapia familiar, como por exemplo os desenvolvidos pelos profissionais do *Maudsley Hospital*, em Londres, no ano de 1985. Estes apontaram melhores resultados da terapia familiar em pacientes internados, menores de 19 anos e com pouco tempo de doença. Já os pacientes que iniciaram os sintomas após os 18 anos reagiram melhor ao tratamento individual. Alguns desses estudos mostraram bons resultados para a terapia familiar com pacientes bulímicos, principalmente quando os pais receberam informações sobre a doença e conseguiram ajudar seus filhos a controlarem os sintomas. (Dare, Eisler, Colahan, Crowther, Senior & Asen, 1995; Le Grange & Lock, 2009). Segundo Martins e Diniz (2006), a terapia familiar pode ser indicada para pacientes de outras faixas etárias e com tempos de evolução de doença diferentes, uma vez que as famílias de pacientes com transtornos alimentares vivenciam sofrimentos e angústias profundos.

Assim como a maioria das equipes que trabalha com transtornos alimentares, os profissionais do *Maudsley Hospital* também não responsabilizam os familiares dos pacientes pela doença, mas ao contrário disso, utilizam-nos como recursos para a cura. Parte-se do pressuposto de que o adolescente está fortemente ligado à família, o que torna essencial que esta participe de seu tratamento. Com isso, contam com os pais para controlarem a alimentação de seus filhos até que estes estejam capazes de assumir novamente esse controle, pois acreditam que nesses casos o transtorno alimentar domina o adolescente ao invés de ser o contrário. Diferentemente de Minuchin, os profissionais de *Maudsley* se concentram por mais tempo no transtorno alimentar e nos seus sintomas, envolvendo a família na busca por uma alimentação saudável de seus filhos. A partir desses estudos do *Maudsley Hospital*, Lock et al. (2001) escreveram um manual para o tratamento familiar de adolescentes com anorexia nervosa, que foi testado em 2005, obtendo grande sucesso (Lock & Le Grange, 2005).

Ainda na década de 80, alguns autores abordaram a questão familiar nos transtornos alimentares, como revelaram Fasolo & Diniz (2002). Em 1980, Jeammet associou a “anorexia mental” do adolescente ao seu contexto familiar. Em 1988, Hilde Bruch descreveu as pacientes com anorexia nervosa como emaranhadas com seus pais, com dificuldades de separação e individuação e em uma aparência harmoniosa com sua família. Esta autora, com a preocupação de evitar o isolamento social das pacientes, incluía no tratamento familiares e amigos.

Já na década de 90, Roberto (1994), que compreende os sintomas como metáforas para o sofrimento, defendeu a ideia de iniciar o tratamento com a insistência sobre a revelação dos sintomas, sejam eles jejuns, “comilanças” ou purgações. Quando a cliente se recusava a falar sobre isso, o terapeuta devia informá-la da impotência que sentiu para ajudá-la, já que não conheceu sua realidade e não pôde compreendê-la. Essa atitude do terapeuta aproximava a cliente e diminuía a desconfiança dela. A autora também abordava, no início da terapia, a possibilidade da cliente ter um colapso e como seria a reação da família frente a isso. Essa conversa confrontadora aproximava o terapeuta da dor da cliente e da situação de perigo na qual ela se encontra.

Caso os pais ou cônjuges não quisessem acompanhar a cliente à terapia, a autora recomendava que o terapeuta não os forçasse a isso. Muitos familiares argumentavam que a cliente se sentiria mais à vontade sozinha, mas esta seria uma forma de fugirem mais uma vez deste segredo. Porém, o terapeuta teria que expor o segredo da cliente para a família, conforme combinado com a cliente previamente ou incentivando-a a contar em casa. A autora acreditava que a fase mais crucial da terapia individual e familiar seria quando a cliente percebesse que ela tinha mais a perder se mantivesse o seu segredo e, com isso, passasse a reconhecer os seus afetos negativos, que foram anteriormente reprimidos. Para Roberto (1994), este segredo seria o menos ameaçador para a família, quando comparado a outros, que trouxeram muita dor emocional como, por exemplo, casos extraconjugais ou abuso sexual.

Uma terapia que se focalize sobre o valor metafórico desses sintomas somáticos e trate os jejuns ou “comilanças” e purgação como segredos do relacionamento, dá poder ao membro afetado e aos seus íntimos, para que comecem a examinar os aspectos mais sensíveis e escondidos de seu relacionamento. No processo, é aberto espaço para que cada um deles comece a assumir posições individuais sobre importantes problemas e eventos familiares, de modo que a auto-expressão possa ser integrada nos vínculos conjugais e familiares. Quando isto é conquistado, os segredos da anorexia e da bulimia não mais são úteis, além de ser substituídos por relacionamentos baseados na reciprocidade e na confiança. (Roberto, 1994, p. 182)

Já a ênfase da terapia sistêmica proposta por Anderson (1997) era na díade mãe/filha, pois acreditava que a paixão de uma menina por sua mãe e a conexão entre elas seria a fonte curativa da anorexia. Defendia que não era só a mãe que se agarrava à filha para satisfazer suas necessidades inconscientes, mas a filha também se dedicava a “salvar” a mãe, já que sentia uma paixão por ela.

Na mesma época, Herscovici (1997) defendia a importância da terapia familiar no tratamento de pacientes com transtornos alimentares, principalmente nos casos de adolescentes e adultos jovens. A terapia familiar seria uma forma de mantê-los informados a respeito dos sintomas, além de evidenciar uma doença, que muitas vezes era escondida ou não reconhecida pela própria paciente.

O terapeuta familiar deve avaliar a família, para descobrir o aspecto da vida familiar que contribuiu de algum modo para o desenvolvimento do transtorno alimentar, e em que medida ainda persistem sem resolver temas conflituais, presentes desde o começo da afecção. Igualmente, é importante estabelecer quais são as atitudes e condutas atuais que podem dificultar a recuperação da paciente. (Herscovici, 1997, p. 162)

No início dos anos 2000, Schomer (2003), ao abordar o tratamento com as famílias de paciente com transtornos alimentares, mostrou a importância de uma primeira fase informativa sobre a doença e o funcionamento do tratamento e, uma segunda para trabalhar as relações familiares e seus conflitos. A autora acreditava que a família chegava com muito medo e precisava ser acolhida e liberada do rótulo de culpada pelo que aconteceu com o paciente para que se responsabilizasse e participasse desse processo de tratamento. Para ela, não só o paciente teria que se trabalhar, mas a família também. A capacidade de comunicação teria que ser retomada para que cada um pudesse se expressar melhor e os comportamentos inadequados pudessem ser modificados por outros mais saudáveis. O objetivo seria recuperar o desejo pela vida e a possibilidade de fazer novas escolhas. A sugestão da autora era que o foco desse trabalho não fosse apenas na alimentação, mas principalmente nos vínculos afetivos e nos relacionamentos.

Fasolo & Diniz (2002), por sua vez, ao analisarem o trabalho de Philippe Jeammet e Annie George, *Une forme de thérapie familiale – Le groupe de parents* (1980), investiram em uma abordagem que facilitaria a criação de laços terapêuticos entre a família e o paciente, já que muitos deles se afastaram por conta do transtorno alimentar e participam cada vez menos da convivência familiar. O trabalho que estes autores desenvolveram era o de grupo de orientação aos familiares, na equipe do Ambulatório de Transtornos do Comportamento Alimentar da Fundação Universitária Mário Martins, em Porto Alegre, RS.

O início desta técnica se deu com o esclarecimento de como as relações familiares se estabeleceram ao redor da paciente e de sua doença. No grupo, os pais trocavam experiências entre eles e podiam descobrir formas novas de lidar com a situação, o que seria terapêutico. Além disso, o grupo permitia e estimulava que os pais expressassem o que sentiam por suas filhas e pela doença ao invés de

negá-la, que aceitassem o processo de separação-indivuação e que contribuíssem, junto à equipe, para o esclarecimento mais amplo do funcionamento familiar. A participação do pai no tratamento também era estimulada por esta equipe, mesmo quando as mães colocavam obstáculos e os desestimulavam, o que favorecia a hipótese de uma aliança secreta entre mãe e filha.

Jaeger (2003) também acreditava nos ganhos com o grupo multifamiliar, mas reforçou que este não deveria ser o único recurso de intervenção. A autora se referiu ao trabalho feito em um hospital universitário de Porto Alegre, que conta com a participação de médicos, psicólogos, nutricionistas e educador físico. Para Jaeger (2003), o principal objetivo do grupo, composto por pacientes com anorexia nervosa ou bulimia nervosa e seus familiares, seria trazer melhorias para a comunicação dentro da família.

Outro autor que também defendia os benefícios da abordagem multifamiliar era Eisler (2005), pois acreditava que esta possibilitaria a troca de experiências entre diferentes famílias, reforçando a coesão grupal e o apoio entre elas. O grupo, segundo o autor, também permitia que cada família observasse em que fase do tratamento as outras se encontravam e vislumbrasse novas possibilidades para a sua. Mesmo acreditando que não existia um único padrão de características que pudesse ser encontrado em todas essas famílias, a proposta de tratamento do autor era a de utilizar os mecanismos adaptativos destas, com o objetivo de mostrar que os parentes podiam auxiliar na recuperação do paciente, sem que fossem vistos como culpados pelo surgimento do transtorno alimentar.

Souza & Santos (2007) também exemplificam o trabalho multifamiliar a partir de um estudo com um grupo de apoio psicológico a familiares de pessoas com transtornos alimentares e em tratamento. Segundo os autores, este tipo de trabalho multifamiliar teve início nos Estados Unidos, há mais de 40 anos, com pacientes psicóticos. Para eles, este seria um esforço dos profissionais de saírem da posição de “especialistas no problema dessas famílias” para uma postura de escuta a respeito de suas experiências, podendo então se aproximar mais do que para elas, e não para a teoria, é considerado problemático. Além disso, ainda de acordo com estes autores, a compreensão da forma como os significados

surgissem no contexto grupal poderia trazer informações relevantes para a elaboração de estratégias mais condizentes com as reais necessidades desses familiares.

Acreditamos que o grupo de apoio oferece um contexto fecundo para investigar (e desconstruir) a maneira como ideias, valores e crenças são constituídos pela tradição da comunidade discursiva da qual provém seus membros e que adquirem uma aparência de “realidade” para as pessoas que pertencem àquela comunidade. Por “desconstruir” entendemos: problematizar como aquilo chegou a ser o que é, em determinado momento histórico, enquanto uma realidade local e situada – já que o que é construído como “realidade” para uma comunidade não o é para outra. O grupo se constitui, portanto, como um espaço que favorece a exploração de algumas possibilidades e também algumas limitações, especialmente em um contexto como o de grupos abertos e de apoio a familiares de pacientes submetidos a tratamento de saúde. (Souza & Santos, 2007, p.47)

O grupo proposto por Souza & Santos (2007) foi criado em um ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - e contou com a participação de uma equipe interdisciplinar formada por médicos, psicólogos e nutricionistas. Os participantes eram parentes ou acompanhantes dos pacientes diagnosticados com anorexia nervosa ou bulimia nervosa, atendidos neste ambulatório. A frequência era semanal, com duração de uma hora e a assiduidade variou em cada família. Neste estudo foram analisadas dez sessões consecutivas do grupo que teve, em média, seis participantes por encontro. A base teórica desse estudo foi o construcionismo social, que enfatiza que a família é uma construção histórica e social, suscetível a mudanças ao longo do tempo, assim como o próprio conceito de doença ou de fenômeno.

Os principais objetivos deste grupo eram incluir os participantes no tratamento, promover a troca de experiências entre pessoas que teriam algum membro familiar sofrendo de um transtorno alimentar, além de favorecer um espaço de apoio e conversação a respeito da doença e a compreensão dos aspectos emocionais desta.

