

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA VISÃO DE MENINAS
ADOLESCENTES DE FLORIANÓPOLIS:
uma abordagem fenomenológica**

**FLORIANÓPOLIS
Dezembro 2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ARLENE LEITE NUNES

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA VISÃO DE MENINAS
ADOLESCENTES DE FLORIANÓPOLIS:
uma abordagem fenomenológica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Nutrição.

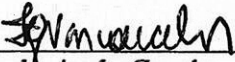
Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

**FLORIANÓPOLIS
Dezembro 2006**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

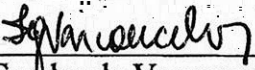
A dissertação intitulada

**Transtornos Alimentares na Visão de Meninas Adolescentes de Florianópolis: uma
abordagem fenomenológica.**



Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
Orientador

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos (Presidente)



Prof.^a Dra. Evanguêlia K. A. dos Santos

Prof.^a Dra. Raquel Kuerten de Salles

DISSERTAÇÃO DEFENDIDA E APROVADA EM 16 DE FEVEREIRO DE 2007

Dedico este trabalho, fruto de muito estudo, persistência e esforço, a Arlete Vieira Leite Nunes, **MINHA MÃE, Arlete Vieira Leite Nunes**, mulher forte e batalhadora que me ensinou a sonhar e a ir em busca dos meus sonhos, incentivando-me sempre e acreditando em mim. Sou grata por tudo o que fez e faz por mim, em especial, por ter sido uma mãe presente, em todos os sentidos. A você meu eterno amor e admiração.

AGRADECIMENTOS

Ao refletir sobre o significado que esta dissertação tem para mim – como mulher, filha, mestrande e profissional – várias pessoas me vêm à mente, pois foram muitos os que contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. Por isso, ainda que corra o risco de cometer alguma injustiça, não posso deixar de citar e agradecer:

À minha mãe – uma pessoa mais do que especial – que além da vida, deu-me a carinho, apoio e incentivo constantes.

As minhas irmãs – por existirem, me apoiarem, me amarem, estarem do meu lado.

À Rosânia – pelo apoio, pela força, por acreditar em mim, me incentivar e ser minha eterna orientadora!

À Equipe do HIJG e da Policlínica – que me acolheram tão bem, permitindo a realização da minha pesquisa.

Às adolescentes entrevistadas – por confiarem em mim, mesmo sem me conhecer, e abrirem seus corações, expondo suas histórias.

Ao Francisco, meu orientador – por me acolher mesmo eu sendo de outra área e utilizando uma abordagem de pesquisa diferente, dando-me liberdade para realizar minha pesquisa da forma por mim escolhida.

Às Professoras Evanguelia, Raquel, Lucia e Rossana – pelas trocas tão enriquecedoras; também pela contribuição das três primeiras na qualificação do projeto desta pesquisa.

À amiga Carolina – por me receber em sua casa durante todo o período das aulas, por sua amizade, carinho e honestidade.

Ao Adriano Coppe e à Silvana Gonçalves Souto – por me enviarem suas dissertações de mestrado, iluminando meu caminho.

Ao Programa de Pós-graduação em Nutrição da UFSC – por me proporcionar cursar este mestrado e realizar esta pesquisa.

Aos meus amigos queridos Thomas, Jerônimo e Alexandre – por “escavarem” as bibliotecas Municipal de New York, da UFPR, e da UNICAMP, respectivamente, em busca de artigos tão fundamentais para minha pesquisa.

Aos meus amigos Poliana e Christopher – por ajudarem na leitura desta dissertação, contribuindo com suas pontuações gramaticais.

À Maria Joana – pela revisão da minha dissertação, pela paciência, carinho e disponibilidade.

Aos Professores Adriano, Evanguelia, Raquel – por aceitarem fazer parte da banca na defesa deste trabalho. Um agradecimento especial ao professor Adriano por ter despertado em mim o desejo de me tornar professora universitária, motivando-me a realizar este mestrado.

APRESENTAÇÃO

“Era uma vez uma menina bem magrinha. A mãe dela dava ‘Sadol’ pra ela ficar com mais apetite. Mas não adiantava, ela achava que o que ela comia era suficiente. Ela cresceu e continuou magra. Quando estava na adolescência e entrou no Ensino Médio, a maioria de suas amigas fazia dieta e contava calorias. Ela, então, começou a fazer também – embora fosse magra e soubesse disso.

O tempo passou e ela ganhou uns quilinhos... Mas estava longe de ser gorda – só que agora ela não sabia disso. Ela acreditava que estava gorda. Olhava no espelho e se via gorda – mas as pessoas não viam, as amigas achavam que era frescura, brincavam com a situação... O que estava acontecendo? Será que as pessoas não estavam enxergando? Será que estavam todos mentindo para ela?

O tempo passou, ela era agora uma adulta, tinha perdido alguns quilinhos, mas a situação continuava... Um dia ela entrou numa loja para ver uma calça com uma amiga: a calça era linda, mas ela olhou e teve certeza que aquele número jamais entraria nela... A vendedora e a amiga insistiram muito, mas ela estava vendo que não entraria de jeito nenhum. Vencida, entrou no provador com a calça na mão apenas para provar que estava certa – e elas erradas. Mas a calça entrou... Ela não conseguia entender como estava dentro daquela calça... Olhava no espelho, mas não acreditava no que estava vendo... Foi então que entendeu algo de si”.

A menina da história não teve um transtorno alimentar... Mas poderia ter tido. Talvez esse tenha sido o motivo pelo qual ela se interessou pelo assunto e passou a pesquisá-lo, tendo como resultado esta dissertação de mestrado.

RESUMO

Os transtornos alimentares constituem um conjunto de doenças que afetam, principalmente, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, provocando marcantes prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Os dois principais tipos de transtornos alimentares, classificados como anorexia nervosa e bulimia nervosa, apresentam características comuns que os assemelham, bem como características próprias que os distinguem. Este estudo teve como objetivo compreender o significado da experiência vivida por adolescentes do sexo feminino com anorexia e bulimia nervosas, com ênfase nos aspectos relacionados à alimentação, a partir de uma perspectiva fenomenológica. Adotou-se como referencial teórico-metodológico uma abordagem qualitativa, centrada nas concepções fenomenológicas propostas por Amedeo Giorgi. Foram entrevistadas sete adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 17 a 20 anos, com diagnóstico de transtornos alimentares, quatro delas com anorexia nervosa e três com bulimia nervosa, atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na Policlínica Regional e em consultório particular, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Para a análise das entrevistas inicialmente foram seguidos os passos propostos por Amedeo Giorgi, de modo a identificar as unidades de significado e atingir a estrutura da experiência vivida de cada uma das entrevistadas. Em seguida foi realizada a sua categorização para atingir a apreensão da estrutura geral da vivência, extraíndo daí a estrutura do vivido. Por último, foi realizada uma síntese geral, composta pela análise de todos os depoimentos, de modo a fornecer sua visão geral. A partir dessa síntese foi feito um diálogo reflexivo, articulando conteúdos empíricos e teóricos que nortearam esta investigação. Os resultados obtidos revelaram o sofrimento que perpassa a existência de todas as adolescentes entrevistadas, seja por engordar, por não se achar magra o suficiente, por comer demais, por não comer, por provocar vômito, por tomar laxantes e diuréticos, por tentar suicídio, por ver os pais sofrendo, por não se sentirem compreendidas nem pelos outros, nem por si próprias. Abordar os transtornos alimentares a partir do olhar da nutrição, aliado ao da psicologia, proporcionou contemplar este fenômeno por um outro prisma – o da relação com a comida – e confirmar o quanto a forma de se relacionar com a comida está ligada a questões emocionais. Este estudo possibilitou também mostrar como é viver com transtorno alimentar na visão de cada uma das adolescentes entrevistadas, procurando também enxergar esses transtornos segundo a ótica e os sentimentos dessas sete adolescentes, cujo ponto comum é o sofrimento. Recomenda-se que mais estudos sejam realizados sobre este tema, especialmente dando espaço para pessoas portadoras dos transtornos alimentares se expressarem. É fundamental também a informação e divulgação sobre esses transtornos, os tratamentos adequados e os profissionais indicados para contribuir nesses casos, numa tentativa de evitar que o sofrimento das pessoas acometidas passe despercebido e se prolongue por um tempo ainda maior ou leve a um desfecho trágico.

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

ABSTRACT

Eating disorders are diseases that affect mainly, female teenagers and young adults, causing significant biological, psychological and social damage. The two main kinds of eating disorders, classified as anorexia and bulimia nervosa, share common characteristics which make them similar, as well as characteristics of their own which make them different. The goal of this research was to understand the meaning of the experience of female teenagers with anorexia and bulimia nervosa, underscoring the aspects related to eating, from a phenomenological perspective. The qualitative research was adopted as a theoretic-methodologic reference, centered in the phenomenological concept proposed by Amedeo Giorgi. Seven female teenagers were interviewed, within the age brackets of 17 to 20, all of them diagnosed with eating disorders, four of them with anorexia nervosa and three with bulimia nervosa. All were being taken care of at Joana de Gusmão Children's Hospital (HIJG), Regional Policlínica and in a private doctor's office, in the city of Florianópolis, Santa Catarina. The steps proposed by Amedeo Giorgi were followed to analyze the interviews first, in order to identify the signification units and assess the structure of the life experience of each of the interviewed teenagers. After that, a categorization was made to reach the perception of the general structure of the experience. From this, the structure of the past experience was extracted. Finally, a general summary was done, composed by the analysis of all interviews, in order to provide a general view of them. From this summary, a reflexive dialog was made, aggregating empirical and theoretical contents that orient this study. The results showed the suffering that permeates the existence of all the interviewed teenagers, whether for gaining weight, for not considering herself thin enough, for eating too much, for not eating at all, for forcing vomiting, taking laxatives and diuretics, trying to commit suicide, seeing the parents suffering, not feeling understood by the others, or for themselves. Approaching the eating disorders from the nutrition standpoint and adding the view of psychology, allowed a study of this phenomenon from another angle – the relation with the food – and confirmed how much the way we relate to food is connected to emotional matters. This study also allowed showing how it is to live with an eating disorder from the view of each of the interviewed teenagers, and at the same time seeking to understand these disorders according to the view and feelings of these seven teenagers, who all have suffering in common. It is recommended that more studies about this subject are carried out, especially giving space to the people affected by eating disorders to express themselves. It is also important to widely broadcast the information about these disorders, the appropriate treatment and professionals to help in these cases. This way, we can try to avoid that the suffering of these people goes unnoticed and lasts longer or leads to a tragic ending.

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

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Sinais e sintomas clínicos para o diagnóstico diferencial de anorexia e bulimia nervosas.

Quadro 2 – Descrição das adolescentes portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com idade, escolaridade, transtornos alimentares, fase do tratamento, idade do início do transtorno alimentar, duração do transtorno. Florianópolis, 2006.