Neste estudo, os autores descrevem os encontros, algumas falas dos participantes e as reflexões feitas posteriormente:

Vicente traz um sentido muito parecido ao construído por Salvador. Afirma que, para ele, o papel do grupo, um dos papéis mais importantes, é servir para o tratamento da família, que também estaria adoecida. Acredita que, assim como os pacientes tratados pelo ambulatório, a família “desvia da normalidade”. O grupo seria o espaço para a família se habilitar a “compreender a situação dos filhos”. Ademais, o grupo seria a oportunidade para os pais caminharem juntos com o filho no tratamento, para “não dissociarem” possibilitando a interação entre eles. (p.97)

Através de relatos desses parentes e reflexões posteriores aos encontros, os autores concluíram que o grupo teve um sentido diferente para cada participante, mas promoveu trocas de experiências e a possibilidade de reflexão sobre ideias, crenças, valores e preconceitos a respeito deste tema. Somado a isso, o fato de que a reestruturação da família favorece a melhora dos filhos é coerente às teorias de correlação entre o mau funcionamento da dinâmica familiar e o surgimento de uma psicopatologia em um membro da família.

Por fim, Le Grange & Lock (2009) escreveram um manual para o tratamento de adolescentes com bulimia nervosa, que envolve toda a família. Segundo os autores, este transtorno alimentar tem início no meio ou no final da adolescência e parece ter ligação com algumas dificuldades vividas neste período. Com isso, acreditam que as abordagens mais bem sucedidas são as que valorizam as questões do desenvolvimento desta fase da vida e que contam com os pais durante a recuperação de seus filhos.

Este livro, intitulado “Tratando bulimia em adolescentes: Uma abordagem baseada no envolvimento de toda a família”, foi uma adaptação do manual feito anteriormente por eles, mas destinado a pacientes com anorexia nervosa e suas famílias, baseando-se sempre no tratamento do *Maudsley Hospital*. Neste manual, os autores valorizam que o terapeuta utilize a si mesmo como instrumento e faça do livro apenas mais uma ferramenta na evolução do tratamento. Descrevem as etapas a serem seguidas em um tratamento de bulimia nervosa, sendo a primeira delas a do rompimento, por parte dos pais, de comportamentos alimentares disfuncionais do adolescente, que incluem as suas dietas exageradas, as compulsões alimentares e os métodos purgativos. Quando os hábitos alimentares do paciente estiverem mais saudáveis, o peso do paciente estiver estável e a família se sentindo mais segura, pode-se passar para a segunda etapa que, segundo

os autores, é a de devolver o controle da alimentação ao adolescente. Já a terceira etapa consiste em abordar questões mais gerais relativas ao adolescente e sua família, uma vez que os sintomas bulímicos já estiverem controlados. A partir disso, o trabalho é voltado para a autonomia pessoal do adolescente e os limites familiares. O livro descreve detalhadamente cada uma dessas etapas para a obtenção de um tratamento bem sucedido com adolescentes bulímicos e suas famílias e reforça a importância de uma visão imparcial em relação à etiologia da doença, ou seja, considera a família inocente sob a perspectiva do tratamento.

A partir desta revisão da literatura, observa-se que prevalece a tendência a elaboração de manuais com orientações técnicas para o trabalho com os transtornos alimentares. É mais difícil encontrar estudos que busquem um maior aprofundamento da compreensão dos mecanismos psicodinâmicos destas famílias, o que é de fundamental importância para a realização de um trabalho mais amplo e integrado com pacientes acometidos por transtornos alimentares.



## 4

### A pesquisa

Neste trabalho, realizamos um estudo qualitativo, com entrevistas presenciais. O material coletado nas entrevistas foi abordado a partir do método de análise de discurso (Nicolaci-da-Costa, 2007). O objetivo desse estudo de campo foi analisar o papel da família na evolução e no tratamento deste transtorno alimentar, a partir do ponto de vista da própria paciente.

#### 4.1

##### Recrutamento e seleção dos participantes

As entrevistadas foram selecionadas seguindo o princípio da homogeneidade ampla, ou seja, por meio de critérios pré-estabelecidos de acordo com os objetivos da pesquisa. Os critérios adotados foram: mulheres com o diagnóstico de bulimia nervosa e em tratamento para transtorno alimentar, com idade entre 19 e 32 anos.

As entrevistadas foram recrutadas a partir de indicações de profissionais que atendem em consultório particular e trabalham com bulimia nervosa e outros transtornos alimentares em equipe multidisciplinar. As participantes pertencem às camadas média e média alta da população carioca.

Foram feitas seis entrevistas, número definido a partir do ponto de saturação, ou seja, a busca por entrevistas foi interrompida quando começaram a surgir relatos muito semelhantes aos já adquiridos anteriormente (Nicolaci-da-Costa, 2007).

Visando assegurar o anonimato dos entrevistados, foram-lhes atribuídos nomes fictícios. Apresentamos abaixo uma breve descrição de cada uma das participantes da pesquisa, seguindo a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

- Nicole: 25 anos, 10 anos e 8 meses de tratamento, turismóloga.
- Carla: 20 anos, 1 ano e 8 meses de tratamento, estudante de graduação.
- Nara: 31 anos, 4 meses de tratamento, historiadora e guia turística.
- Joana: 20 anos, 2 anos e 6 meses de tratamento, estudante de graduação.
- Marta: 32 anos, 1 ano de tratamento, engenheira química.
- Gabriela: 19 anos, 1 ano de tratamento, aluna em vestibular e atriz.

## 4.2

### A construção do roteiro para as entrevistas

O roteiro oculto (anexo 1) foi construído a partir da prática clínica em transtornos alimentares, do levantamento teórico a respeito do tema da pesquisa e de duas entrevistas-piloto realizadas em Junho de 2009. Apesar de elaborado previamente, o roteiro oculto foi usado de forma flexível no momento das entrevistas, para que estas se assemelhassem a conversas naturais. Sendo assim, a ordem dos itens do roteiro não foi obrigatoriamente seguida. Tais itens foram a base para as perguntas das entrevistas que, na sua maioria, foram abertas para facilitar que as entrevistadas explicitassem seus pontos de vista a respeito dos temas da pesquisa de uma forma livre e espontânea. Quando necessário, foram feitas perguntas fechadas, seguidas de perguntas de esclarecimento e/ou aprofundamento para explorar mais o que foi dito pelas entrevistadas.

Foram realizadas duas entrevistas-piloto em Junho de 2009, orientadas por este roteiro, para que este fosse testado e aprimorado para as entrevistas seguintes. Como as informações necessárias para a pesquisa foram adquiridas nestas entrevistas-piloto, o roteiro não precisou ser modificado.

## 4.3

### As entrevistas

As entrevistas foram presenciais, com horário marcado e feitas individualmente pela pesquisadora. Para que as entrevistadas se sentissem à vontade, as entrevistas tiveram um caráter informal e foram marcadas em um

ambiente familiar, o consultório da zona sul do Rio de Janeiro, no qual elas são atendidas semanalmente por uma equipe multidisciplinar, especializada em transtornos alimentares.

No início de cada entrevista, foi explicado o compromisso de sigilo por parte da entrevistadora, que preservará o anonimato das entrevistadas durante todo o processo da pesquisa. Um termo de consentimento, livre e esclarecido (anexo 2), foi assinado por todas as entrevistadas.

#### **4.4**

##### **A transcrição das entrevistas**

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela entrevistadora, sem alteração ou edição do que foi falado, incluindo palavrões, erros gramaticais, expressões, gírias e pausas entre as falas, uma vez que fizeram parte do discurso das entrevistadas.

#### **4.5**

##### **Análise e discussão**

A partir da análise de discurso das entrevistas (Nicolaci-da-Costa, 2007; Bardin, 2008; Minayo, 2003) emergiram algumas categorias: 1) Uma doença inesperada: de uma simples dieta a um transtorno alimentar; 2) Tudo em prol da doença: o início dos sintomas e as estratégias para a manutenção da bulimia; 3) O corpo: a relação e a distorção; 4) De onde veio a bulimia: origens e atribuições; 5) A família e a bulimia nervosa; 6) Os sintomas e os sentimentos. A discussão dessas categorias geraram conclusões importantes, que auxiliaram em novas reflexões. A seguir essas categorias serão apresentadas e descritas.

## **Categoria 1**

### **Uma doença inesperada: de uma simples dieta a um transtorno alimentar.**

Na atual pesquisa, a dieta foi um tema frequentemente abordado pelas participantes. Todas as entrevistadas iniciaram o transtorno alimentar com uma simples dieta para emagrecer. Quatro delas foram estimuladas a fazer dieta a partir de uma motivação externa: duas após comentários feitos a respeito de sua aparência, sendo que uma dessas também sofria pressão no balé e por parte de uma irmã magra bailarina. Uma entrevistada iniciou a dieta por pressão do trabalho com teatro e televisão e uma por incentivo da mãe.

Ah, eu sempre fui uma criança gordinha e eu sempre fui zoada em colégio, (...) até porque eu sempre fui grande em altura, tudo junto, né, e eu sempre gostei de comer. Até que um dia uma amiga que não me via há um tempo, há um bom tempo, chegou e falou: “como você engordou, nossa mas como você engordou” e ficou martelando aquilo “nossa, mas você engordou tanto” e eu nem tinha, entendeu? Ai aquilo ali, não sei, foi uma gota d'água pra mim, que naquele dia eu cheguei e “ah é? Então vamos ver quem é a gorda aqui”. E comecei nas minhas férias a fazer uma dieta da minha cabeça e a dizer em casa que eu tava de dieta e tal e o pessoal até deu força, mas comecei a fazer da minha cabeça mesmo com 11 anos. (Nicole)

Eu fazia balé e eu queria ser bailarina. Era minha carreira e eu era muito aplicada. E eu sempre me achei meio... agora não sei mais se gorda, mas eu não tinha um físico certo. E eu achava que... muitas pessoas diziam que não, que achavam o meu físico bom, mas eu nunca achava que eu tava com um físico perto do ideal e achava que eu podia ser mais magra que eu ficaria melhor. E eu tenho uma irmã que é bailarina e até hoje ela é bailarina e ela tem um físico melhor (...). E ela come de tudo mesmo e é magrinha, mais magra do que eu assim, a estrutura dela. Eu queria ser igual a ela (...). Enfim, mas eu fazia dieta normal, a dieta que todo mundo fazia, todo mundo na escola de balé fazia dieta e vivia assim. (Joana)

Antes de eu começar tudo, de eu começar a querer emagrecer, pensar em emagrecer eu pesava uns 57 quilos. Ai foi que eu comecei a fazer dieta normal, ai cheguei a 53. Ai quando eu cheguei a 53 que começou... porque eu queria emagrecer mais, porque eu ia fazer um book, porque eu faço teatro. E trabalhar com televisão, a imagem é muito difícil, ai eu ia fazer um book e eu queria emagrecer mais, ai começou. Era na época da páscoa então meu objetivo era chegar 50 quilos só que eu pensei: “ah, vou chegar a 48 antes da páscoa, porque ai na páscoa eu posso engordar mais um pouquinho” (...). Mas ai eu gostei mais quando eu tava com 48, ai foi... até 45, e me achava gorda. (Gabriela)

Em relação às duas que tiveram uma motivação interna para fazer dieta, uma começou por conta própria, pois gostaria de ter um corpo perfeito, enquanto a outra teve mudanças na alimentação porque ficava sozinha em casa desde pequena.