Quadro 3 – Descrição das adolescentes portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com estatura, peso atual, mínimo e máximo, peso perdido, IMC atual, mínimo e máximo. Florianópolis, 2006.

LISTA DE UNIDADES DE SIGNIFICADO

Unidade de Significado 1: Percepções do início dos TA's segundo adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 2: Viver com transtorno alimentar na percepção de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 3: A descoberta do transtorno alimentar de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 4: Práticas inadequadas de controle de peso utilizadas por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 5: Comportamentos alimentares presentes em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas: restrição.

Unidade de Significado 6: Comportamentos alimentares presentes em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas: compulsão.

Unidade de Significado 7: O ciclo vicioso restrição/compulsão em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 8: Comparação de transtorno alimentar com dependência química por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 9: A recuperação, a recaída e a busca de um motivo para o desenvolvimento de um TA de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 10: O medo de engordar de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 11: O desejo de emagrecer de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 12: Autopercepção da imagem corporal de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 13: Tentativas de suicídio e auto-agressão de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 14: A presença da depressão/ansiedade em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 15: Relação da alimentação com o estado de espírito de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 16: A percepção da relação com a comida segundo adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 17: O autojulgamento de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 18: A sensação de saciedade de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 19: A percepção da fome de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 20: O que representa a comida para adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 21: O hábito alimentar de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 22: Alimentos que deixaram de ser consumidos por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 23: Alimentos que passaram a ser consumidos por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 24: O consumo de refrigerantes por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 25: Escolhas alimentares de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 26: A composição das refeições que adolescentes portadoras de TA's entrevistadas fazem.

Unidade de Significado 27: O hábito alimentar da família de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas e suas influências.

Unidade de Significado 28: Alimentação saudável segundo adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 29: Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com nutricionistas que as atenderam.

Unidade de Significado 30: A percepção do julgamento do outro de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

Unidade de Significado 31: Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com os pais.

Unidade de Significado 32: Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com irmãos.

Unidade de Significado 33: Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com o namorado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REFLEXÕES TEÓRICAS	20
3.1 O SABER EXISTENTE QUE CIRCUNDA O FENÔMENO DO ESTUDO	20
3.1.1 Os transtornos alimentares.....	20
3.1.1.1 A anorexia nervosa	22
3.1.1.2 A bulimia nervosa.....	24
3.1.1.3 Diagnóstico diferencial.....	25
3.1.2 A adolescência	28
3.1.3 O comportamento e os hábitos alimentares	31
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	34
3.2.1 A Fenomenologia	34
3.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	36
3.3.1 A pesquisa qualitativa	36
3.3.2 A pesquisa fenomenológica	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 O DELINEAMENTO DO ESTUDO	45
4.2 O LOCAL E OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	45
4.3 A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	46
4.4 CONDUTAS PARA A ESCUTA, TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	47
4.5 AS DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO.....	49
5 TRANSTORNOS ALIMENTARES NA PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES	50
5.1 UM BREVE PERFIL DAS ENTREVISTADAS.....	50
5.2 O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS E SUAS UNIDADES DE SIGNIFICADO .	55
5.2.1 Unidades de significado relacionadas aos transtornos alimentares.....	57
5.2.1.1 Percepções do início dos TA's	57
5.2.1.2 Viver com transtorno alimentar.....	59
5.2.1.3 A descoberta do transtorno alimentar.....	61
5.2.1.4 Práticas inadequadas de controle de peso.....	63

5.2.1.5 Comportamentos alimentares: restrição	66
5.2.1.6 Comportamentos alimentares: compulsão.....	67
5.2.1.7 O ciclo vicioso restrição/compulsão.....	69
5.2.1.8 Comparação de transtorno alimentar com dependência química.....	70
5.2.1.9 A recuperação, a recaída e a busca de um motivo para o desenvolvimento de um Transtorno Alimentar	71
5.2.2 Os sentimentos e as percepções	73
5.2.2.1 O medo de engordar	73
5.2.2.2 O desejo de emagrecer.....	74
5.2.2.3 Autopercepção da imagem corporal.....	75
5.2.2.4 Tentativas de suicídio e auto-agressão	77
5.2.2.5 A presença da depressão/ansiedade.....	78
5.2.2.6 Relação da alimentação com o estado de espírito	79
5.2.2.7 A percepção da relação com a comida	80
5.2.2.8 O autojulgamento	82
5.2.2.9 A sensação de saciedade.....	83
5.2.2.10 A percepção da fome	84
5.2.3 A comida e a alimentação	86
5.2.3.1 O que representa a comida	86
5.2.3.2 O hábito alimentar	87
5.2.3.3 Alimentos que deixaram de ser consumidos	88
5.2.3.4 Alimentos que passaram a ser consumidos	90
5.2.3.5 O consumo de refrigerantes.....	90
5.2.3.6 Escolhas alimentares.....	91
5.2.3.7 A composição das refeições	93
5.2.3.8 O hábito alimentar da família	98
5.2.3.9 Alimentação saudável.....	101
5.2.4 A relação com o outro	102
5.2.4.1 Relação com nutricionistas.....	102
5.2.4.2 A percepção do julgamento do outro.....	104
5.2.4.3 Relação com os pais	105
5.2.4.4 Relação com irmãos.....	107
5.2.4.5 Relação com o namorado	107
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109

7 REFERÊNCIAS 114
APÊNDICES

1 INTRODUÇÃO

Ultimamente tem havido um movimento crescente de valorização do *ter* em detrimento do *ser*, no qual se valorizam as pessoas mais pelo que elas possuem do que pelo que elas representam. Associada a uma transformação na visão de homem e de mundo, segundo a qual a aparência tem uma importância cada vez maior, essa tendência serve de solo fértil para acentuar os transtornos alimentares, extremamente vinculados ao ideal estético supervalorizado nos últimos tempos (ASSUMPCÃO, 2004).

Os transtornos alimentares constituem um conjunto de doenças que afetam, principalmente, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, provocando marcantes prejuízos biológicos, psicológicos e sociais e, conseqüentemente, propiciando o aumento das taxas de morbidade e mortalidade nesta população (CORDÁS, 2004).

Em termos de magnitude e prevalência, os transtornos alimentares podem ser considerados doenças emergentes, características da sociedade pós-moderna. Estima-se que, a cada ano, milhões de pessoas são acometidas por alguma modalidade de transtorno alimentar. Destas, mais de 90% são adolescentes do sexo feminino (CASTRO e GOLDSTEIN, 1995; CINTRA e FISBERG, 2004, CORDÁS, 2004; DIETZ, 1990).

Por apresentarem incidência crescente, esses transtornos demandam prevenção e tratamento por todos os meios possíveis. Trata-se de um dos transtornos mentais que mais matam no mundo – seja por desnutrição, problemas cardíacos e até mesmo suicídio. Na maioria dos casos, a pessoa com o transtorno não se considera doente, recusando, portanto, qualquer tratamento, mesmo com o surgimento de comorbidades.

Nos Estados Unidos da América, de acordo com Fischer *et al.* (1995), os transtornos alimentares constituem a terceira doença crônica não transmissível mais prevalente entre adolescentes, só perdendo para a obesidade e a asma. Dietz (1990) confirma citando que a anorexia e a bulimia nervosas estão entre os problemas nutricionais mais prevalentes em adolescentes. No Brasil não foram encontrados dados epidemiológicos de prevalência desses transtornos, conforme revisão realizada. Nunes *et al.* (2003), por sua vez, afirmam que não há estudos epidemiológicos de prevalência dos transtornos alimentares, não só no Brasil como também não existe em toda América Latina.

Os dois principais tipos de transtornos alimentares, classificados como anorexia nervosa e bulimia nervosa, apresentam características comuns que os assemelham, bem

como características próprias que os distinguem. Porém, o padrão alimentar que cada pessoa acometida por transtorno alimentar irá desenvolver é um fenômeno singular. Assim, por exemplo, o tipo de comida, a frequência de consumo, a quantidade ingerida e outras características alimentares apresentam um comportamento específico e individual. Deve-se, portanto, olhar para cada indivíduo que manifesta esses transtornos como um ser único. É preciso suspender conceitos pré-estabelecidos sobre o que é ou como deveria se apresentar um transtorno alimentar, procurando compreender a pessoa acometida a partir da sua própria vivência (BEUMONT, 2002; DSM-IV-TR, 2002).

O depoimento de uma moça de vinte e três anos, ex-anoréxica, em entrevista concedida a Juste (2004, p.75) mostra-nos a importância de se compreender os transtornos alimentares:

O que as pessoas precisam entender é que anorexia, bulimia e compulsão alimentar são doenças e precisam ser tratadas como tais. Uma menina anoréxica precisa ser levada a sério assim como uma menina com câncer deve ser. Não está sob o poder dela deixar de se sentir gorda, de vomitar, de fazer jejum, assim como não está sob o poder da menina com câncer fazer com que seu tumor desapareça.

Este depoimento é um exemplo de como os transtornos alimentares ainda não são vistos nem compreendidos com a seriedade que merecem, o que dificulta e retarda a busca por ajuda médica, psicológica e nutricional, fundamentais nos casos desses transtornos. A falta de conhecimento e/ou de aceitação desses transtornos como doença prejudica ainda mais o indivíduo acometido podendo, até mesmo, levá-lo a morte.

O conhecimento de alguns desses dados teóricos, o aumento da incidência desses transtornos e sua gravidade, associados a experiências pessoais superficiais, despertou-nos o interesse em aprofundar os estudos neste tema. E o fizemos de uma forma diferente: indo ao encontro de adolescentes com esses transtornos e ouvindo-as, dando voz a elas.

Acreditamos que é importante que se compreendam e se aprofundem os estudos acerca dos transtornos alimentares a partir da experiência vivida pelos sujeitos por eles acometidos. Observamos que, em geral, as pesquisas têm discutido este transtorno a partir de abordagens muitas vezes interpretativas e generalizadoras. Assim, o presente estudo busca dar voz a adolescentes acometidas por transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas), procurando compreender o significado desta experiência vivida a partir da seguinte questão norteadora: “Qual o significado da experiência vivida por

adolescentes do sexo feminino com anorexia e bulimia nervosas, com ênfase nos aspectos relacionados à alimentação?”.

Iniciaremos nosso trabalho apresentando os objetivos que compõem este estudo. Em seguida apresentamos algumas reflexões teóricas divididas em duas partes. A primeira descreve o saber existente que circunda o fenômeno do estudo, explorando os transtornos alimentares, a adolescência e seu comportamento e hábitos alimentares. A outra descreve o referencial teórico-filosófico e metodológico, explorando questões referentes à fenomenologia, pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica.