Começou aos 15 anos e eu tava sozinha em casa. Eu tinha começado a ganhar peso por causa dos hormônios mesmo da adolescência, né? Aí eu comecei a mudar muito a minha alimentação e eu só comia na hora do almoço. Eu comia congelado, porque eu tava sozinha em casa, aí eu saía pro mercado, comprava biscoito, vários tipos de biscoito e tal, tal e tal. Aí depois eu vomitava e ficava o dia inteiro sem comer e aí eu só ia comer de novo na hora do almoço, no outro almoço. Então virou um ciclo, né? (Marta)

A idade da primeira dieta variou entre 5 e 15 anos. A questão do estranhamento diante da mudança do corpo na pré-adolescência foi abordada por algumas delas. A maioria das participantes fez diversas dietas ao longo da vida.

Já fiz todas as dietas possíveis (...). A primeira foi a dieta da sopa, de comer só sopa o dia todo, no café da manhã sopa, colação sopa... tudo sopa (...). Ah, eu tinha 11 anos (...). Era minha cabeça, de revista, tudo isso. Eu tinha várias revistas de dieta, de corpo perfeito. Com 10 anos, 11 anos eu já queria ter o corpo de mulher de 20, sabe? (Carla)

E uma outra coisa é que eu sempre me achei muito feia, sempre o patinho feio da família. Sempre fui um pouquinho mais cheinha, mas eu nunca fui uma criança gorda, mas sempre me achei muito feia, por essa cobrança grande da minha mãe, sabe? Eu tinha primas magras e eu, um pouquinho mais cheia (...). Eu faço dieta desde os 9 anos, porque minha mãe é neurótica, fanática por corpo. Então toda segunda-feira eu começava uma dieta e no fim de semana ela enchia a casa de comida. (Nara)

Metade das entrevistadas relatou que quando iniciou a dieta não imaginava que ficaria doente, já que o objetivo era perder apenas um pouco de peso e depois parar, o que não foi possível para nenhuma delas.

A gente sempre acha que é coisa de novela mesmo, sabe, que nunca vai acontecer na nossa família e nem com a gente, né. (Carla)

Ah, já tem mais de um ano que eu comecei, mas foi uma forma, assim... não era pra ser uma doença né, no início. Eu queria emagrecer, então eu comecei a... primeiro eu comecei a parar de comer, diminuí muito a comida e fazer muito

exercício. Só que eu acabei adquirindo uma compulsão aos finais de semana. Ou seja, dia de semana eu comia muito pouco e final de semana minha vida era comer, só pensava em comer, tipo tudo tinha que ta ligado a comida. Ai comia, comia, comia e vomitava. E dia de semana não comia direito e fazia exercício que nem uma louca. (Gabriela)

## **Categoria 2**

### **Tudo em prol da doença:**

#### **o início dos sintomas e as estratégias para a manutenção da bulimia.**

Todas as entrevistadas deste estudo relataram que o aprendizado de grande parte dos sintomas, como o vômito auto-induzido por exemplo, se deu a partir de relatos de algum parente ou amigo, ou até mesmo através da mídia. Por mais que o intuito não tenha sido o de estimular hábitos não saudáveis de perda de peso, essas participantes adaptaram as informações recebidas e aproveitaram-nas dessa maneira. E para que desenvolvessem um transtorno alimentar, esses fatores foram associados a outros, como psicológicos, biológicos ou familiares.

Agora a bulimia, ai sim, o vomitar eu aprendi, aprendi na televisão (...). Tenho até medo dessas coisas. A minha mãe tava vendo um programa... tava um debate ali e ia ser sobre anorexia e bulimia. Na época eu não tinha bulimia, só tinha anorexia. Ai a minha mãe tava vendo, ela me chamou e me fez ver o programa inteiro. Tipo, “olha aonde essas meninas chegaram”, o caso das meninas que foram internadas, que não sei o que, dando depoimentos e tal (...) só que eu olhando aquilo ali, ai teve uma menina que teve... tinha bulimia há 8 anos e tal e chegou a parar num hospital, até porque tudo que ela comia, voltava, mesmo sem querer, né. Ai o meu raciocínio foi o seguinte, né, quando eu ouvi a menina dando o depoimento, eu falei (...) “po, se essa menina ficou 8 anos vomitando, comendo e vomitando, só depois de 8 anos que ela foi parar no hospital e chegou ao extremo, se eu fizer isso, sei lá, por 2 meses, não vai ter problema nenhum e eu vou conseguir, comendo, voltar ao peso que eu quero”. Ai começou assim e nunca mais parou. Ali eu já tentei vomitar pela primeira vez, com esse pensamento de que eu não queria abrir mão da comida pra poder emagrecer e foi o que aconteceu. Comecei a vomitar, perdi peso de novo, só que ai virou a bulimia mesmo. (Nicole)

Aí eu fui parando com esse negócio de comer e tinha uma amiga minha que ficou com anorexia e ela ainda era diabética, então deu um monte de problema pra ela (...). Foi uma época que todo mundo começou a fazer isso na escola (de balé), eu lembro agora de quatro meninas, inclusive eu. É, no meio do ano assim, durante seis meses, teve quatro meninas. Então é assim, como todo mundo tinha essa idéia, e o que eu pensei assim “como é ela consegue ser magra e só eu não consigo?” (...). A minha amiga, a primeira que tinha anorexia, chegou uma vez ela

chegou no camarim e contou que vomitou. Eu achei um absurdo aquilo, porque eu fazia aquilo tudo muito escondido assim sabe, eu nunca iria admitir que eu, que eu... entendeu? (...) eu achava aquilo horrível, ficava envergonhada e tal (...). Aí alguém falou que tinha que enfiar o dedo na goela pra vomitar. Aí eu consegui, não sei de que jeito. (...) Tentei muito, muito mesmo. (Joana)

Tipo, uma amiga minha uma vez falou: “ah eu comi demais e tomei laxante”. Ela falou isso e um dia aquilo entrou na minha cabeça e quando eu comia demais eu falei: “quer saber eu vou procurar ver o que é esse tal de laxante”(…). A primeira vez que eu fui procurar o laxante, eu pensei que fosse uma coisa que você só podia comprar com receita e fosse muito caro, então cheguei na farmácia assim pro moço: “ah, você sabe me dizer onde tem laxante?” ele falou: “aquilo ali”. Quando eu vi que era dois reais um laxante eu falei: “cara, é a solução dos meus problemas, dois reais uma cartela de laxante eu vou emagrecer e vai ser tudo tão fácil (...). E eu acho que não falar nada é melhor, porque quando as pessoas falavam: “Caraca, você tá muito magra!” Eu adorava ouvir isso! (...) Eu adorava! Tipo as pessoas falavam: “Não, é... Você tá magra, isso não tá bonito.” Mas eu... Adorava ouvir, sabe? (...). Teve uma época, que eu até falei para as minhas amigas: “Pára de dizer que eu tô magra, porque me dá mais vontade de fazer. (Gabriela)

Conforme descrito pela DSM-IV (APS, 1994), a bulimia consiste em episódios de compulsões alimentares, seguidos de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso. Geralmente a ingestão de alimentos é muito rápida e ocorre em segredo, já que esses pacientes sentem vergonha deste comportamento. A técnica compensatória mais comum é o vômito auto induzido, mas também são muito utilizados os laxantes, diuréticos, exercícios em excesso, além de qualquer outra atitude com o objetivo de perda de peso (Claudino & Zanella, 2005).

As estratégias utilizadas pelas entrevistadas para manter os sintomas da bulimia foram as mais diversas, muitas até foram criadas ou adaptadas pela própria paciente. A maioria teve como objetivo controlar o peso e se sentir mais segura de que não iria engordar. Sendo assim, muitas esconderam da família e dos amigos para que eles acreditassem que elas se alimentavam bem e com isso não atrapalhassem seus rituais em busca da perda de peso.

Tinha o negócio de ficar me medindo, toda hora ficar medindo aqui o pulso pra ver quanto é que tava. Toalha pra ver na hora de enxugar, como até hoje, na hora de enxugar, de enrolar ver aonde é que tava batendo pra saber se engordou, se não engordou. Anel... (...). Tudo que é parâmetro, o tempo inteiro. É isso. E jogando comida fora... pra ficar sem comer, né (...). Eu jogava comida fora. Em casa,

quando não tavam olhando e tal, eu falava que comia, mas não tinha comido. E quando tava gente ali, eu disfarçadamente ia botando a comida dentro da roupa, né, da calça e tal. Eu tinha um saquinho e ia botando ali e quando não dava pra botar o saquinho era dentro da roupa mesmo e depois, quando levantava e tal, eu pegava aquilo ali e jogava fora. Fingia que tava mastigando e tal (...) tipo, hoje se eu for vomitar, eu não vou vomitar, tentar vomitar até o final. Saiu? O que saiu, saiu. Era cheio de métodos pra sair tudo e tal, hoje não tem método nenhum. Cortei, o que sair tá bom (...). O negócio de se pesar era todo dia, várias vezes por dia, não poder beber água, líquido nenhum pra poder pesar sem roupa, nada. Ou quando os meus pais iam me pesar pra saber se eu tinha emagrecido mais, tipo, eu bebia litros de água pra poder pesar e dar mais, entendeu? Porque eles tinham falado “olha, se a gente te pesar e você tiver menos de 50...”, né, eles davam alguma punição e tal. Ai eu bebia um monte de água pra subir na balança, não sei o que... (Nicole)

Porque eu sempre comia muito, comprava comida escondido e comia escondido porque eu tinha vergonha disso, né (...). Desde que eu tinha 10 anos de idade. E eu usava sempre coisinhas assim pra poder é... depois perder. Eu ia pra muita academia, desde pequenininha eu queria ir pra academia malhar (...). Ah, todo mundo, todo mundo toma laxante quando tá com prisão de ventre, né? Tia, mãe, pai... “ah, eu vou tomar porque tô com prisão de ventre”. Quando eu tava muito inchada de tanto comer eu pensava “não, eu tenho que tomar esse laxante, eu vou tomar também” aí eu mentia pra minha mãe. Aí eu falava o que? “Não mãe, e tal, é que eu não tô conseguindo ir no banheiro”. Aí minha mãe “ah, tá, então toma um”. Aí eu sabia aonde tava e tomava mais, entendeu? Era isso que eu fazia. (...). E fui aumentando a quantidade... (Carla)

Eu comecei a vomitar dentro de saco plástico, dentro do meu quarto. Tinha uma gaveta vazia, cheia de sacos e forrada de saco plástico. Então eu vomitava alí e depois jogava no lixo. Mas às vezes ficava alí, porque não dava pra jogar fora, ou eu ia fazer outra coisa...

**Entrevistadora:** E ficava cheiro no quarto?

**J:** Não... Eu tinha uns macetes já, sabe? (...) Umás vezes eu esqueci lá... Uma vez eu guardei a sacola atrás da cama e esqueci lá, sabe? E uma vez a sacola estourou. E uma vez, quando eu tava levando a sacola pro lixo de fora da casa, porque eu jogava naquele lixo do corredor, a sacola estourou e eu fiquei limpando o corredor. (Joana)

Eu tinha mania de dormir de barriga pra baixo, então se meu osso não encostasse na cama eu chorava antes de dormir (...). E o que mais foi grave pra mim na minha doença foi a época que eu pegava dinheiro de melhores amigas minhas pra comprar remédio pra emagrecer, então tipo foi o meu... (...) foi o fundo do poço pra mim (...). Graças a Deus elas são, as pessoas que eu peguei são, minhas amigas desde que eu nasci, então elas viram que eu tava com algum problema que aquilo não era meu (...). E teve um dia que eu quase, que eu falei “nunca mais vou vomitar”, porque eu achei que fosse morrer nesse dia. Eu tava sozinha em casa e a minha escova de dente quebrou na minha boca... E ficou assim, um pedaço assim, preso aqui (mostrou a garganta). E achei que, se eu engolisse aquilo, eu ia ter que pro hospital operar. Era um cabo de uma escova de dente,



assim desse tamanho (...). E aí ficou preso assim, entre o meu céu da boca e a minha garganta. E aí eu puxei... Assim, o céu da boca ficou todo arranhado, entendeu? Sangrou pra caramba, eu inventei uma desculpa pra minha mãe, disse que o garfo comendo, o garfo me arranhou o céu da boca... Porque meu céu da boca tava todo rasgado, achei até que eu fosse ter que levar ponto na época, porque sangrou muito... Mas aí, nesse dia eu falei: “Não, não posso mais fazer isso.” Tava sozinha em casa, falei: “Podia ter morrido, podia ter sufocado.” Sabe... E mesmo assim, depois eu fiz (...). Na hora você pensa: “não, não valeu a pena...” E, e tinha épocas até que eu vomitava e aí eu parava na hora e falava: “não!” Parava no meio e falava: “Não, não valeu a pena.” Aí depois eu me arrependia de não ter continuado. Já que eu pensava: “po, já que eu fiz eu devia ter ido até o final. (Gabriela)

Uma das entrevistadas se considerou doente há tanto tempo, que não conseguiu imaginar a sua vida sem o transtorno alimentar. Entretanto, uma delas relatou que se sentiria realizada sem a bulimia, mais segura, com autoestima melhor e citou planos para quando melhorar. Outra entrevistada disse que, por conseguir vislumbrar uma vida melhor sem a doença, buscou tratamento.

São muitos e muitos anos de uma coisa que tomou a minha vida, desde que eu me conheço por gente, praticamente. Então, tipo, a minha vida é baseada na doença, de ser doente, doente vai pra lá, vai pra cá, faz isso, faz aquilo... e com a relação com a comida. Então uma coisa é, pensar numa vida saudável, sem doença, sem comida, não sei o que, assusta. É uma coisa que eu não sei... hoje em dia eu não sei viver sem ela, eu nunca tive sem (...). Hoje em dia a doença ainda é uma coisa cômoda. É assim que eu vivi, é assim que eu aprendi a viver, bem ou mal, é muito tempo... 14 anos. Então... virou hábito, costume mesmo. Então eu acho que assim, se eu conseguisse chegar, tá, além trabalhar várias coisas na minha cabeça, mas chegar a esse meio-termo... é o que eu tô tentando achar é esse meio-termo, poder comer, né, o normal, nem pouco, nem muito. (Nicole)

Eu me imagino realizada quando melhorar da bulimia, assim... porque é uma vitória. Sei lá, depois... eu só consigo ver a minha vida assim... eu só consigo ver as minhas realizações, as minhas vitórias alcançadas depois da minha grande vitória, que é a minha recuperação, sabe? Que é estar livre, estar curada da bulimia. (...) É, me formar, comprar um apartamento, morar sozinha (...). Acho que eu ficaria mais confiante de mim, sabe? E eu acho que teria mais autoestima. (Carla)

Eu comecei a tratar tem 1 ano (...). Eu tava precisando de ajuda, sabe? Eu sempre fui muito.... Se passaram 15 anos da minha vida e eu tava da mesma maneira, lutando contra a comida, sabe? E eu pensava: “deve existir uma outra vida, não é possível que eu vá morrer com esse mesmo problema”. Aí eu busquei uma terapia. (Marta)

A alternância da bulimia nervosa com outros transtornos alimentares é muito comum. Uma das entrevistadas já teve um quadro de anorexia nervosa e de compulsão alimentar antes de desenvolver a bulimia. Outra quase teve anorexia, pois parou de comer quando parou de vomitar, enquanto outra entrevistada teve anorexia antes de ter bulimia.

Bom, primeiro surgiu com anorexia, quando eu tinha 11 anos e... a bulimia veio com... 14 (...). Eu sou o seu estudo completo, né? Eu tenho bulimia, transtorno da compulsão e anorexia. (Nicole)

Aí eu fui parando com esse negócio de comer e tinha uma amiga minha que ficou com anorexia (...). Foi uma época que todo mundo começou a fazer isso na escola, eu lembro agora de quatro meninas, inclusive eu. (Joana)

### **Categoria 3** **O corpo: a relação e a distorção.**

A imagem corporal é definida por Stenzel (2006) como uma concepção interna e subjetiva sobre o corpo, e a distorção desta pode ser considerada um fator predisponente ou mantenedor de um transtorno alimentar. De acordo com a mesma autora, diversas pessoas sentem-se insatisfeitas com seu corpo, principalmente quando o comparam ao ideal exposto na mídia. Com isso, muitas se envergonham, mesmo sem apresentar um sobrepeso, o que se agrava nos casos de transtornos alimentares.

Apesar do peso corporal não ser um critério diagnóstico para a bulimia nervosa, a maioria dessas pacientes demonstra uma insatisfação com o seu corpo (APS, 1994; Bucroyd, 2000; Stenzel 2006) e este foi um tema recorrente na fala da maioria das entrevistadas. Muitas delas tiveram dificuldades em apreciar o seu corpo atual ou até mesmo de reconhecer quando estavam magras.

Eu me via magra, só que eu acho que não tão magra quanto eu tava, mas sempre tinha... dava prazer em ver o ponteiro da balança cada vez menor, menor, menor, menor, menor, menor, menor, menor, menor. Então se eu subia e via menos era uma felicidade (...) o negócio era tá menos, cada vez menos. (Nicole)

Eu quero ter o meu corpo, sabe? E ficar satisfeita com ele (...). Eu já fiquei, mas agora voltou (...). Eu nunca fui gordona, porque eu vejo isso agora nas fotos, mas na época não, eu me sentia enorme, isso é, isso é... meu Deus do céu, eu vejo isso até hoje. Porque agora eu me vejo no espelho, eu me vejo mais gorda, mas nas roupas, as roupas entram, sabe? Aí se eu for me basear pelo espelho, nossa... é uma distorção enorme, uma coisa de louco. (Carla)

Mesmo com o meu menor peso, eu me achava enorme. Eu não gostava de usar biquíni e meu sonho quando eu era mais gordinha era usar blusa básica com short ou saia pra sair de noite. Eu achava lindo uma pessoa magrinha com blusa básica, então eu usei poucas vezes quando eu tava magra porque eu achava que não podia usar, mesmo tando magra. E hoje em dia eu vejo as fotos, eu fico falando: “caraca, eu tava muito magra essa época, meus ossos apareciam e as pessoas falavam e eu não via. (Gabriela)

A imagem corporal também é definida como uma experiência psicológica multifacetada, que costuma variar ao longo do curso da doença e do tratamento (APS, 1994; Bucroyd, 2000; Stenzel 2006). Este fato foi verificado na atual pesquisa, já que duas das seis participantes já conseguiram gostar dos seus corpos em algum momento, mas as outras, não. Algumas relataram uma satisfação parcial, ou seja, gostavam de algumas partes do seu corpo, mas não de todas.

Não, eu já tive, já tive várias fases que eu me senti bem com o corpo, apesar dessas várias fases o peso ter, tipo assim, variado, entendeu? Mas a última vez que eu fiz a dieta e tal, que eu cheguei num certo peso, eu tava bem, tava me curtindo, não queria mais emagrecer e tal. Só que aí foi aquele negócio, eu fiz uma dieta e tal, a última, recente, perdi o peso, cheguei no peso que eu queria, tava bem, curtindo, comecei a me tratar mais, me tratar mais assim, cuidar mais de mim e tal. (Nicole)

Quando eu tinha 14 anos, eu me sentia ótima com o meu corpo. Quando eu comecei a namorar... eu perdi 7 quilos, eu comia, mas malhava muito. (Nara)

Em algumas falas, nota-se uma distorção da imagem corporal, pois a percepção da magreza só foi possível algum tempo depois, através de fotos ou quando voltou a engordar, por exemplo.

Mas eu não via que eu tava muito magra. Eu só vi que eu tava muito magra quando eu comecei a engordar de novo e vi que eu não cabia mais nas roupas, aí eu pensei: “caramba, como eu tava magra! Eu cabia nessa calça”. (Marta)

Eu nunca fui gordona, porque eu vejo isso agora nas fotos, mas na época não, eu me sentia enorme, isso é, isso é... meu Deus do céu, eu vejo isso até hoje. Porque agora eu me vejo no espelho, eu me vejo mais gorda, mas nas roupas, as roupas entram, sabe? Aí se eu for me basear pelo espelho, nossa... é uma distorção enorme, uma coisa de louco. (Carla)

#### **Categoria 4**

##### **De onde veio a bulimia: origens e atribuições.**

A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, ou seja, reúne fatores biológicos, socioculturais, familiares, genéticos ou psicológicos, que ao interagirem podem contribuir para o surgimento ou para a manutenção de um destes transtornos (Herscovici, 1997; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Nunes *et. al*, 2006).

Do ponto de vista das entrevistadas, essa afirmação foi confirmada pois, ao explorarem as questões que mais influenciaram no surgimento da bulimia nervosa, todas identificaram pelo menos um motivo. As associações foram: genética, uma viagem, trabalho com teatro e televisão, início de namoro, dentre outras.

Eu com certeza devo ter alguma coisa aí, uma predisposição genética pra isso, aí entram os fatores de eu ter nascido acima do peso, de eu ser uma pessoa que sempre me cobrou muito, aí tem todas as questões familiares lá em casa, entendeu? De eu sempre achar que a minha mãe preferiu a minha irmã, que é uma coisa que vem até hoje... Dá toda atenção a ela, tem todas essas partes... de eu sempre me achar... tem a pressão da sociedade... acho que é isso tudo, o ambiente familiar que eu cresci, eu comigo mesma, que sempre fui uma pessoa muito exigente comigo mesma, e a parte externa e... eu, né, uma predisposição mesmo. (Nicole)

Então, lá (se referindo aos Estados Unidos) a oferta de comida era muito grande. Quando eu tava com 14 anos, de 14 pra 15 eu tava com um corpo lindo, porque eu acho que é o momento que você tá crescendo e você vai espichando, só que pra minha mãe não tava o suficiente. Então eu fiz dieta antes de ir pra Disney pra eu ir magra, porque eu ia voltar gorda, segundo ela (...). Então eu acho que começou ali, porque a oferta de comida é muito grande e eu já comecei a comer além do normal. Era comer com vontade, porque era barato. Eu só consegui fazer essa análise agora, 16 anos depois. (Nara)

É, eu na verdade, eu sempre trabalhei com teatro e um pouco antes do distúrbio e tal eu comecei a fazer curso de televisão e eu acho que isso influencia muito (...). Porque eu tenho, por exemplo, uma amiga que ela era mais gordinha e ela teve um teste pra um filme e minha professora falou na frente de todo mundo que ela só não passou porque tava acima do peso (...). E foi horrível, ela ficou mal, porque realmente ela é uma atriz muito boa e ela falou: “o diretor do filme falou que só não ia te passar porque você ia ter que emagrecer pra fazer o filme e ele não queria ser responsável por uma adolescente anoréxica, que ia ter que emagrecer de uma dia pro outro”. E aí eu acho que você ouvir essas coisas e se ver na televisão (...). E acaba sendo uma exigência muito mais nossa do que dos outros. A gente quer se ver mais bonita na televisão, a gente quer fazer um teste e acaba que a gente acha que tudo é por causa da gordura: “ah, eu não passei porque tô acima do peso, eu não fiz não sei o que porque tô acima do peso...” (Gabriela)

Os fatores familiares, unidos a outros aspectos, constituem a etiologia multifatorial dos transtornos alimentares. Na literatura foram encontradas algumas referências à questão do sofrimento familiar, geralmente decorrente de um conflito parental ou falecimento de alguém importante, e a sua relação com o surgimento ou desenvolvimento de um transtorno alimentar. Esse sofrimento pode ser distribuído pelos membros da família ou recair sobre apenas um deles. Muitas vezes, por mais que essa dor seja anterior à doença, só pode ser vivenciado pela família após a melhora do quadro, dependendo de sua gravidade, o que reforça a suposição de muitos autores de que o transtorno alimentar interfere na família e vice-versa (Herscovici, 1997; Fasolo & Diniz, 2002; Schomer, 2003).