No capítulo seguinte expomos nosso percurso metodológico, descrevendo o trajeto seguido para a realização deste trabalho, no qual foram entrevistadas sete adolescentes do sexo feminino com anorexia e bulimia nervosas atendidas na cidade de Florianópolis, com idade entre 17 e 20 anos.

A seguir apresentamos o retrato que compõe nosso trabalho de campo. Trata-se da análise das entrevistas das adolescentes, na qual, inicialmente, traçamos um perfil das entrevistadas, listando informações importantes para uma melhor compreensão do fenômeno estudado. Em seguida descreveremos as 33 unidades de significado oriundas da análise das entrevistas – traçando um paralelo com a literatura existente – divididas em quatro grandes grupos temáticos: 1) Unidades de significado relacionadas aos transtornos alimentares; 2) Unidades de significado relacionadas a sentimentos e percepções; 3) Unidades de significado relacionadas à comida e alimentação; e, por último, 4) Unidades de significado relacionadas à entrevistada e aos outros. Finalmente, para as considerações finais, com as quais encerramos esta dissertação, pediremos emprestada a voz das adolescentes entrevistadas e procuraremos configurar a realidade dos transtornos alimentares a partir dos sentimentos dessas adolescentes que tornaram possível nosso trabalho.

A proposta de estudar nutrição aliada à psicologia se deu pelo desejo de compreender não apenas o que acontece no corpo dessa pessoa, mas também o que ocorre no plano emocional; o ser humano é um todo, deve, pois, ser visto e compreendido como tal. O ser humano não é apenas um ser que sente. Ou apenas um ser que se alimenta. Ele é um ser que sente e se alimenta. Portanto, não é possível estudar o transtorno alimentar isolado do indivíduo acometido, nem o indivíduo isolado de seu meio. Pessoas com anorexia ou bulimia nervosas normalmente não têm esses comportamentos apenas em relação à comida, elas relacionam-se dessa forma frente à vida e aos sentimentos. São um todo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o significado da experiência vivida por adolescentes do sexo feminino com anorexia e bulimia nervosas, com ênfase nos aspectos relacionados à alimentação, a partir de perspectiva fenomenológica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Descrever a percepção das adolescentes a respeito de seus transtornos alimentares.

2.2.2 Investigar a relação das adolescentes com o alimento.

2.2.3 Descrever os hábitos alimentares de adolescentes com transtornos alimentares.

3 REFLEXÕES TEÓRICAS

3.1 O SABER EXISTENTE QUE CIRCUNDA O FENÔMENO DO ESTUDO

3.1.1 Os transtornos alimentares

Nos últimos anos, diante da magnitude e gravidade do aumento da prevalência dos transtornos alimentares, têm sido observadas algumas tentativas de se conceituar essas doenças. Na realidade, diante da importância desses transtornos, poucas têm sido as tentativas de conceituá-los (CLAUDINO; BORGES, 2005). Uma das definições existentes foi sugerida por Fairburn, um especialista na área, que assim descreve o transtorno alimentar:

[...] distúrbio persistente do comportamento alimentar ou do comportamento destinado a controlar o peso, que prejudica a saúde física ou o funcionamento social. (FAIRBURN; WALSH, 2002, p.171).

Uma outra definição desses transtornos encontra-se no ADA Reports (2001),

em: <http://www.ada.com> (18/04/2005) (p. 124659) (210.27.250.136) (216538) (57463) (0702997) (3574) (1558)

Ainda que sejam classificados separadamente, esses transtornos se encontram extremamente relacionados, pois apresentam uma psicopatologia comum – uma idéia prevalente que envolve uma preocupação excessiva com peso e a forma corpórea, levando essas pessoas a realizarem dietas extremamente restritivas ou a fazerem uso de métodos inapropriados de modo a atingirem o corpo idealizado, sendo que ambos apresentam comprometimento nutricional e ocorrem freqüentemente na adolescência (CLAUDINO; BORGES, 2005; EISENSTEIN *et al.*, 2000).

Fairburn e Walsh (2002) consideram que tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa se encaixam perfeitamente em sua definição de transtornos alimentares.

Para Andrade Júnior (2001, p.22), a anorexia e bulimia nervosas são “duas versões mórbidas, os dois extremos de um mesmo fenômeno fisiológico, a fome, que por sua vez faz parte de um outro fenômeno bem mais amplo, o comportamento alimentar”.

Esses transtornos são compostos por fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os predisponentes estão divididos em individuais, familiares e socioculturais, que aumentam a chance de desenvolver um transtorno alimentar, embora não o torne inevitável. Entre os precipitantes encontra-se a dieta para emagrecer e os fatores estressores, que marcam o aparecimento dos sintomas desses transtornos. Por último estão os mantenedores, que determinam se o transtorno será ou não perpetuado, entre eles alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos episódios de compulsão-purgação, fatores psicológicos, interpessoais e culturais (MORGAN *et al.*, 2002).

É importante reconhecer que um transtorno alimentar não surge abruptamente ou num momento específico, mas se desenvolve ao longo do tempo, a partir de fatores predisponentes, desde o nascimento; de outros que vão surgindo nos primeiros anos da vida e de outros, ainda, muito mais tarde (LASK, 2000; MORGAN *et al.*, 2002).

Em síntese, a etiologia dos transtornos alimentares é formada por um conjunto de fatores em interação, envolvendo componentes biológicos, psicológicos, familiares, socioculturais, genéticos e de personalidade. Não é possível definir uma causa única para que uma pessoa desenvolva esses transtornos, sendo que, diante dessa gama de fatores, torna-se necessária uma abordagem integrada e multiprofissional, formada pelo menos por um psiquiatra, um clínico geral, um psicólogo e um nutricionista. Para se ter um parâmetro de comparação em termos de custos com hospitalização com esses transtornos, de acordo com dados dos Estados Unidos, uma pessoa com anorexia

nervosa gera custos orçados em US\$ 18.000,00; no caso da bulimia nervosa, US\$ 10.000,00, contra US\$ 11.000,00 para esquizofrenia e US\$ 8.700,00 para depressão (CORDÁS, 2001; LASK, 2000; GORGATI *et al.*, 2002).

3.1.1.1 A anorexia nervosa

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar no qual a pessoa se recusa a manter o peso corporal dentro do mínimo normal adequado para a idade e altura; mesmo apresentando peso abaixo do normal, ela sente muito medo de ganhar peso ou de se tornar gorda. A pessoa vivencia o peso ou a forma do corpo de maneira perturbada, influenciando impropriamente sua auto-avaliação e levando-a a negar o baixo peso corporal atual. E no caso de mulheres pós-menarca, ocorre a amenorréia – ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (DSM-IV-TR, 2002).

Anorexia, em seu sentido vernáculo, significa: “1. Redução ou perda do apetite. 2. Inapetência” (FERREIRA, 1993, p.33). Portanto, na realidade, não é o termo mais adequado para este transtorno, uma vez que não há perda real do apetite, pelo menos no início da doença. Desta forma, o termo alemão *pubertaetsmagersucht* mostra-se mais adequado, pois significa “busca da magreza por adolescentes” (CORDÁS, 2004).

A anorexia nervosa é classificada em dois tipos: restritivo e purgativo. No tipo restritivo, a pessoa não apresenta comportamento de comer compulsivamente ou de purgação regularmente, apresentando apenas comportamentos restritivos, associados à dieta. Já no tipo purgativo, ocorrem regularmente episódios de comer compulsivamente ou de purgação como vômitos auto-induzidos, uso inapropriado de laxantes ou diuréticos (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; DSM-IV-TR, 2002).

Este transtorno ocorre predominantemente em mulheres jovens, sendo que a prevalência varia entre 0,5% e 3,7%, havendo dois picos de incidência, um aos 14 e outro aos 17 anos. Nos Estados Unidos este número se encontra em torno de 0,48%; sendo assim, estima-se que há cerca de um caso de anorexia nervosa a cada 200 adolescentes do sexo feminino entre 15 e 19 anos. Outros estudos indicam que incidência de anorexia nervosa se encontra em torno de oito por 100.000 pessoas por ano, principalmente entre mulheres na faixa etária de 15 e 24 anos de idade (APA GUIDELINE, 2000; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; HOEK, 2006; MANLEY *et al.*, 2000).

Em revisão bibliográfica realizada por Pinzon e Nogueira (2004) sobre taxas de incidência, recuperação e mortalidade relacionadas à anorexia nervosa, foram identificados os seguintes valores: com relação às taxas de incidência, estima-se que, entre mulheres, seja de aproximadamente 8 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano. Normalmente, depois de intervenções terapêuticas, há recuperação completa em torno de 50% dos casos, intermediária em torno de 30%, enquanto que cerca de 20% dos casos apresentam recuperação desfavorável. Recaídas ocorrem em torno de 12% a 27% dos casos, apresentando taxa de cronicidade aproximada de 20%. Na revisão em questão, pesquisas mostraram que as taxas brutas de mortalidade variam de 5% a 20%, e as comparativas são de 6 a 12,82 vezes maiores do que as esperadas para população com características pareadas, em pesquisas de médio e longo prazo, respectivamente. Entre as principais causas da mortalidade encontram-se as complicações da própria anorexia nervosa, com taxas de 50% a 54%, o suicídio, de 24% a 27%, e causas desconhecidas, de 15% a 19%.

A anorexia nervosa normalmente começa na infância ou na adolescência, a partir de uma restrição dietética progressiva, segundo a qual os alimentos considerados engordantes são eliminados. A pessoa passa a apresentar insatisfação com o corpo e sentir-se obesa – embora muitas vezes esteja emagrecida – além de sentir medo de engordar, que é uma característica essencial deste transtorno. Aos poucos, a pessoa passa a viver apenas em função da dieta, comida, peso e forma corporal, sendo o curso da doença caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada, bem como por mudanças no padrão alimentar, que se tornam mais e mais secretas, apresentando muitas vezes características ritualizadas e bizarras (APPOLINÁRIO, 2000; BEUMONT, 2002).

Neste transtorno podem surgir várias complicações médicas, especialmente decorrentes da desnutrição e dos comportamentos purgativos, tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose, alterações hidroeletrólíticas, dentre outras. É comum encontrar quadros psiquiátricos associados a este transtorno, principalmente transtornos do humor, ansiedade e/ou personalidade (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; DSM-IV-TR, 2002).

3.1.1.2 A bulimia nervosa

O termo bulimia foi dado por Russell (1979, *apud* Cordás, 2004) e tem origem na união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), assim, é uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi.

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar no qual ocorrem episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo, chamados de crises ou episódios bulímicos, com ingestão de alimentos muito maior do que a maioria das pessoas consumiria em condições e circunstâncias similares, em pequeno intervalo de tempo, associado à sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar (DSM-IV-TR, 2002).

Esses episódios de compulsão alimentar são o principal sintoma da bulimia nervosa. São normalmente decorrentes de uma dieta para emagrecer, podendo estar inicialmente relacionado à fome, mas depois, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação está instalado, pode acontecer em todas as situações que geram sentimentos negativos, como frustração, tristeza, ansiedade, tédio e/ou solidão. Esses episódios geralmente ocorrem escondidos, acompanhados de sentimentos de vergonha, culpa e desejos de autopunição, sendo que a quantidade de calorias ingerida durante um episódio pode variar muito, embora a média seja em torno 2 mil e 5 mil calorias (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; AZEVEDO *et al.*, 1998).

É interessante observar que, entre um episódio bulímico e outro, a pessoa normalmente restringe o consumo calórico total, selecionando alimentos com baixas calorias e evitando alimentos que perceba como engordantes ou que ativariam um ataque de hiperfagia (DSM-IV-TR, 2002).

Após tais episódios, ocorrem comportamentos compensatórios inadequados, com a intenção de prevenir o ganho de peso, como uso inapropriado de diuréticos, laxantes, enemas ou outros medicamentos, jejuns e exercícios excessivos, vômitos auto-induzidos, que ocorre em 90% dos casos, o que o torna, portanto, o principal. Além disso, a forma e o peso corporal influenciam de maneira indevida a auto-imagem (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; DSM-IV-TR, 2002).

A bulimia nervosa é classificada em dois tipos de acordo com o método compensatório adotado. No tipo purgativo, os métodos são mais invasivos: ocorrem vômitos auto-induzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas regularmente.

No não-purgativo, a pessoa realiza jejuns ou pratica exercícios em excesso, mas não induz vômito e nem faz uso de medicamentos de forma inadequada regularmente (DSM-IV-TR, 2002).

Em revisão bibliográfica realizada por Pinzon e Nogueira (2004) sobre taxas de incidência, recuperação e mortalidade relacionadas à bulimia nervosa, foram identificados os seguintes valores: a taxa de prevalência deste transtorno encontra-se entre 1,1% a 4,2%. A taxa de incidência é de aproximadamente 13 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano. A bulimia nervosa aparentemente apresenta uma evolução mais favorável que a anorexia nervosa, apresentando índices de recuperação total entre 50% e 70% dos casos, enquanto que os de recaída variam de 30% a 50%. As taxas brutas de mortalidade variam de 0,3% a 3%, encontrando-se bem a baixo dos números da anorexia nervosa.

Nos Estados Unidos, o índice de prevalência de bulimia nervosa em adolescentes nas escolas ou faculdades é de 1 a 3%, sendo considerado o maior problema de saúde pública, tendo sua etiologia relacionada a fatores de ordem biopsicossocial (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000; MANLEY *et al.*, 2000; DUNKER e PHILIPPI, 2004).

A bulimia nervosa apresenta várias complicações médicas, decorrentes principalmente da utilização dos métodos compensatórios como erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, entre outras. Como ocorre na anorexia nervosa, é também comum haver quadros psiquiátricos associados à bulimia nervosa, especialmente os transtornos do humor, ansiedade e personalidade. Em algum momento da evolução clínica da doença, várias pessoas (cujo índice varia de 46% e 89%) apresentam transtorno depressivo associado (AZEVEDO *et al.*, 1998; APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000).

3.1.1.3 Diagnóstico diferencial

No senso comum costuma-se associar episódios de compulsão alimentar, vômitos auto-induzidos e uso indevido de laxantes e diuréticos exclusivamente à bulimia nervosa, e, por outro lado, à anorexia nervosa associa-se apenas uma imagem super emagrecida, de uma pessoa que não come. Isso é verdade, mas não é toda a

verdade. Há mais alguns fatores a serem considerados para que se possa fazer um diagnóstico diferencial.

Na bulimia nervosa, na maioria dos casos, em torno de 70%, a pessoa consegue manter o peso dentro do limiar de normalidade; 15%, aproximadamente, ficam um pouco abaixo do peso, e outros 15% podem até estar acima do peso. Não há o desejo incontrolável de emagrecer, a amenorréia não é um marco, como no caso da anorexia nervosa, e a distorção da imagem corporal não é tão intensa (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; CORDÁS *et al.*, 2004; JOHNSON; CONNORS 1987).

Além desses, no quadro 1 estão descritos os principais sinais e sintomas clínicos que auxiliam no diagnóstico diferencial dos transtornos alimentares anorexia e bulimia nervosas.

diferencial de anorexia e

Sinais e Sintomas	
Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
Vômitos auto-induzidos no subtipo purgativo	Vômitos auto-induzidos no subtipo purgativo
Abuso de diuréticos e laxantes no subtipo purgativo	Abuso de diuréticos e laxantes no subtipo purgativo
Grave perda de peso	Menor perda de peso, peso normal ou acima do normal
Grave distorção da imagem corporal	Quando existe distorção da imagem corporal é menos acentuada
Negam fome	Referem fome

C1.57564(N)1. -267.998 -1 0 m [(C)-3.393BT /R7 4m [(C)-3.393BT /R7 4m [(C)93BT /R7 4m [(C)65

contextualizar, conhecer mais profundamente este período tão complexo na vida de todo ser humano: a adolescência.

3.1.2 A adolescência

*“Às vezes me acho perdida no mundo
Outras, me encontro por apenas um segundo.
Ainda não sei direito para que vivo,
Porém sei o que vivi.
Meu futuro ainda não está resolvido
Sei que tenho que me decidir.
Muitas pessoas ainda me vêem como criança,
Mas criança eu sei que não sou.
Também não sou adulto,
Pois a flor ainda não desabrochou.
Do futuro não sei o que esperar;
Da infância tento me esquecer,
Passo a entender o mundo com mais dificuldade,
Acho que isso é amadurecer.
Sei que ainda mantenho
um traço de ingenuidade,
Porém já tenho um vínculo com a maturidade.
Muitos ainda me ignoram;
Outros me entendem.
Muitos me consolam
E acho que também sentem.
Esta é a fase de transformações
e a cada dia somos pegos por nossas emoções
Descobrir o amor, amar...
Achar um sentimento que me faça sonhar.
As primeiras descobertas são feitas nesta fase
E você se lembrará delas em qualquer idade.
Lembrarei dela como a melhor fase da minha vida,
A melhor por mim vivida.
Mariana Xavier Santos (14 anos)”
(SANTOS, 2005)*

A Organização Mundial da Saúde considera que a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos de idade (WHO, 2005), mas este período do ciclo de vida é definido também de outras formas. O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 2º, considera, para efeitos desta Lei, a faixa etária entre 12 e 18 (BRASIL, MS, 1991). Há autores que consideram a faixa etária entre 12 e 23 anos (ABEASTURY, 1981), enquanto outra publicação do Ministério da Saúde do Brasil classifica como *jovem* a faixa etária que vai de 10 a 24 anos (BRASIL, MS, 2005).

No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2005), os adolescentes constituem 20,76% da população, num total de 35.287.882 habitantes entre 10 e 19 anos. Destes, 49,56%, ou seja, 17.491.113 são do sexo feminino, representando 10,29% da população total.

O termo adolescência vem do latim *ad*: a, para a, e *olescere*: forma incoativa de *olere*, que significa crescer, e refere-se à condição ou ao processo de crescimento. Constitui um período de transição entre a infância e a vida adulta, ou sob outro ponto de vista, o período entre a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo. Este período é marcado por mudanças corporais intensas da própria puberdade, e também pelos impulsos do desenvolvimento emocional, mental e social. Nesta fase, independentemente da sua vontade, a criança se vê obrigada a entrar no mundo adulto, especialmente por conta dessas transformações em seu corpo (ABEASTURY, 1981; EISENSTEIN *et al.*, 2000).

O processo de desenvolvimento físico de uma criança em adulto é conhecido como puberdade, e tem o início marcado por fatores fisiológicos, que levarão a maturação do corpo. Durante esta fase acontecem mudanças marcantes na fisiologia e na bioquímica do indivíduo, ocorrendo um acúmulo de gordura considerável, especialmente nas meninas. Nos meninos também se verifica esse ganho de gordura durante a adolescência, que em seguida pára e até se reverte. Entretanto, nas meninas continua a aumentar, atingindo um índice de gordura corporal em torno de 27% aos 16 anos (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995). Neste período, o adolescente ganha em torno de 20% da altura do adulto e 50% do peso, sendo que as meninas ganham mais gordura que os meninos, chegando a cerca de 22 a 26% de gordura corpórea na fase adulta (SPEAR, 2002).

Na adolescência não há apenas maturação física, mas também cognitiva e psicossocial. Os adolescentes “procuram sua identidade, lutam por independência e aceitação e estão preocupados com a aparência” (SPEAR, 2002, p.254). Com todas

estas mudanças, muitas adolescentes começam a se preocupar tanto com o aumento de peso quanto com a forma física, sendo que entre 12 e 16 anos há um aumento da insatisfação com a medida dos quadris e um desejo intenso de emagrecer esta parte do corpo (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995).

É no período da adolescência que normalmente começa a restrição alimentar, como resposta a uma má aceitação a essas mudanças corporais – especialmente o peso. Essa restrição, associada a fatores psicológicos individuais e familiares e ao grande apelo sociocultural do culto à magreza, pode predispor a um transtorno alimentar (DUNKER; PHILIPPI, 2003), do qual a dieta para emagrecer é o fator precipitante mais freqüente. Porém, nas sociedades ocidentais ou ocidentalizadas, nas quais este ideal de magreza predomina, a dieta é considerada um comportamento comum (MORGAN *et al.*,

A adolescência é, sobretudo, uma fase de insatisfação com o corpo, e a forma com a qual o adolescente lida com essa insatisfação pode ser um fator decisivo na determinação de um comportamento alimentar normal ou de um transtorno alimentar (DUNKER e PHILIPPI, 2004). Dessa forma torna-se fundamental aprofundar os estudos referentes a comportamentos e hábitos alimentares.

3.1.3 O comportamento e os hábitos alimentares

A alimentação, “processo pelo qual os seres vivos adquirem do mundo exterior os alimentos que compõem sua dieta” (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004, p.21), tem papel fundamental no desenvolvimento adequado das crianças e dos adolescentes. Conseqüentemente, um padrão alimentar adequado refletirá tanto na saúde física quanto na saúde mental do indivíduo (FLEITLICH *et al.*, 2000).

O conceito de alimento, em seu sentido vernáculo, significa: “1. Toda substância que, ingerida ou absorvida por um ser vivo, o alimenta ou nutre. 2. Sustento, alimentação” (FERREIRA, 1993, p.23). Porém, considerar o alimento apenas em sua dimensão nutricional constitui uma percepção bastante limitada, uma vez que, para o ser humano ele apresenta dimensões muito mais complexas e abrangentes, sobretudo nos campos emocional e social. Portanto, é preciso considerar o alimento algo repleto de simbologias e significados diferentes – tanto para as comunidades e culturas como para as famílias e indivíduos (ALVARENGA, 2004).