Apenas uma das seis entrevistadas não abordou as questões familiares ao falar sobre o que a levou a desenvolver a bulimia. Algumas citaram momentos específicos de dificuldades na família, como a separação dos pais, por exemplo, mas outras entrevistadas apontaram situações recorrentes, que a levaram a iniciar ou manter o quadro de transtorno alimentar. Segundo Minuchin et al. (1978), o sintoma psicossomático pode ser o principal fator de regulação do sistema familiar. O filho que se envolve no conflito parental, por exemplo, pode se colocar como mediador ou também tomando partido dos pais. De acordo com esses autores, essa é uma característica comum das famílias psicossomáticas.

Porque a bulimia, né, não é só a doença, é uma doença com... psicológica. Então tem muita coisa por trás. No meu caso é um problema familiar, que já vem de muito tempo (...). Um problema familiar é... problemas, traumas, sabe, que eu tenho desde criança com meus pais, sabe... tipo, antes isso era mais um tabu pra

mim, sabe? Isso era uma coisa mais... mais difícil de dizer. Agora não é tanto, tipo, sabe... Eu, eu sofria muito mais com as brigas dos meus pais desde pequena (...). Ai os meus pais brigavam muito, sabe, umas brigas sérias e eu sempre tive que conviver muito com isso. Então eu tive que amadurecer muito cedo, tive que me tornar responsável muito cedo, entendeu? E eu convivo com essas brigas até hoje. (...) E é uma fuga, tipo, você acaba tentando fugir e sei lá, uma válvula de escape, você acaba contraindo doenças, sabe, e eu acabei contraindo bulimia. Quando eles brigavam muito eu ficava muito nervosa e eu ia comer, sabe? Eu me sentia sozinha, não tinha ninguém ali pra me proteger. Na verdade eu que tinha que separar a briga, eu tinha que proteger os dois e não tinha ninguém pra fazer aquilo por mim, aí eu só me via ali com a comida. (Carla)

Quando eu tinha 15 anos, meus pais se separaram e foi uma coisa muito difícil. Então com 15 anos, em julho eu fui pra Disney e fiquei 17 dias fora. E vários eventos levaram a isso. Eu acho que a minha compulsão começou nos Estados Unidos, porque quando eu tava indo no aeroporto pra embarcar no avião, era Copa do Mundo de 94 e minha mãe falou assim: “você fala agora pro seu pai que no jogo de domingo você vai ligar na hora do jogo”, justamente pra ele não ir pra casa da amante. Aí o que que aconteceu? Eu assisti o jogo, a menina perdeu a chave do meu quarto e foi a maior bagunça e eu não liguei. Liguei pra minha mãe às 11 horas desesperada, chorando, me sentindo super culpada. E é lógico que isso foi o ponto pé pra tudo, sabe? Foi muito marcante estar longe da família, com essa responsabilidade toda e fora as pressões do corpo, que ela se preocupa (...). (...) Então, além disso, eu sempre fui uma adolescente que guardava as coisas, eu não estourava, eu não era rebelde. Então eu não conseguia conversar com os meus pais sobre a separação. Eu escutava o que a minha mãe falava e eu não conseguia lidar com aquilo. E o fato de tá longe dos meus pais, sabe? (...) E outra coisa que a minha outra psicóloga falava é que eu não fui amamentada pela minha mãe. Porque quando a minha mãe me teve, ela teve um problema de inflamação e ficou nove meses na cama e quem cuidou de mim foi a minha avó. Então eu não fui amamentada, então aquele primeiro elo eu não tive. E ela dizia que isso explicava muita coisa e tem a ver com alimentação também (...). Minha mãe sempre falava: “se não fosse eu desde criança com você, você seria obesa mórbida”. Ela sempre falava isso. Então tem esses dois pontos e ela fala que tem que ser o equilíbrio, mas ela nunca me conduziu a esse equilíbrio e eu desenvolvi a bulimia. Mas ela sempre via isso na televisão e criticava e eu acabei tendo, né? (Nara)

## **Categoria 5**

### **A família e a bulimia nervosa.**

A postura da família diante das questões relativas ao corpo e à comida se reflete diretamente nos hábitos e valores dos filhos. Segundo Laliberté, Boland & Leichner (1999), os pacientes com o diagnóstico de transtorno alimentar podem recorrer à dieta como uma tentativa de se enquadrar nos padrões de estética, principalmente quando sua família valoriza a aparência física. Uma das

entrevistadas revelou a influência dos valores de sua mãe em seu comportamento alimentar.

A minha mãe é magra, ela veste 40 (...). E ela é fissurada em atividade física e passou pra mim, porque eu sempre fiz dança. Mas com 10 anos, não tinha academia de dança perto da minha casa e eu fui fazer ginástica com um monte de velho e eu odiava, mas a minha mãe falava que eu tinha que fazer pra emagrecer. E ela faz academia de segunda à sexta, sábado e domingo, corre (...). Aí teve uma vez eu fui caminhar e tava meio chovendo e ela falou “vai assim mesmo, essa chuvinha não faz mal”. Eu caminhei dois dias na chuva e fiquei quatro dias de cama pela neurose dela, de ir a qualquer custo (...). E o laxante eu tomava pela minha mãe, não era por mim não. Porque eu tinha prisão de ventre e ela também tinha, sabe? E eu tomava chá de sene, 46, lactopurga. Eu tomava 8 do 46 de uma vez e quase todo dia, pelo menos umas três vezes na semana. (...). Minha mãe comprava tudo pra mim. Quando eu tinha 16 anos, tinha o kit Herbalife, um negócio que anunciava na televisão e ela comprou pra mim e eu fiquei deprimida. Eu usei dois dias e ela falou “pára com isso agora”. Mas tudo que ela via, ela queria comprar, diet shake, tudo. Sempre inventava umas dietas. E aí eu sempre emagrecia, mas engordava tudo de novo. (Nara)

A relação familiar também interfere na relação das pacientes com a comida. A fala abaixo retrata a chamada “família que tem coisas demais para enfrentar”, pois a falta de disponibilidade dos pais, que vivem sobrecarregados, faz com que os filhos aprendam a lidar sozinhos com seus sentimentos e suas necessidades (Buckroyd, 2000).

Minha mãe... solteira, tinha que trabalhar e eu já ficava em casa sozinha desde os 12 anos de idade, então a comida dá uma segurança. De repente aquele afeto que a minha mãe não me deu, né? Era uma companhia, né? Mas eu tenho que ver que agora eu não preciso mais disso, né? (...). A falta de... a falta de carinho mesmo... a falta de atenção, sabe? (...) Criança, né? Criança sempre quer atenção (...) eu ficava muito sozinha. É como se eu já fosse dona do meu nariz aos 12 anos. E era uma responsabilidade que não era pra uma criança de 12 anos. Faltou muito... sei lá (...). E é estranho... Parece simples, mas é difícil você conviver ali e não fugir, porque eu sempre fugi... Mas nunca é tarde pra se aprender isso, mas é uma tarefa árdua. (Marta)

A aliança da paciente com um dos pais acontece frequentemente, segundo Herscovici (1997). Nesses casos, um dos pais assume um papel de cúmplice da filha, enquanto o outro adota atitudes mais severas e, com isso, é excluído de algumas situações, reforçando a situação problemática. Os pais das pacientes com bulimia nervosa são geralmente descritos como distantes ou ausentes, enquanto as

mães são mais protetoras e invasivas, podendo desenvolver até mesmo uma relação simbiótica com suas filhas. Apesar dessa distância dos pais, as pacientes com bulimia nervosa apresentam uma relação emocional mais conflituosa com eles (Herscovici, 1997; Morgan et al., 2002; Schomer, 2003). Essa difícil convivência entre as pacientes que têm o diagnóstico de bulimia nervosa e seus pais pode se agravar, de acordo com Vandereycken & Kog (1989), por estes frequentemente serem depressivos, rígidos e emocionalmente distantes.

Em nossa pesquisa de campo, a relação diferenciada da paciente com sua mãe e seu pai foi verificada. Das três entrevistadas que buscaram tratamento por conta própria, apenas uma delas contou posteriormente para os pais e as outras duas contaram só para a mãe.

Le Grange & Lock (2009) apontaram uma importante questão acerca da motivação das famílias para o tratamento. No caso da anorexia nervosa, os sintomas são mais visíveis do que na bulimia nervosa, o que mobiliza mais a família a buscar tratamento. No que se refere à bulimia, os sintomas podem ser mais disfarçados e, com isso, a família não apresenta tanta motivação para o tratamento. Porém, neste presente estudo, três participantes tiveram o apoio da família para buscar tratamento e, atualmente, todas as seis famílias das entrevistadas sabem do transtorno alimentar e do tratamento.

Ai eu fui vindo no tratamento sem, sem os meus pais é... saberem, né. Ai eu fui melhorando um pouquinho e tal e depois eu tive que contar pros meus pais, né, até porque o tratamento... ele não é um tratamento barato, entendeu? (...) Tava pagando sozinha, tava pagando sozinha, isso mesmo. Ai eu falei com a minha mãe primeiro aí ela... foi um baque. Porque pra família, a família não aceita, né (...). Ai depois eu contei tudo pra minha mãe, minha mãe realmente foi vendo que eu fazia realmente isso e tal, mas ela nunca desconfiava, nunca poderia imaginar. Ela achava que eu gostava de comer, entendeu? E aí depois eu fui falar com o meu pai, e meu pai achou que era frescura, piti de garota mimada, sabe? Que é doença de gente rica. Eles sempre acham que é tudo isso (...). Eu já iniciei o tratamento 3 vezes. Essa já é a minha terceira ou quarta vez de tratamento (...). Aí agora que meu pai aceitou, sabe, e tá me apoiando e agora que vai caminhar, se Deus quiser, sabe? (Carla)

Na verdade eu descobri que tinha bulimia sozinha, lendo uma revista (...). E aí eu fui e imprimi um monte de coisa pra ela (mãe) ler, pra eu contar pra ela que eu tinha bulimia (...). E esse tratamento é muito difícil, porque tirar essa culpa dela (mãe)... E eu tenho uma relação ótima com ela, apesar desse pequeno grande



detalhe (...). Porque aí, quando eu comecei a fazer tratamento, eu contei (...). Não, o meu pai não sabe (da bulimia e do tratamento). Meu pai é muito difícil. Quando eu falo que eu não tô bem, que eu tô deprimida, ele fala “ah, que palhaçada”. O meu irmão até faz psicologia e talvez mais pra frente eu possa falar com ele, explicar... Mas o meu pai não (...). Então eu acho que ele não vai entender e eu não quero arriscar (...). Na verdade, a relação com o meu pai é assim, ele faz tudo que eu quero. Porque ele tem medo de mim, porque ele viu que me tratou muito mal quando eles se separaram. Ele veio cheio de críticas e eu sou muito parecida com ele e ele critica todo mundo. E ele faz tudo que eu quero, chega a ser chato. (Nara)

As famílias de quatro dessas seis entrevistadas foram informadas por elas a respeito da bulimia. As outras duas entrevistadas relataram que suas famílias descobriram sozinhas, a partir de algum indício deixado por elas ou através da observação da mudança do peso ou de comportamentos da mesma.

Quando eu fiquei muito magra, todo mundo reagiu, até porque viu que eu tava realmente muito magra, não tava comendo nada, só pensava em exercício, dieta, caloria, essas coisas assim e... minha família em si (...) me levaram num médico, um médico clínico geral, aí tive que fazer exame de sangue, essas coisas assim. Aí eu não sei, acho que por indicação chegou aqui (se referindo ao tratamento) e isso eu já tava com uns 14 anos. (Nicole)

Somente uma entrevistada se considera amiga de seus pais, que deram apoio à filha, oferecendo-a ajuda.

É, eu escrevi uma carta. Na verdade, eles já tinham idéia, né? Tipo, já tinha parado uma vez e contado pra eles que eu tava me sentido mal sabe, já tinha uma coisa de distúrbio, mas ninguém pensava que era nesse ponto. E aí eu escrevi uma carta pra eles e botei no quarto deles quando eu tava mal, porque aí no dia seguinte quando eu já tivesse bem, já era... já tava no quarto deles (...). Ah, eles falaram que iam me ajudar, que a gente ia procurar ajuda e tal (...). E meus pais na verdade sempre foram muito meus amigos assim e meu pai, ele teve depressão na vida dele, então eu acho que isso ajuda muito na conversa que a gente tem, sabe? Por ele já ter dependido de remédio, ter necessidade de medicamentos... acho que ele entende um pouco (...). Há mais de dez anos que ele faz terapia, mas o motivo foi que meu tio faleceu e ele teve depressão e tal, mas acho que isso ajuda muito na conversa, ele entende mais (...). Eu sempre fui muito amiga dos meus pais então meu maior medo sempre foi decepcionar. (Gabriela)

Os sintomas alimentares podem ser compreendidos, segundo Roberto (1994), como uma forma de expressão de segredos ou sofrimentos à família, mas em que haja conflitos. Muitas vezes, a harmonia familiar é mantida pela evitação,

ou seja, a família ignora os sintomas da filha como uma tentativa de não piorar as relações e aumentar a tensão. Três entrevistadas falaram sobre a reação de suas mães ao descobrirem o transtorno alimentar: uma das mães inicialmente ignorou os sintomas da filha, enquanto outra se sentiu culpada e a outra mãe se surpreendeu com a notícia.

Uma vez ela (mãe) viu (...) ela entrou no banheiro e viu o vômito, sabe? Ela não me viu vomitando, ela só viu o vômito... Na verdade, eu acho que ela soube antes, que ela já tava suspeitando. Porque eu comecei a vomitar dentro de saco plástico, dentro do meu quarto (...). Então eu vomitava ali e depois jogava no lixo (...). E uma vez, quando eu tava levando a sacola pro lixo de fora da casa, porque eu jogava naquele lixo do corredor, a sacola estorou e eu fiquei limpando o corredor. E o porteiro veio falar com ela: “ah, esse vômito do corredor foi porque a sacola estorou”.

**Entrevistadora:** Então foi ele que contou pra ela?

**J:** É, porque todos os porteiros já sabiam. Eu achava que estava fazendo escondido, mas não era. Quando você joga uma sacola de vômito pelo lixo, quando chega lá embaixo vai estourar.

**Entrevistadora:** E quando ela descobriu, como é que foi a reação?

**J:** Na hora ela fingiu que não viu, saiu do banheiro e foi embora. Eu também fui, né? (risos). (...). É porque na verdade assim cara, eu não gosto dessas coisas. Eu fazia, mas eu não gostava de fazer, sabe? Eu tava procurando na internet e tal, aí sei lá, eu ficava procurando essas coisas. E sei lá, chegou uma hora que eu falei: “eu preciso de uma psicóloga”. E ela (referindo-se à mãe) me arrumou uma do plano. (Joana)

Aí eu falei com a minha mãe primeiro aí ela... foi um baque. Porque pra família, a família não aceita, né (...). Ai depois eu contei tudo pra minha mãe, minha mãe realmente foi vendo que eu fazia realmente isso e tal, mas ela nunca desconfiava, nunca poderia imaginar. (Carla)

Na fala acima, a entrevistada aborda a questão das fronteiras difusas na família, uma vez que ela pediu que a mãe não contasse para os outros sobre o seu transtorno alimentar e o seu pedido foi ignorado. Para Herscovici (1997), qualquer extremo traz problemas para a família, seja quando as fronteiras são rígidas demais e falta a flexibilidade para lidar com as mudanças, ou quando as fronteiras são excessivamente frágeis e um membro ocupa o lugar de outro. De acordo com Martins & Diniz (2006), essas fronteiras devem ser trabalhadas na terapia para favorecer a diferenciação interpessoal na família.

Outro tema familiar abordado pelas entrevistadas foi a relação entre os irmãos. A maioria dos autores que estuda esta questão aponta para a competição entre eles. Para Herscovici (1997), os pais das pacientes com bulimia nervosa são mais exigentes e comparam abertamente os irmãos, aumentando a rivalidade entre eles. Schomer (2003) enfatiza que a competição entre irmãs pode ser pela atenção dos pais, o que aumentaria a chance de mais de um filho desenvolver um transtorno alimentar. Já Vandereycken & Kog (1989) acreditam que o fato de os pais das pacientes com bulimia nervosa estimularem o sucesso acadêmico e social de seus filhos, acaba por favorecer a competição entre eles. Na atual pesquisa, três participantes citaram alguma forma de competição com os irmãos, uma identificou a ausência da mãe, enquanto outra relatou as brigas entre os pais.

Em casa vai... em casa é toda essa parte de sentimento mesmo, de eu sempre achar que eu fiquei de lado por causa da minha irmã e sempre tentar... é uma forma de chamar a atenção da minha mãe, a parte de ficar doente, de... aí tem muito, é... gira muito nessa... mas eu consegui a atenção da minha mãe com a bulimia, mas a atenção dessa forma, por estar doente. (Nicole)

(...) eu me senti muito rejeitada. Até porque meu irmão é mais velho e os meus pais têm álbum, lembram tudo da infância dele e da minha infância, eles não lembram nada. (Nara)

## **Categoria 6**

### **Os sintomas e os sentimentos.**

Diversos autores abordam a questão da relação entre a nutrição física e a nutrição emocional, ou seja, a forma como uma pessoa se alimenta está associada ao que ela sente ou ao jeito como ela se relaciona com os outros. Alguns autores relacionaram os sintomas a uma dificuldade de identificar os sentimentos ou a compensação de sentimentos ruins na comida (Herscovici, 1997; Pipher, 1998; Buckroyd, 2000; Abuchaim, 2002; Fukumitsu, 2007).

Essa relação dos sintomas bulímicos com os sentimentos foi mencionada pela maioria das entrevistadas. Muitas citaram que a comida trazia uma sensação de conforto, prazer, segurança, bem-estar e preenchia vazios momentaneamente. Sendo assim, recorriam a ela quando estavam se sentindo tristes, irritadas,

ansiosas ou com medo. Algumas relataram comer quando estavam felizes também.

É pelo... pelo ato mesmo, de comer mesmo, comer e comer... é a compulsão mesmo. Não é pelo gosto porque ali eu já tava comendo uma coisa que eu nem gostava, mas era só pra poder comer. O ato, a ansiedade (...). Na verdade a comida entra pra preencher vários vazios que têm na minha vida. Comer, na verdade, virou motivo de tudo: se eu tava triste eu ia comer, se eu tava feliz eu ia comer. É uma forma de... de não lidar com os sentimentos. Pra eu não ter que sentir os sentimentos, eu ia comer. Tudo era comida. Qualquer sentimento que eu sentia, eu tinha que comer: feliz, triste, ansiosa, com medo... qualquer coisa. Tudo era descontado na comida (...). É, hoje em dia eu tenho uma visão bem, né, vamos dizer assim, é, mais clara e tipo, precisa assim do que me leva a fazer isso. Então, eu posso dizer que hoje em dia que é tudo por causa de questões praticamente emocionais, né, psicológicas e tal, questões de fora praticamente. (Nicole)

A sensação é de prazer, a sensação é de cuidado, a sensação é de você tá ali e... de bem-estar, sabe? (...). A tristeza... a tristeza me faz comer muito. (...) quando eu tô feliz, quando eu tô feliz é o contrário, quando eu tô feliz eu não como. Quando eu tô feliz eu quero colocar uma roupa bonita, sabe, quero me maquiar, quero ficar bonita, quero ficar bem. Acho que quando eu tô triste, eu me arraso. (Carla)

Então eu tenho uma posição na minha vida, que eu aceito tudo e isso vem muito da minha mãe, porque minha mãe é sempre assim “vamos evitar brigas”. E eu acabo me prejudicando e isso acaba na comida, né? Eu não tenho nenhum vício, eu nunca consegui beber, nem fumar, nem usar maconha, nem cheirar, nem nada, mas a comida é e sempre foi a válvula de escape (...). O único momento mais assim, quando eu emagreci, foi há cinco anos quando eu tava namorando. Eu namorei um ano e meio e depois mais dois anos namorando. Acho que é porque ocupava a minha carência e tal. E de quatro anos pra cá, que eu tô sozinha, sem namorado sério há um tempão, é a maior oscilação de peso (...). Ela (a comida) dá conforto e depois me dá uma angústia muito horrorosa (...). E eu também tive crises de diarreia. Uma porque eu não queria sair porque me sentia feia, tive diarreia horrorosa e só passou quando eu decidi que não ia sair (...). Aí depois deu outra diarreia num dia que eu também ia sair, aquela foi num sábado e essa foi na sexta-feira depois. Eu ia sair, era aniversário de uma amiga minha e não tinha como eu dizer “não” e a diarreia começou de 4 a 8 horas e eu fui sair 9 horas de casa (...). Enquanto eu não decidisse que não ia sair, o negócio ia continuar, porque era de nervoso mesmo. (Nara)

Agora eu comecei a sentir mais e a camuflar menos os sentimentos. Então se eu tô triste, deixa eu sentir que eu tô triste. Antes eu só sentia culpa. É uma coisa diferente (...). Um autoconhecimento mesmo, de eu tentar me conhecer (...). Antes quando me chamavam pra sair e tomar um chope, eu nem ia porque eu não queria comer nada. Hoje é diferente (...). Eu tô menos tímida, falando mais, conversando mais (...). Eu fiquei melhor comigo mesma, comecei a fazer contato com o que eu sinto... Fiquei melhor, tô criando a minha identidade, sabe? (Marta)

A culpa é um sentimento comum para os bulímicos tanto em seus relacionamentos afetivos em com sua alimentação, segundo Fukumitsu (2007). Além disso, a autora define como introjeção o mecanismo de defesa utilizado pelos bulímicos, uma vez que eles internalizam valores, crenças e fatos sem diferenciar o que realmente necessitam ou concordam, assim como fazem com a comida: comem muito e engolem sem mastigar, ou seja, sem avaliar se querem ou precisam e depois, vomitam tudo, também sem discernir o que era nutritivo do que realmente deveria ser eliminado.

No nosso estudo de campo, as participantes relataram que, após os episódios de compulsão alimentar, o sentimento mais comum era a culpa e, para se livrarem dela, buscavam os métodos compensatórios. Uma das entrevistadas disse que vomitava para se punir, mas as outras vomitavam, utilizavam laxantes ou praticavam exercício em excesso para aliviar o desconforto causado pela compulsão e assim, retomar o bem-estar.