A alimentação é a primeira aprendizagem social da criança, e desde o começo da vida está ligada às emoções, simbolismos e influências socioeconômicas e culturais. Ao entrar no mundo, seu comportamento alimentar vai sendo submetido às condições fisiológicas, às sensações de fome ou saciedade, bem como às regras sociais do que e do quanto pode ser comido. Desta forma, crescer e se alimentar envolve a realização de escolhas, a identificação ou não com modelos e valores sociais, a adaptação aos padrões estabelecidos e a convivência com hábitos e horários (EISENSTEIN, 1998; POULAIN; PROENÇA, 2003).

Há autores que consideram a relação com o alimento como uma metáfora para o funcionamento psicológico, no qual as pessoas crescem “abocanhando um pedaço de tamanho apropriado (seja comida, idéias ou relacionamentos), mastigando-o (considerando-o) e descobrindo se é tóxico ou nutritivo” (YONTEF, 1998, p.28). Num

cospe fora, rejeitando o que for tóxico, considerando-se que a fome de alimento mental e emocional se comporta da mesma forma que a fome fisiológica (PERLS, 2002).

Pode-se, então, dizer que o comportamento alimentar vai além do ato de ingerir o alimento simplesmente. A relação que a pessoa estabelece com o alimento fala desta pessoa. O indivíduo se constrói não apenas fisiologicamente, mas também emocionalmente, a partir dessa relação que estabelece com o alimento.

No estudo do tema comportamento alimentar, observa-se que alguns autores fazem uso de conceitos ou abordagens diferentes (SALLES, 2004), tornando-se importante conhecer algumas delas.

Philippi (1999) considera o comportamento alimentar como sendo toda forma de convívio com o alimento, sendo este entendido como processo, constituído por um conjunto de ações realizadas em relação ao alimento. Tem início no momento da decisão, disponibilidade, modo e utensílios utilizados no preparo, características, horários e divisão da alimentação nas refeições do dia, preferências e aversões. O fim se dá com a ingestão do alimento.

Philippi e Alvarenga (2004) pontuam que as atitudes do indivíduo com relação aos alimentos e sua dieta também fazem parte do comportamento alimentar. Consideram que um comportamento saudável inclui não apenas a seleção correta dos alimentos – que não inclui restrições aleatórias e nem o uso de produtos dietéticos sem recomendação –, mas também comer sentado à mesa uma quantidade racional de alimentos preparados em sua forma usual e higienizados, mastigando-os bem, não ingerindo muito líquido, ou realizando outra atividade. Além disso, valorizam o saber se portar em situações sociais nas quais o alimento está presente, e parar de comer quando saciado, independentemente da situação.

Para Garcia (1999) o comportamento alimentar inclui *o que é comido, o quanto, como, quando, onde e com quem* se come; a seleção dos alimentos e como são preparados. Garcia considera também aspectos subjetivos relacionados ao comer e à comida, como: que alimento e preparação são adequados para cada situação e que valores são a eles atribuídos, as escolhas e as combinações alimentares, o que se pensa que se come e o que se gostaria de ter comido.

Podem ainda fazer parte da estrutura do comportamento alimentar os hábitos alimentares de cada região, a experiência alimentar, os costumes adquiridos nas diferentes fases da vida, as informações recebidas sobre alimentação e nutrição, preferências, experiências boas e ruins com a alimentação (fisiológicas ou emocionais),

pressões sociais da família, de amigos ou do meio para consumir ou não determinado alimento. Dessa forma, considera-se que o comportamento alimentar não está ligado apenas à razão, mas também a componentes socioculturais e a aspectos psicológicos (GARCIA, 1999).

Sem dúvida, o comportamento alimentar influencia o estado nutricional de um indivíduo, é de fundamental importância para manter o suprimento calórico das células do organismo, de modo a garantir uma reserva calórica ao longo do tempo, possibilitando a permanência de um peso estável. Mas, além disso, fatores socioeconômicos, ingestão inadequada de alimentos comercializados através da mídia, conflitos psicossociais e familiares que se manifestem durante o período das refeições, falta de horários e tempo para preparo e escolha adequada dos alimentos, abandono e omissão dos pais ou familiares também podem influenciar neste comportamento (EISENSTEIN *et al.*, 2000; NEGRÃO, 2004).

Zaccarelli (2005, p.53) considera o comportamento alimentar um dos principais componentes do estilo de vida, porém também um dos mais complexos, já que vai além da escolha dos alimentos simplesmente, envolvendo tudo o que cerca a alimentação na vida das pessoas como, por exemplo, o local, o número e o horário das refeições, o contexto familiar ou social em que as refeições ocorrem. De acordo com essa autora, o comportamento alimentar não é um comportamento que deva ser abolido, por ser de risco, nem tão pouco uma prática nova na vida de um indivíduo. Porém, “envolve uma nova relação com um hábito imprescindível e cotidiano na vida das pessoas”. Por outro lado, alimentar-se é um comportamento aprendido e, portanto, pode sofrer modificações (NEGRÃO, 2004).

Pode-se observar, dessa forma, que não se pode considerar o fim do comportamento alimentar no momento da ingestão do alimento. A ingestão provoca os mais variados sentimentos, da satisfação ao desespero, entre tantos outros, que no caso dos transtornos leva a pessoa a fazer uso de métodos compensatórios de modo a se livrar do que foi ingerido.

A alimentação deve realmente ser compreendida num contexto mais amplo, pois, como se pôde concluir, vai além da seleção do que é mais saudável, acessível ou barato, envolvendo também outras questões fundamentais como prazer, lembrança, relação com alguma coisa ou pessoa (ALVARENGA, 2004).

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

3.2.1 A Fenomenologia

A fenomenologia nasceu no começo do século XX com a obra *Investigações Lógicas*, de Edmund Husserl (1859-1938). Surgiu como uma forma completamente nova de fazer filosofia ao deixar de lado as especulações metafísicas abstratas e entrar em contato com as próprias coisas, bem como dar ênfase à experiência vivida, tornando-se um dos movimentos filosóficos mais importantes e fascinantes do século XX.

O termo fenomenologia é composto pela junção de duas palavras de origem grega, *phainomenon*, que é o que se mostra a partir de si mesmo, e *logos*, que quer dizer ciência ou estudo. Desta forma, etimologicamente, este termo significa estudo ou ciência do fenômeno, o que implica “apreender os objetos de tal maneira que se deve tratar de tudo que está em discussão, numa de-monstração e procedimentos diretos” (HEIDEGGER, 1989, p.65; MOREIRA, 2002).

Interessa-nos, então, conhecer o fenômeno. Ele é tudo o que aparece, se manifesta ou se revela por si mesmo. É a percepção dos objetos que se encontram no mundo através dos sentidos, tornando-se visível à consciência, sendo a percepção entendida como o modo de apreender que ocorre através dos órgãos dos sentidos. É o que constitui o ser (HEIDEGGER, 1989; MOREIRA, 2002; TURATO, 2005).

A fenomenologia não focaliza exclusivamente o sujeito ou o objeto, mas a relação entre eles. Dessa forma, não há um dualismo entre sujeito-objeto ou consciência-mundo, pois não pode haver consciência desvinculada de um mundo a ser percebido, nem mundo sem que haja consciência para percebê-lo. Para que se conheça a experiência desse sujeito é necessário, antes de qualquer coisa, que se focalize sua experiência vivida e sua significação, descrevendo-a em sua singularidade tal como se apresenta na consciência deste que a expressa através do seu discurso falado, escrito e/ou gestual.

Descrever, em fenomenologia, é diferente do descrever da morfologia botânica, por exemplo. Na fenomenologia, descrever implica “afastar toda determinação que não seja de-monstrativa”, de modo que o caráter da própria descrição “só poderá ser estabelecido a partir da ‘própria coisa’ que deve ser descrita, ou seja, só poderá ser determinado cientificamente segundo o modo em que os fenômenos vêm ao encontro” (HEIDEGGER, 1989, p.65).

Questões sobre relações de causa e efeito e o que se encontra fora do próprio ato da consciência ficam de lado, além de não pressupor nada: nem o senso comum, o mundo natural, as descobertas ou as teorias da ciência. Todo e qualquer juízo é deixado de lado, de modo a explorar simplesmente o fenômeno tal como é dado à consciência, seu modo, como ele o é. “‘Atrás’ dos fenômenos da fenomenologia não há absolutamente nada, o que acontece é que aquilo que deve tornar-se fenômeno pode-se velar” (FRANÇA, 1989; HEIDEGGER, 1989, p.66; MOREIRA, 2002).

Com isso, a fenomenologia possibilita que se estude como as pessoas estão sendo num determinado momento, de modo que o pesquisador abandone temporariamente como acredita que as pessoas sejam neste momento ou que julgue significar a partir das próprias perspectivas, para entrar em contato com a realidade única do vivido daquele sujeito ao qual está se dirigindo. Faz isto por estar realmente interessado no que aquele sujeito significa, a partir da perspectiva do próprio sujeito e não da perspectiva do pesquisador. Dessa forma, a fenomenologia proporciona também um acesso à realidade concreta do mundo, um resgate da dimensão do vivido (HOLANDA, 2003).

Para Heidegger, filósofo alemão, considerado um dos pensadores fundamentais do século XX, a fenomenologia exprime “às coisas em si mesmas, [...] deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”, e refere-se exclusivamente ao “modo como se de-monstra e se trata o que nesta ciência deve ser tratado” (HEIDEGGER, 1989, p.57; 65).

Para finalizar, Merleau-Ponty (1908-1961), filósofo francês considerado um dos estudiosos mais importantes da fenomenologia (SCHNEIDER, 1997) a descreve como estudo das essências, cujos problemas se resumem em definir essências, como da percepção ou da consciência, por exemplo. É também uma filosofia que repõe as essências na existência, compreendendo o homem exclusivamente a partir de sua facticidade. É uma filosofia transcendental que suspende as afirmações da atitude natural, de modo a compreendê-las:

[...] mas é também uma filosofia para a qual o mundo já está sempre “ali”, antes da reflexão, como uma presença inalienável, e cujo esforço todo consiste em reencontrar este contato ingênuo com o mundo, para dar-lhe enfim um estatuto filosófico. É a ambição de uma filosofia que seja uma “ciência exata”, mas é também um relato do espaço, do tempo, do mundo “vivididos”. É a tentativa de uma descrição direta de nossa experiência tal qual ela é, e sem nenhuma deferência à sua gênese psicológica e às explicações causais que o cientista, o historiador ou o sociólogo dela possam fornecer (MERLEAU-PONTY, 1999, p.1-2).

3.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.3.1 A pesquisa qualitativa

Esta modalidade de pesquisa responde a questões muito particulares, trabalhando com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sentimentos e pensamentos, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operação de variáveis (MINAYO, 2002; SCHMERLING *et al.*, 1993).

Tem como objetivos centrais acessar o mundo privado e subjetivo do homem, assim como dar conta de dimensões do vivido humano não mensuráveis pela metodologia quantitativa tradicional, visando à obtenção de um critério empírico, operacional, rigoroso e humano de ciência. Sua tarefa central é a compreensão da realidade humana vivida socialmente, e seu conceito central é a investigação do significado. Trabalha com a vivência, a experiência e a cotidianidade (GOMES, 1989; HOLANDA, 2003; MINAYO, 2002).

A pesquisa com seres humanos tem que dar conta da originalidade deste ser humano: o que é próprio dele não se deixa captar pelos métodos típicos da ciência. Desta forma, a pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda, tendo o foco de sua atenção centralizado no específico, no peculiar, buscando mais compreender que explicar os fenômenos estudados (AMATUZZI, 1994; HOLANDA, 2003; MARTINS, 2004).

A intenção não é estudar o fenômeno em si, mas entender o significado que ele tem na vida da pessoa; nem explicar o que ocorreu com as pessoas, individual ou coletivamente, mas conhecer a fundo as vivências¹ e representações² que essas pessoas têm dessas experiências de vida (TURATO, 2005).

Esta abordagem aprofunda-se nos significados das ações e relações humanas, não perceptíveis e captáveis por equações, médias e estatísticas; apresenta-se como uma oportunidade para as pessoas se revelarem e revelarem o mundo como é percebido por elas. Assim, o fenômeno deve ser entendido a partir das informações fornecidas pelas próprias pessoas (MARTINS, 2004; MINAYO, 2002).

¹ representações sobre o “percebido e lembrado do que se viveu (experimentou, pensou), sobre sentidos desconhecidos do interjogo da vida, ou sobre significações não-ditas dos conhecimentos adquiridos e acumulados historicamente pelas pessoas ou grupos” (TURATO, 2005, p.509-512).

² “elementos da realidade, conforme apreendidos pela senso-percepção e representados na consciência, então construídos em imagens e caracterizados na história pessoal (representações psicológicas) ou coletivas (representação social)” (TURATO, 2005, p.509-512).

A pesquisa qualitativa na área da saúde, especificamente, apresenta várias possibilidades para acessar a vivência do sujeito e os significados a ele atribuídos, tais como a observação participante, a entrevista, o grupo focal, a história de vida, rede de relações, a elaboração de desenhos e a classificação ou ordenação de fotos ou gravuras. De acordo com os objetivos deste estudo e por se tratar de uma pesquisa que utilizou a abordagem fenomenológica, adotou-se a alternativa que se apresentou mais adequada, a entrevista, até por que a fala é o que possibilita acessar o fenômeno interrogado, inserido na experiência de vida do homem (BRUNS; TRINDADE, 2003; VÍCTORA *et al.*, 2000).

A entrevista, instrumento que possibilita ao sujeito um contato com a experiência vivida, pode ser definida como “uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente”, na qual “o pesquisador quer obter as informações que o respondente supostamente tem”. Existem três formas de organizar a entrevista: estruturada, na qual todos os participantes responderão as mesmas perguntas, na mesma ordem; não estruturada ou completamente aberta, na qual não há uma seqüência de questões pré-definidas, mas algumas perguntas-guia; e semi-estruturada, que fica entre os dois extremos das citadas anteriormente, na qual o entrevistador utiliza algumas perguntas pré-determinadas, porém há espaço para a liberdade do entrevistado, assim como para o entrevistador incluir novas perguntas a partir do que surgir das respostas do entrevistado (MOREIRA, 2002).

No momento da entrevista ocorre um envolvimento do entrevistado com o entrevistador, que é necessário, sendo uma condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva, essencial para o êxito nesta modalidade de pesquisa. Isso deixa o pesquisador mais próximo do fenômeno e estabelece uma relação direta entre o pesquisador e a observação, constituindo uma relação dialética entre o observador e a situação, o que não representa, como se pode questionar, uma falha ou um risco comprometedor da objetividade. Ao contrário, é esta inter-relação que ocorre no ato da entrevista que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum (HOLANDA, 2003; MINAYO, 2004).

As limitações desta modalidade de pesquisa encontram-se na exigência de um trabalho detalhado, em profundidade, que implica grande investimento de tempo; além do mais só pode ser desenvolvida por pesquisadores bem treinados, uma vez que não se restringe à aplicação de questionários, mas depende da capacidade do pesquisador em campo (VÍCTORA *et al.*, 2000).

Celeri (1997) aponta que são três os aspectos que caracterizam uma abordagem qualitativa: um de caráter epistemológico, relacionado à visão de mundo implícita na pesquisa, na qual o pesquisador busca uma compreensão subjetiva da experiência humana; outro aspecto está relacionado ao tipo de dado que se quer coletar, no caso dados descritivos, compostos por descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências; e último está relacionado ao método de análise, na busca de compreensão e significados, não evidências. Martins e Bicudo (2003) complementam afirmando que, na abordagem qualitativa, as correlações estatísticas são substituídas pelas descrições individuais, assim como as conexões causais objetivas são substituídas pelas interpretações subjetivas vindas das experiências vividas.

Turato (2005), por sua vez, aponta as seguintes características dos métodos qualitativos: o interesse do pesquisador voltar-se para a busca do *significado* das coisas; o ambiente natural da pessoa ser o campo onde ocorre a observação e, portanto, sem controle das variáveis; o pesquisador ser o próprio instrumento de pesquisa; o método ter maior força no rigor da validade dos dados coletados; e a generalização ser possível a partir dos conceitos construídos ou dos conhecimentos originais produzidos.

Diante disso, pode-se concluir que o estudo qualitativo trata fundamentalmente de significados e processos e não de medidas, bem como os dados produzidos na elaboração da análise são apresentados de forma descritiva e não numericamente (SCHMERLING *et al.*, 1993).

Na pesquisa quantitativa lida-se com fatos; na qualitativa, com fenômenos. Os fatos são obtidos por abstração e podem ser estudados objetiva e rigorosamente enquanto objetos da ciência, sendo controlados após sua definição. Já os fenômenos são vividos, mostram-se por si mesmos, embora isso só seja possível quando eles estão situados. Desta forma, o fenômeno tem que estar contextualizado (COPPE, 2001; HOLANDA, 2003; MARTINS; BICUDO, 2003; MARTINS *et al.*, 1990). Pode-se dizer, então, que a pesquisa qualitativa lida com fenômenos humanos, que não podem ser divididos e separados dos demais fenômenos.

[...] há uma analogia entre observador e observado, uma integração dialética entre eu e outro; o fato humano é um conjunto de significados; é a formalização de uma 'presença' [...] e reafirma a reciprocidade no ato da observação, ou seja, observador e observado não são pólos destacados, mas interatuantes (HOLANDA, 2003, p.46).

Devido à sua característica de focalizar o individual, o específico, o peculiar, a pesquisa qualitativa tem por objetivo compreender a particularidade daquilo que estuda

e não a explicação, introduzindo um rigor metodológico que não o da precisão numérica, ao estudar os fenômenos como amor, raiva, angústia, tristeza, os quais, uma vez que apresentam dimensões pessoais, podem ser pesquisados de forma mais apropriada na abordagem qualitativa (MARTINS; BICUDO, 2003).

é fundamental para clarear os conteúdos vivenciais para a consciência do sujeito vivencial (HOLANDA, 2003; MARTINS; BICUDO, 2003).

Além disso, o relato é tomado em sua intencionalidade própria e constitutiva, e não como indício de outra coisa. Não é tomado pelo que revela, mas pelo que é, ou seja, o pesquisador fica com aquilo que o entrevistado diz, não fica supondo o que ele pode ou não estar querendo dizer ao usar esta ou aquela palavra, nem interpretando a sua fala. O pesquisador busca a experiência intencional, vivida no relato do entrevistado para conseguir chegar ao significado da realidade do mundo para um sujeito que é visto como ator e protagonista de sua própria vivência (AMATUZZI, 2003; HOLANDA, 2003).

Para isto há várias formas de investigação nesta modalidade de pesquisa, não se podendo falar simplesmente de *pesquisa fenomenológica*. Assim como há várias compreensões da própria Fenomenologia (Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty), também existem diferenças em termos de ação metodológica, destacando-se a pesquisa fenomenológica situacional (Martins e Bicudo), a pesquisa fenomenológica existencial-reflexiva (Forghieri), versões de sentido (Amatuzzi), pesquisa orientada para a descoberta (Mahrer) e, por último, uma das formas provavelmente mais conhecidas e adotadas nesta modalidade de pesquisa: a pesquisa empírico-fenomenológica (Giorgi), que será a adotada no presente trabalho (HOLANDA, 2002; 2003).

Há, ainda, outras variações da pesquisa fenomenológica, como a Pesquisa Fenomenológica como Filosofia, a Fenomenologia Eidética, a Fenomenologia Hermenêutica, a Pesquisa Fenomenológica Experimental, a Pesquisa Colaborativa e a Psicologia Fenomenológica Empírica ou Científica. Esta última é utilizada por autores como Giorgi, Rahilly, Van Kaam, Joel Martins, Forghieri e William Gomes, trabalhando a partir de dados empíricos, através da análise de depoimentos, buscando os elementos do significado que permitirão acessar a estrutura do vivido (AMATUZZI, 1996; HOLANDA, 2003).

Na pesquisa fenomenológica, apesar dessas variações, existem características comuns a todas elas, especialmente no que diz respeito à estratégia de coleta de dados e à apresentação de resultados (MOREIRA, 2002). De acordo com Holanda (2003), a elaboração de uma pesquisa fenomenológica compreende a seguinte seqüência de etapas ou procedimentos metodológicos:

- Introdução teórica. É o que a Fenomenologia chama de *ir às coisas mesmas*, ou seja, conhecer o que as várias teorias expõem a respeito do fenômeno, como elas

o descrevem, uma vez que as teorias são uma forma de se ver o fenômeno. Responder a simples pergunta: *o que (ou qual) é o fenômeno?* – que no trabalho em questão teria como resposta: *transtornos alimentares* –, para em seguida perguntar, de forma descritiva: *como é o fenômeno?*

- Encontro com o entrevistado. Nesta etapa há pela primeira vez aproximação do fenômeno enquanto tal, ou seja, enquanto fenômeno vivido, buscando-o na experiência particular de um sujeito que o vivencia. O observador do fenômeno – o entrevistador – de acordo com o que o sujeito vivente descreve, vai responder às seguintes perguntas: *Como se me aparece tal fenômeno? Onde está localizado o fenômeno?*
- Visão do todo da entrevista. Realiza-se a análise do fluxo discursivo, com o objetivo de compreender o fenômeno de modo a atingir uma apreensão da totalidade do fenômeno, tendo em vista que compreender é diferente de explicar. Para tanto, é fundamental realizar a redução fenomenológica, ou seja, deixar de lado, suspender todo conhecimento que se tem do fenômeno *a priori*, de modo a atingir a subjetividade do sujeito vivencial e seus significados, e não tentar simplesmente enquadrá-lo em uma teoria de como é ou deveria ser.
- Elementos significativos da experiência vivida. Nesta etapa alcança-se a intencionalidade e acessa-se a subjetividade do sujeito vivencial, ou seja, a visão que a pessoa tem do fenômeno. É a descoberta da consciência do sujeito a partir de seus atos intencionais. Esse é o momento de se elaborar junto ao sujeito-vivencial a questão proposta e suas respostas, de estabelecer a intersubjetividade como constituinte do movimento da pesquisa fenomenológica, pois a essência do significado vivencial só se dá no estabelecimento de uma relação intersubjetiva.
- Pontos para uma síntese. Esta etapa ocorre após a entrevista, buscando-se, na estrutura geral do depoimento, seus elementos mais significativos. A partir de uma elaboração entre a linguagem do discurso e a formulação do pesquisador vai se alcançar o vivido do sujeito, clareado pela relação.
- Discussão. Esta etapa constitui uma aproximação entre teoria e prática, uma ligação entre os elementos teóricos e a pesquisa empírica, cuja síntese implica atingir os aspectos essenciais da experiência.