O vômito vinha aí por vários motivos. Primeiro, o mais claro, pra não engordar. Segundo, até como forma de... aí entra também como forma de punição, pra você... pra me punir mesmo. Tem toda essa parte destrutiva (...). E tipo, é uma autoestima muito baixa, coisas que eu não me perdo, então eu vou me punindo dessa forma, e me faz comer, aí comendo muito aí eu posso ganhar peso, aí vai... aí eu me culpo mais ainda, aí vomito. (Nicole)

O laxante... então, depois que eu comia aquela quantidade enorme, vinha aquele mal-estar de novo e eu queria me livrar daquilo porque eu não me sentia bem, eu me sentia gorda, eu me sentia inchada, sabe? Chorava, me sentia feia e aí eu queria me livrar daquilo e a forma que eu conseguia, que eu tentava me livrar daquilo era o laxante, era um paliativo, não sei, era alguma coisa que eu queria pra poder me livrar. Então eu fazia o laxante, entendeu? (...) Dava, dava uma sensação boa porque na hora que eu tomava, eu tinha aquela idéia de que eu ia melhorar, então eu sentia aquele negócio “ah, que bom”. Bem-estar de novo. Era um bem-estar, eu me sentia bem, entendeu? E aí depois eu podia comer de novo. Era um ciclo (...). Eu ficava, sei lá, umas... 6, 7 horas na academia, muito tempo. (...) A sensação era de prazer, era de, era de... dever cumprido. E depois eu comia mais. E eu passava mal também, né? Porque eu comia muito, ia pra academia direto. Então, com comida na barriga e malhava, sabe? Era uma coisa assim... doidera total. (Carla)

Uma característica que é considerada por alguns autores como sendo frequente nos casos de transtornos alimentares é a alexitimia, ou seja, a

dificuldade de diferenciar e expressar os sentimentos. Com isso, os pacientes não conseguem discernir bem as suas emoções e associam todas à fome, recorrendo à comida mesmo nos momentos em que a carência é emocional e não física (Herscovici, 1997; Buckroyd, 2000). De acordo com Herscovici (1997), essa dificuldade que os pacientes têm, muitas vezes, é decorrente de uma falha de comunicação na família, que implica em um membro ter que adivinhar o que o outro sente.

Somente uma entrevistada relatou que, por não saber identificar seus sentimentos, recorria à bulimia para tudo, principalmente quando estava feliz, triste, chateada ou entediada. Apenas uma entrevistada não associou seus sintomas aos seus sentimentos, mas sim a fatores externos, como situações, atividades ou locais.

É assim... muito difícil, o que é muito difícil também é vê o sentimento. Eu não sei o que eu sinto, sabe? É isso, eu não sei o que eu sinto. Então tudo pra mim, eu vou pra bulimia, entendeu? Às vezes “Eu tô chateada? Não sei.” Ou eu fico triste... às vezes eu não sei nem porque eu tô feliz, quando eu fico muito feliz eu vou e vomito. Entendeu? Quando eu fico muito triste eu vou e vomito, quando eu tô chateada... Até quando eu tô entediada, principalmente isso, quando não tem nada pra fazer, e eu não sei lidar com não ter nada pra fazer (...). Na verdade, é o não saber o sentimento assim, sabe. Eu tenho um negócio assim sabe... aí é muito mais fácil comer pra caramba. (Joana)

Não associo, tipo em relação a se um dia eu tô mais triste eu como mais, se eu tô mais feliz eu como mais (...). Eu associo mais ao que eu tô fazendo, tipo assim... Se eu tô em casa, se eu tô na rua, se eu tô com os meus primos, se eu... Sabe, eu associo mais a situações do que o que a sentimentos. Tipo, acho que o externo, é... o ambiente influencia mais do que o que eu tô sentindo, realmente, sabe? Às vezes eu posso tá... Só o fato de eu sair de casa sozinha e passar em algum lugar, e passar diante de algum lugar, de uma sorveteria, por eu tá sozinha, às vezes, eu como, e se eu tivesse acompanhada eu não comeria... Sabe, então, eu acho que o ambiente, a situação tem muito mais influência que o interior. (Gabriela)

## 5

### Considerações finais

A grande importância atribuída à aparência e à estética corporal, presente na contemporaneidade, nos conduz à ideia de que é impossível ser feliz sem ser magro. Os transtornos alimentares se encontram exatamente neste conflito entre a imagem ideal e perfeita apresentada pela mídia, e a realidade, acometendo uma camada considerável da população, sobretudo mulheres jovens das sociedades industrializadas e desenvolvidas.

O foco deste trabalho foi a bulimia nervosa e sua etiologia multifatorial, que inclui, dentre outros, os fatores familiares. Foram apresentadas as dinâmicas e as características mais encontradas nas famílias de pacientes com transtornos alimentares e algumas propostas terapêuticas, sugeridas pelos principais autores da literatura especializada.

Um dado relevante é que a maioria dos autores estudados tende a focar na criação de manuais e roteiros de tratamento ao invés de aprofundar o conhecimento na dinâmica familiar. As técnicas de intervenção apresentadas são as mais diversas, enquanto os funcionamentos e as relações familiares são pouco abordados. Alguns autores apenas citam características comuns das famílias de pacientes com bulimia nervosa, muitas vezes se baseando somente em estudos anteriores, mas sem associar à prática ou até mesmo acrescentar novas discussões ou reflexões.

Nesta pesquisa, as falas das seis entrevistas realizadas foram analisadas a partir da teoria apresentada e a conclusão foi consoante com a nossa experiência clínica. Além disso, este estudo possibilitou um aprofundamento teórico sobre o tema do lugar ocupado pela família no surgimento e no desenvolvimento de um transtorno alimentar. O trabalho de campo, por sua vez, corroborou com a teoria, permitindo a exemplificação de alguns temas de extrema importância.

A primeira categoria temática discutida neste trabalho foi referente à dieta, que pode, junto a outros fatores, desencadear um quadro de bulimia nervosa,

como aconteceu com todas as entrevistadas. Atualmente as dietas são vistas como parte do cotidiano da maioria das pessoas, sem que haja o pensamento crítico a respeito delas. Em alguns casos, a dieta pode ser indicada, mas em outros, ela pode tomar uma proporção maior do que o inicialmente imaginado e, assim, acarretar sérias consequências, como um transtorno alimentar, por exemplo. Algumas famílias tentam inserir hábitos na vida das crianças sem que exista uma real necessidade e, com isso, podem reforçar uma preocupação excessiva com a alimentação e com o peso. A partir dos relatos dos sujeitos entrevistados, nota-se como a relação da família, principalmente da mãe, com a comida se reflete na vida dos filhos. Sendo assim, se a família costuma fazer dietas e conferir extrema importância para a estética, possivelmente, passará para seus filhos os mesmos valores, potencializando as chances de um transtorno alimentar se desenvolver.

Outro tema analisado foi o início da bulimia nervosa e as estratégias adotadas para a sua manutenção. Neste quesito, a família também pode ocupar um papel significativo, pois a pressão depositada em um filho, tanto relacionada ao peso como ao sucesso acadêmico, por exemplo, pode fazer com que este se torne muito exigente com seu corpo ou com outros aspectos da sua vida, e compense a ansiedade na comida. Às vezes, um comentário aparentemente inocente sobre o corpo ou a indicação de um laxante em um momento de real necessidade pode ser interpretado de outra maneira pelos filhos, que fortalecem seus pensamentos e atitudes não saudáveis para a perda de peso.

As motivações para o surgimento da bulimia nervosa, relatadas pelas entrevistadas, variaram bastante. Ressalta-se, contudo, que a questão familiar foi abordada por cinco das seis entrevistadas. A maioria delas apontou para situações recorrentes da dinâmica familiar disfuncional e poucas relataram ocasiões pontuais vivenciadas na família que fizeram com que buscassem refúgio e apoio na comida.

Outros sentimentos também se refletiram no comportamento alimentar, segundo os relatos das entrevistadas. Constatamos que o modo pelo qual as pacientes com bulimia nervosa se relacionam com a comida e com as pessoas é semelhante, corroborando as teorias pesquisadas. Os sintomas podem encobrir sentimentos desagradáveis, com os quais a pessoa não está pronta para lidar.



Algumas entrevistadas atribuíram isso à maneira como a sua mãe encarava a vida - por exemplo, aceitar tudo para evitar brigas. Nesses casos, a paciente “engole” sentimentos e frases que queria ter dito e depois “vomita” o que não conseguiu digerir, fazendo com a comida o que gostaria de ter feito com alguém ou com alguma situação de sua vida.

Por meio dos relatos, verifica-se a dificuldade da família em lidar com o diagnóstico de um transtorno alimentar. Algumas mães, inicialmente, ignoraram os sintomas das filhas; outras se surpreenderam ou se sentiram culpadas. Este dado realça o uso do mecanismo de negação da doença, adotado por muitas famílias. Como os sintomas bulímicos são mais facilmente dissimulados do que os anoréxicos, muitos parentes desconhecem esses comportamentos de suas filhas durante longos anos.

Em diversos momentos, as entrevistadas se referiram à bulimia como algo externo a elas, utilizando frequentemente termos como “a doença” ou “adquiri” ou até mesmo “contrair a doença”, dando a impressão de que o transtorno alimentar era algo contagioso e que, praticamente, não dizia respeito a elas próprias, suas vidas e seus sintomas.

Um dos aspectos que mais chamou a atenção foi a dificuldade que essas pacientes apresentam de se apropriar do seu diagnóstico de bulimia nervosa, assim como de lidar com seus sentimentos e com suas famílias. A literatura estudada apontou para a relação entre esses fatos e a grande maioria das entrevistadas expressou claramente essa interação. Muitas delas relataram não conseguir discernir os sentimentos, compensando-os com o excesso de comida, assim como acontece ao se depararem com os problemas familiares.

Uma questão importante a ser mencionada é que todas as entrevistadas estavam em tratamento multidisciplinar especializado para transtornos alimentares, contando com o apoio de psicólogos, nutricionistas e médicos. Assim como visto na literatura, a etiologia destes transtornos é multifatorial, o que reforça que cada um desses profissionais tem um lugar específico neste tipo de tratamento, para que todas as áreas da vida da paciente sejam abordadas de modo integral. A interação entre estes profissionais é fundamental para que o tratamento seja eficaz.

Constatamos a importância da inclusão da família no tratamento da bulimia nervosa, para que as questões relacionadas à dinâmica disfuncional deste sistema sejam trabalhadas e, com isso, a paciente possa apresentar melhoras de seus sintomas. A terapia familiar pode contribuir para que cada membro ocupe o seu lugar real na família e respeite os dos outros, além de reunir a família para uma reflexão acerca de questões até então encobertas e assim, favorecer uma possível mudança. Entretanto, esta não é a única maneira que a família tem de participar do tratamento e da melhora dos sintomas do paciente bulímico. A presença em consultas com os médicos e nutricionistas ou em grupos de apoio, por exemplo, também podem contribuir para a promoção de saúde na família. O mais importante é ter uma escuta ampliada da família e uma visão multidisciplinar de saúde.

Embora o foco desta pesquisa tenha se limitado à percepção das pacientes com bulimia nervosa sobre o papel da família no transtorno alimentar, as análises apontaram para a importância do desenvolvimento de futuras investigações com famílias acometidas por bulimia nervosa visando à prevenção e ao tratamento dos transtornos alimentares.

## Referências bibliográficas

ABUCHAIM, A.L.G. Aspectos Psicológicos. In: NUNES, M.A. et al. (2002). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

AGRAS, S.; HAMMER, L.; McNICHOLAS, F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. **International Journal Eating Disorder**, 25 (3), p. 253-262, 1999.

ALPERS, G.W.; TUSCHEN-CAFFIER, B. Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. In: **Eating Behaviors** 2, p. 339-352, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical of mental disorders**: Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC, 1994.

ANDERSON, M. La conexión madre-hija como fuerza curativa em el tratamiento de los transtornos de la alimentación. **Sistemas Familiares**. Abril, 1997.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão** – Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

BALLONE, G.J. **Transtornos Alimentares**. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARROS, C. A.S.M. & JAEGER, M.A. Família magra, família purgativa. In: MELLO FILHO, J. & BURD, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BITTENCOURT, M.I. **Ilusão e criação na sociedade de consumo**. Um estudo sobre divertimento. Tese de Doutorado, PUC-Rio, 2002.

BUCARETCHI, H.A. (2003). **Anorexia e bulimia nervosa**: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BUCROYD, J. **Anorexia e bulimia**: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora, 2000.

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

BRYANT-WAUGH, R.; LASK, B. Eating disorders: an overview. **Journal of Family Therapy**, Cambridge, v. 17, p. 13-30, 1995.

CONDÉ, M.L.L. **Wittgenstein**: Linguagem e mundo. São Paulo: Annablume, 1998.

CLAUDINO, A.M. & BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria** – Volume 24, Suplemento 3, p.7-11, 2002.

CLAUDINO, A.M. & ZANELLA, M.T. **Transtornos alimentares e obesidade: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. Barueri, SP: Manole, 2005.

CORDAS, T.A. & CLAUDINO, A. de M. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria** – Volume 24, Suplemento 3, p.3-5, 2002.

CRUMLISH, C. **Explorando a internet**. São Paulo: Markron Books do Brasil Editora, 1995.

DARE, C.; EISLER, I.; COLAHAN, M.; CROWTHER, C.; SENIOR, R.; ASEN, E. The listening heart and the chi square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, v. 17, p. 31-57, 1995.

EISLER, I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, v. 27, p. 104-131, 2005.

FASOLO, C. & DINIZ, T.C.V.C. (2002) Aspectos Familiares. In NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

FRAZÃO, L. & ROCHA, S.L. de O. **Gestalt e gênero** – Configurações do masculino e feminino na contemporaneidade. Campinas: Ed. Livro Pleno, 2005.

FUKUMITSU, K.O. Engolindo, recusando e digerindo a vida: Os transtornos alimentares na óptica gestáltica. In: SCHILLINGS et al. **Transtornos alimentares: uma visão gestáltica**. Campinas: Ed. Livro Pleno, 2007.

GALVÃO, A.L.; POYASTRO, A.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

HEKMAN, S.J. *Hermenêutica e sociologia do conhecimento*. Lisboa: Edições 70, 1990.

HEPWORTH, J. **The social construction of anorexia nervosa**. London: Sage Publications, 1999.

HERSCOVICI, C.R. **A escravidão das dietas: Um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares**. Porto Alegre: Artmed. trad. Francisco Settineri, 1997.

HERSCOVICI, C.R. & BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia: Ameaças à autonomia**. Porto Alegre: ArtMed, 1997.

HIRSCHMANN, J.R. & MUNTER, C. **Adeus às dietas**: como superar a compulsão alimentar num mundo cheio de comida. São Paulo: Saraiva, 1992.

HODES, H.; TIMIMI, S.; ROBINSON, P. Children of mothers with eating disorders: a preliminary study. **European Eating Disorders Review**, v. 5, p. 11-14, 1997.

JAEGER, M.A. **O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares**. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LALIBERTÉ, M.; BOLAND, F.J.; LEICHNER, P. Family climates: family factors specific to disturbed eating and Bulimia Nervosa. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 9, p. 1021-1040, 1999.

LE GRANGE, D. & LOCK, J. **Tratando Bulimia e Adolescentes**. Uma abordagem Baseada no Envolvimento de Toda a Família. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2009.

LE GRANGE, D. & SCHMIDT, U. The treatment of adolescents with bulimia nervosa. **Journal of Mental Health**, 14, p. 587-597, 2005.

LE GRANGE, D.; LOCK, J. & DYMEK, M. Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa. **American Journal of Psychotherapy**, 67, p. 237-251, 2003.

LOCK, J.; LE GRANGE, D.; AUGRAS, W.S.; DARE, C. **Treatment manual for anorexia nervosa**: A family-based approach. New York: Guilford Press, 2001.

LOCK, J. & LE GRANGE, D. **Help your teenager beat an eating disorder**. New York: Guilford Press, 2005.

LÖWY, I. Fleck e a Historiografia recente da pesquisa biomédica. In: V. PORTOCARRERO (org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências**: Abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MA, J.L.C. The diagnostic and therapeutic uses of family conflicts in a Chinese context: the case of anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, v. 27, p. 24-42, 2005.

MARCONDES, D. **Filosofia, linguagem, e comunicação**. São Paulo: Cortez, 1992.

———. **Iniciação à história da filosofia**: Dos pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ed. 12, 1997/2008.

\_\_\_\_\_. **A pragmática na filosofia contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

MARTINS, T. & DINIZ, T.C.V.C. Terapia familiar sistêmica dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MATTOS, J.M. **A visão de saúde e doença da compulsão alimentar na compreensão da Gestalt-terapia**. 32 f. Monografia de Conclusão do Curso de Capacitação e Treinamento em Gestalt-terapia. Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. **Os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na constituição da subjetividade de mulheres portadoras destes distúrbios**. Dissertação de Mestrado em Psicossociologia de comunidades e Ecologia social. UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

McNAMARA, K.; LOVEMAN, C. Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. **Journal of Clinical Psychology**, v. 46, n. 3, p. 518-523, 1990.

MELIN, P.; ARAÚJO, A. & MALHEIROS, L. Transtornos alimentares em homens. In: **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MELLO FILHO, J. & BURD, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MINAYO, M.C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.; BAKER, L. **Psychosomatic families: anorexia nervosa in context**. Massachusetts: Harvard University Press, 1978.

MORGAN, C.M. & AZEVEDO, A.M.C. **Transtornos alimentares e cultura: Notas sobre a oitava conferência em transtornos alimentares**. New York, 1998.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R. & NEGRÃO, A.B. Etiologia: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria** – Volume 24, Suplemento 3, p.18-23, 2002.

NEUMARK-SZTAINER, D.; WALL, M.; STORY, M.; FULKERSON, J. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? **Journal of adolescents health** 35, p.350-359, 2004.

NICOLACI-DA-COSTA, A.M. O campo da pesquisa qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). **Psicologia: Reflexão e crítica**, 20 (1), p.65-73, 2007.

NORSA, D. & SEGANTI, A. A anorexia e sua organização relacional. In: URRIBARI, R. **Anorexia e Bulimia**. São Paulo: Escuta, p. 61-83, 1999.

NOVAES, J.V. **Perdidas no espelho?** Sobre o culto ao corpo na sociedade de consumo. Dissertação de Mestrado, PUC-Rio, 2001.

NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G.; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAQUETTE, M-C.; RAINE, K. Sociocultural context of women's body image. In: **Social Science e Medicine** 59, p.1047-1058, 2004.

PATTON, G.C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J.B.; WOLFE, R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*: 1999.

PIPHER, M. A adoração aos deuses da magreza. In: **O resgate de Ofélia – O drama da adolescente no mundo moderno**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1998.

PUHL, R. e BROWNELL, K.D. Stigma, Discrimination, and Obesity. In: **Eating Disorders and Obesity - Second Edition – A Comprehensive Handbook**. New York, London: The Guilford Press, p. 108-112, 2002.

ROBELL, S. **A Mulher Escondida**: A Anorexia Nervosa em Nossa Cultura. São Paulo: Summus, 1997.

ROBERTO, L.G. Transtornos alimentares como segredos de família. In: IMBER-BLACK, E. e col. **Os segredos na família e na terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SANTOS, J.F. **O que é pós-moderno**. São Paulo: Editora Brasiliense – Coleção Primeiros Passos, 2000.

SCHILLINGS, A.; NUNES, A.L.; GASPAR, F.M.P.; SATO, J.K.; FUKUMITSU, K.O.; TEIXEIRA, M.J.; KARWOWSKI, S. **Transtornos alimentares**: uma visão gestáltica. Campinas: Ed. Livro Pleno, 2007.

SELVINI-PALAZZOLI, M. **Self starvation**: from the intrapsychic to the transpersonal approach to the anorexia nervosa. London: Chaucer, 1974.

———. La família anoréxica. **Perspectivas Sistêmicas**, n. 44, p. 9-10, 1996/1997.

SOUZA, L.V. & SANTOS, M.A. **Anorexia e bulimia**: conversando com as famílias. São Paulo: Vetor, 2007.

SCHOMER, E.Z. O papel da família nos transtornos alimentares. In: BUCARETCHI, H. A. (org). **Anorexia e Bulimia Nervosa: Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

STENZEL, L.M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; COUTINHO, W. e cols. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

STICE, E. Sociocultural Influences on Body Image and Eating Disturbance. In: **Eating Disorders and Obesity - Second Edition – A Comprehensive Handbook**. New York, London: The Guilford Press, p. 103-107, 2002.

STROBER, M.; FREEMAN, R.; LAMPERT, C.; DIAMOND, J.; KAYEN, W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 3, p. 393-401, 2000.

VANDEREYCKEN, M. & KOG, E. **The family approach to eating disorder: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia**. New York: PMA Publishing Corp, 1989.

<http://anamiabailarina.blogspot.com/>, acesso em Novembro de 2009.

<http://www.anamia69.blogspot.com/>, acesso em Novembro de 2009.

<http://anamia69.blogspot.com/search?updated-min=20090101T00%3A00%3A00-08%3A00&updated-max=2010-01-01T00%3A00%3A00-08%3A00&max-results=5>, acesso em Novembro de 2009.

<http://ana-miaforever.blogspot.com/>, acesso em Novembro de 2009.

<http://charlottestonem.blogspot.com/>, acesso em Novembro de 2009.



## 7

### Anexos

#### 7.1

##### Anexo 1

###### **Roteiro Oculto:**

- Início da sua bulimia
- Seus sintomas
- Reconhecimento dos sintomas
- 1ª dieta
- Aonde e como aprendeu a desenvolver os sintomas
- A que atribuir a bulimia
- Percepção corporal
- Tratamento: quando buscou e como foi
- Relações familiares
- Família: como lida com bulimia e com tratamento

## 7.2

### Anexo 2

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Instituição de origem:** Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

**Departamento de Psicologia:** Pós-Graduação: Mestrado

**Orientadora:** Andrea Seixas Magalhães

**Título da pesquisa:** O lugar da família no desenvolvimento e no tratamento da bulimia nervosa.

Esta pesquisa tem como finalidade investigar a percepção que as pacientes com bulimia nervosa têm a respeito de suas relações familiares. Leia com atenção este documento e solicite qualquer informação antes de assinar.

A pesquisa é realizada a partir de entrevistas, que serão gravadas e, posteriormente, transcritas, permanecendo sob a responsabilidade da pesquisadora todo e qualquer dado de identificação. Todas as informações têm caráter confidencial, portanto sua identidade será mantida em sigilo, não a identificando em qualquer publicação dos dados. Todos os dados da família também serão alterados, para que os mesmos não sejam identificados.

Sua participação é voluntária, estando livre para: retirar-se do estudo quando assim desejar; fazer as perguntas que julgar necessárias, com a garantia de que serão fornecidos os esclarecimentos solicitados e recusar-se a responder perguntas ou falar de assuntos que lhe possam causar qualquer tipo de constrangimento.

Assinando este formulário de consentimento, você estará autorizando a utilização das informações prestadas para fins de pesquisa e publicação científica.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado em detalhes sobre o estudo acima referido e compreendi seus objetivos. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, o que indica meu consentimento para participar deste estudo, até que eu decida o contrário.

---

Assinatura do entrevistado

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_