Uma pesquisa fenomenológica deve apresentar todos esses procedimentos. Ou seja, deve partir do fenômeno, sob a ótica específica de um sujeito e sob uma forma específica de contato, a vivência do próprio fenômeno. Também deve buscar as essências naquilo que elas têm de fundamental: a realidade de serem essências para uma consciência vivencial. Considera-se que a essência do fenômeno é constituída de elementos passíveis de serem tornados comuns à experiência humana, uma vez que esta modalidade de pesquisa busca acessar a essência do fenômeno estudado com o intuito de poder ser posteriormente generalizado, já que se refere à experiência humana (HOLANDA, 2003).

Para se chegar à essência é preciso fazer uso da redução fenomenológica, que é uma forma de se acessar ao fenômeno tal qual ele é, não abstraindo o mundo e o sujeito, mas mudando de atitude: da natural para a fenomenológica, o que permite visualizá-los como fenômeno, ou como constituintes de uma totalidade, na qual ambos revelam-se como significações. Esta redução constitui-se de dois momentos inter-relacionados: o envolvimento existencial, no qual o pesquisador precisa sair de uma atitude intelectualizada, deixando de lado todos os seus conhecimentos a respeito do assunto em questão, para buscar uma compreensão global, intuitiva, pré-reflexiva da vivência. E o distanciamento reflexivo, no qual, após ter entrado em contato com a vivência, o pesquisador se afasta dela, de modo a refletir a sua compreensão, buscando explicitar o seu sentido ou significado. (FORGHIERI, 2004).

Na pesquisa fenomenológica, os resultados são descritos a partir da orientação dos participantes, fazendo uso das palavras reais dos próprios participantes para ajudar na descrição. Assim, não se pode perder de vista que o que se espera de uma pesquisa como esta é a descoberta do novo, do fato desconhecido e até mesmo de uma possibilidade não pensada. Para que possa chegar aos resultados, é necessário antes realizar a análise dos depoimentos da experiência vivida (GOMES, 1989; MOREIRA, 2002).

Alguns autores como Van Kaam, Forghieri e Amedeo Giorgi apresentam propostas metodológicas para a realização dessa etapa, e pode-se dizer que há entre elas uma estrutura subjacente, assim sintetizada: sintonização com o todo vivido, encontro dos elementos experienciais e síntese ou articulação final. Amedeo Giorgi, um dos fenomenólogos mais conceituados, foi um dos primeiros a sistematizar passos para o procedimento analítico nesta modalidade de pesquisa, sendo um dos mais conhecidos e utilizados, tendo sido desta forma, escolhido para a análise deste trabalho. Seu objetivo

é obter unidades de significado contidas nas descrições, que revelam a estrutura do fenômeno (AMATUZZI, 1996; MOREIRA, 2002).

Para que seja possível chegar às unidades de significado, após transcrever a entrevista, seguem-se os seguintes passos:

1 – Sentido do todo ou visão global: realiza-se uma leitura de toda a descrição (entrevista transcrita), de modo a obter seu sentido global e geral, sem tentar buscar interpretar ou identificar algum elemento. A leitura é realizada apenas com a intenção de captar o que está sendo descrito como um todo, diante do objeto de pesquisa e para o pesquisador, enquanto sujeito de ação no contexto da própria pesquisa;

2 – Divisão do relato em unidades de significado: depois de captado o sentido do todo, o texto é lido novamente, quantas vezes forem necessárias, com o objetivo específico de discriminar unidades de significado, numa perspectiva psicológica, captando os momentos de mudança psicológica sensível de cada situação. As unidades de significado “não existem *per se*, mas em relação à perspectiva adotada por quem as analisa”; elas são constitutivas do texto, não são apenas elementos isolados. Para a elaboração dessas unidades de significado é realizada uma divisão do texto, equivalente a uma divisão em parágrafos.

3 – Transformação em linguagem psicológica: é a expressão mais direta e explícita possível das percepções contidas na expressão do sujeito. Após delinear as unidades de significado, o pesquisador as percorre novamente e expressa os significados psicológicos contidos nelas. Esta etapa é uma “interrogação ampla do texto para verificar o que exatamente o narrador quis expressar com seus termos”.

4 – Síntese das unidades de significado: o pesquisador sintetiza todas as unidades de significado transformando-as num consistente relato da experiência do sujeito, o que é comumente chamado de estrutura da experiência, sendo que categorizar as sínteses específicas pode facilitar a transição do passo 3 para o passo 4 (AMATUZZI, 1996; COPPE, 2001; FRANÇA; 1989; HOLANDA, 2002; 2003; MARTINS; BICUDO, 2003; MOREIRA, 2002).

Após a realização desses passos propostos por Amedeo Giorgi, que revelam a estrutura do fenômeno, obtidas através das unidades de significado de cada entrevista; objetivando dar seqüência à análise dos dados, são observados os seguintes trajetos metodológicos descritos por Coppe (2001), para que se atinja a estrutura da experiência humana, uma vez que nesta etapa encontram-se envolvidas a análise dos depoimentos de todos os participantes da pesquisa.

1 – A análise do depoimento dos participantes, no qual se encontraram os dados de identificação de cada um deles, uma tabela contendo descritas as unidades de significado, bem como a compreensão psicológica de cada uma delas. Nesta tabela será possível observar a síntese específica de cada participante. Este procedimento é realizado com os depoimentos de todos os participantes.

2 – A categorização das sínteses específicas: após realizada a leitura das sínteses específicas, na qual a estrutura específica da vivência é configurada, é realizada a sua categorização para que se possa atingir a apreensão da estrutura geral da vivência, extraíndo daí a estrutura do vivido. As categorias extraídas das sínteses específicas serão consideradas uma invariante, no sentido de que será um elemento comum, presente em todos ou quase todos os depoimentos.

3 – A síntese geral: é composta pela análise de todos os depoimentos, de modo a fornecer uma visão geral dos mesmos, pois, segundo AmatuZZi (1996), a síntese primeiro é específica, e depois geral, extraíndo a estrutura do vivido.

Há, desta forma, dois níveis de resultado nesta metodologia: um, que dá conta do que foi dito por cada sujeito e outro que dá conta da estrutura da experiência humana em questão (AMATUZZI, 2003).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 O DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo caracterizou-se como uma investigação de natureza qualitativa, centrada numa abordagem fenomenológica acerca da experiência vivida por adolescentes do sexo feminino com transtornos alimentares.

4.2 O LOCAL E OS SUJEITOS DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, envolvendo adolescentes do sexo feminino diagnosticadas com transtornos alimentares (de acordo com o DSM-IV-TR), na faixa etária de 17 a 20 anos, atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na Policlínica Regional ou em consultório particular.

Os locais escolhidos, além de proporcionarem um riquíssimo espaço para o desenvolvimento de investigações científicas, foram as únicas instituições identificadas que realizam atendimento especializado a estes transtornos no município de Florianópolis, SC. Ressaltamos que tanto o HIJG quanto a Policlínica Regional

compreensão fenomenológica (MUCCHIELLI, 1991, *apud* COPPE, 2001). Desta forma, selecionamos e entrevistamos sete adolescentes que apresentavam os critérios de inclusão estabelecidos, sendo quatro adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa e três com bulimia nervosa.

Em relação ao número de sujeitos entrevistados, ressaltamos que a amostragem na pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir a sua representatividade e, sim, em quais indivíduos têm a vinculação mais significativa com o problema a ser investigado. Portanto, devemos entrevistar os sujeitos que possibilitem abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2002).

Destacamos, ainda, que por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, é importante que se valorize a heterogeneidade, de modo que o contraste e a singularidade sejam ressaltados. Desta forma, o ideal é que o número de participantes seja reduzido e composto por extremos, o que possibilita ampliar suas diferenças e singularidades e verificar, além da estrutura específica das vivências, a estrutura geral que elas apresentam (COPPE, 2001; GOMES, 1989).

Enfim, registramos que foi muito gratificante o fato de todas as adolescentes convidadas terem concordado em participar do estudo e consentirem a gravação de suas entrevistas. Com isso, permitiram-nos entrar no seu “mundo” existencial, abrindo suas vidas e seus corações, expondo-nos a vivência de seus transtornos.

4.3 A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Antes de iniciarmos o estudo propriamente dito, realizamos entrevistas com duas adolescentes que preenchiam os critérios de inclusão deste estudo. A realização destas entrevistas iniciais teve por objetivos, além de propiciar uma primeira aproximação do investigador com os sujeitos e o objeto da investigação, verificar possíveis dúvidas e interpretações das adolescentes em relação às questões durante a entrevista, estimar o tempo necessário para cada uma delas, bem como verificar a adequação da seqüência das perguntas para, caso fosse necessário, realizar ajustes e adaptações no roteiro. As adolescentes que participaram desta etapa foram excluídas do estudo.

Para a realização das entrevistas, fizemos, inicialmente, um levantamento das adolescentes que estavam sendo atendidas nos locais escolhidos durante o período da pesquisa; em seguida, elas foram contatadas por telefone, com o objetivo de marcar um horário para a realização das entrevistas.

Neste contato telefônico apresentamo-nos como aluna do Programa de Pós-Graduação em Nutrição (mestrado), do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizando uma pesquisa sobre transtornos alimentares em adolescentes; paralelamente apresentamos os objetivos da pesquisa.

No dia e horário combinado, realizamos as entrevistas individuais de acordo com o roteiro pré-definido (Apêndice 1), composto de uma parte mais objetiva, com dados que caracterizam as entrevistadas, e de outra com perguntas que variaram de acordo com o decorrer da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, no local onde as adolescentes recebiam atendimento (exceto as que eram atendidas em consultório particular, que foram entrevistadas no HIJG), em ambiente reservado. As entrevistas duraram em média 37 minutos, variando entre 23 e 58 minutos, não sendo necessário realizar mais de uma entrevista com nenhuma das adolescentes.

Perguntas que não se encontravam no roteiro foram introduzidas ao longo das entrevistas, pois possibilitaram explorar a especificidade dos diferentes casos e caracterizar as variações existentes, tendo em vista que o objetivo desta estratégia metodológica é a captação do modo que cada entrevistado vivencia o fenômeno em questão (BRUNS; TRINDADE, 2003; GOMES, 1998).

Após a realização de sete entrevistas observamos que as categorias reincidiam, nos levando a considerar que o material coletado até então era suficiente e que nosso objetivo tinha sido alcançado.

4.4 CONDUZIDAS PARA A ESCUTA, TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

Após a transcrição, para dar início à análise das entrevistas, seguimos os passos apresentados na proposta de Amedeo Giorgi (AMATUZZI, 1996; COPPE, 2001; FRANÇA; 1989; HOLANDA, 2002; 2003; MARTINS; BICUDO, 2003; MOREIRA, 2002), de modo que, inicialmente realizamos uma leitura da entrevista transcrita, com a intenção de captar o sentido do todo, diante do objeto de pesquisa.

Vencida essa etapa, lemos o texto novamente, com o objetivo específico de discriminar unidades de significado, numa perspectiva psicológica, captando os

momentos de mudança psicológica sensível de cada situação. Para a elaboração dessas unidades de significado, realizamos uma divisão do texto, equivalente a uma divisão em parágrafos.

O próximo passo foi a transformação dessas unidades em linguagem psicológica, de modo a chegarmos à expressão mais direta e explícita possível das percepções contidas na expressão do sujeito. Assim, após delinear as unidades de significado, elas foram novamente percorridas, possibilitando-nos expressar os significados psicológicos contidos nelas.

Por último, realizamos a síntese de todas as unidades de significado transformando-as num consistente relato da experiência do sujeito, chegando desta forma à estrutura da experiência (AMATUZZI, 1996; COPPE, 2001; FRANÇA; 1989; HOLANDA, 2002; 2003; MARTINS; BICUDO, 2003; MOREIRA, 2002).

Realizamos todos esses passos com cada uma das sete entrevistas, de modo que só começávamos a análise de uma nova entrevista após o término da anterior.

Encerrada essa etapa, objetivando dar seqüência à análise dos dados, realizamos os seguintes trajetos metodológicos descritos por Coppe (2001):

Inicialmente fizemos uma tabela (não anexada ao trabalho como forma de preservar o sigilo do conteúdo e o anonimato das adolescentes) contendo os dados de identificação de cada participante, a descrição das unidades de significado, bem como a compreensão psicológica de cada uma delas, possibilitando-nos observar a síntese específica de cada participante. Este procedimento foi realizado com os depoimentos de todas as adolescentes.

Efetuada a leitura das sínteses específicas – nas quais a estrutura específica da vivência de cada adolescente foi configurada –, realizamos a sua categorização para que se pudessemos atingir a apreensão da estrutura geral da vivência, extraindo daí a estrutura do vivido.

Por último, realizamos a síntese geral, composta pela análise de todos os depoimentos, de modo a obter uma visão geral desse material. A partir dessa síntese fizemos um diálogo reflexivo, articulando conteúdos empíricos e teóricos que nortearam nossa investigação, sendo que nos apêndices de 2 a 31 encontram-se listados trechos das entrevistas que contextualizam as falas das adolescentes.

4.5 AS DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO

No contato com as adolescentes destacamos a cada uma delas a importância da participação no estudo e informamos – reiterando o pedido de consentimento – que as entrevistas seriam gravadas em mp3³ e em audiotape⁴. O sigilo e o anonimato em relação ao conteúdo foram garantidos, de modo a preservar a identidade das entrevistadas que escolheram um codinome⁵ para ser usado ao longo da entrevista. Após ser aceita a participação, marcamos com cada adolescente um horário para a realização da entrevista.

Com o intuito de preservar o sigilo do conteúdo e o anonimato das adolescentes, as transcrições, bem como as tabelas com a análise das entrevistas, não foram anexadas ao trabalho na íntegra, pois continham algumas informações que não haviam sido contadas a ninguém antes, apenas à pesquisadora. Assim, com as informações apresentadas de forma fragmentadas, tornar-se-ia mais difícil a identificação dessas adolescentes.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e ao Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação em ambas as instituições (Apêndice 32).

Entregamos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes da pesquisa, visando à obtenção do consentimento da participação da adolescente na pesquisa, que foi assinado também por um responsável (Apêndice 33).

³ Gravador digital

⁴ Fita cassete

⁵ Os codinomes escolhidos pelas adolescentes e adotados ao longo do trabalho foram: Daniela, Gabriela, Helena, Carolina, Julia, Camila e Paula.

5 TRANSTORNOS ALIMENTARES NA PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES

5.1 UM BREVE PERFIL DAS ENTREVISTADAS

O objetivo desta seção é apresentar um breve perfil das sete adolescentes entrevistadas, procurando listar algumas informações consideradas importantes para uma melhor compreensão do fenômeno estudado. Todas as adolescentes entrevistadas são da cidade de Florianópolis.

No quadro 2 apresentamos uma descrição das adolescentes entrevistadas de acordo com o codinome usado nesta pesquisa, a idade atual, a escolaridade, o tipo de transtorno alimentar, a fase do tratamento na qual se encontram, a idade na qual iniciou o transtorno e, por último, a duração do transtorno.

Em relação à idade atual, a faixa etária das adolescentes entrevistadas variou entre 17 e 20 anos. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) considera a adolescência o período entre os 10 e 19 anos; porém, alguns autores consideram que existem muitas variações individuais, influenciadas tanto por fatores genéticos quanto socioculturais, que tornam os limites etários dos estágios da adolescência aproximados. Assim, para esses autores, a crescente complexidade do fenômeno adolescente ultrapassa os limites da segunda década, pois o desenvolvimento tecnológico da sociedade ocidental tem levado a um prolongamento deste processo transicional. Consideram, portanto, que a fase final ou tardia possa ir até os 20 anos de idade (CHIPKEVITCH, 1995; VIEIRA, 2002).

Quanto ao tipo de transtorno alimentar e à fase de tratamento, das adolescentes entrevistadas, quatro tinham diagnóstico de anorexia nervosa (Gabriela, Carolina, Camila e Paula) e três de bulimia nervosa (Daniela, Helena e Julia). Uma delas está em tratamento, mas não admite que tem TA, encontrando-se em estado grave (Gabriela); três estão em tratamento e admitem que têm TA (Daniela, Helena e Julia); duas estão em tratamento em fase de recuperação (Carolina e Paula) e uma não está em tratamento, admite que tem TA e que precisa de tratamento (Camila).

Com relação ao local de atendimento, uma (Gabriela) era procedente do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG); quatro (Daniela, Carolina, Júlia e Camila), da Policlínica Regional e duas (Helena e Paula) de consultório particular. Embora as adolescentes entrevistadas se encontrassem na faixa etária entre 17 e 20 anos, o

transtorno manifestou-se entre 11 e 18 anos, sendo que o tempo de transtorno estava entre 1 e 9 anos. Com relação à escolaridade, todas se encontram entre o ensino médio e o ensino superior incompleto.

Quadro 2 – Descrição das adolescentes portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com idade, escolaridade, transtornos alimentares, fase do tratamento, idade do início do transtorno alimentar, duração do transtorno. Florianópolis, 2006.

Codínome	Idade atual (anos)	Escolaridade	Tipo de transtorno	Fase de tratamento	Idade início TA (anos)	Duração do TA (anos)
Daniela	17	EM completo	BN	2	14	3
Gabriela	17	2 ^o ano EM	AN	1	13	4
Helena	17	3 ^o ano EM	BN	2	16	1
Carolina*	19	SI	AN	3	18	1
Julia	20	EM completo	BN	2	16	4
Camila**	20	SI	AN	4	11	9
Paula	20	SI	AN	3	16	4

Legendas:

EM – ensino médio

SI – superior incompleto

AN – anorexia nervosa

BN – bulimia nervosa

TA – transtorno alimentar

1 – Em tratamento – não admite que tem TA – estado grave

2 – Em tratamento – admite que tem TA

3 – Em tratamento – recuperação

4 – Não está em tratamento – admite que tem TA

* iniciou tratamento na Policlínica, mas por incompatibilidade de horários está sendo atendida em consultório particular.

** iniciou tratamento na Policlínica, mas por incompatibilidade de horários está sem acompanhamento.

No quadro 3 apresentamos dados relacionados a características antropométricas das entrevistadas, referentes à estatura, peso e índice de massa corporal (IMC).

Um dos critérios mais comumente utilizados nos transtornos alimentares para determinar se uma pessoa está abaixo do peso mínimo esperado é o IMC, calculado como peso em kilogramas dividido pela altura em metros² (DSM-IV-TR, 2002).

Embora este critério apresente limitações, ele consiste no modo mais prático e de menor custo para análise de indivíduos e populações, sendo, desta forma, amplamente utilizado (CONDE; MONTEIRO, 2006).

De acordo com os critérios classificatórios da WHO (2006), um IMC inferior a $18,50 \text{ kg/m}^2$ já é considerado abaixo do peso, sendo que índices entre $17,00$ e $18,49 \text{ kg/m}^2$ são considerados magreza leve, entre $16,00$ e $16,99 \text{ kg/m}^2$ são considerados magreza moderada, e magreza grave os índices abaixo de $16,00 \text{ kg/m}^2$. Os índices entre $18,50$ e $24,99 \text{ kg/m}^2$ são considerados peso normal; os acima de 25 kg/m^2 , sobrepeso. Para critérios diagnósticos dos transtornos alimentares, considera-se o índice de massa corporal inferior a $17,50 \text{ kg/m}^2$ (DSM-IV-TR, 2002).

Conforme dados do quadro 3, pode-se perceber que, das adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa (Carolina, Paula, Camila e Gabriela), duas (Gabriela e Carolina) continuam com IMC abaixo de $18,5 \text{ kg/m}^2$, uma (Paula), que está em processo de recuperação, apresenta IMC normal, e uma (Camila) não apresenta valores para IMC por não ter informado o peso atual. Apenas uma delas (Gabriela) permanece com o IMC abaixo de $17,50 \text{ kg/m}^2$, justamente a adolescente que ainda não admite ter um transtorno alimentar, encontrando-se em estado considerado grave.

Ao se observar o peso mínimo atingido, verificamos que todas as quatro adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa (Carolina, Paula, Camila e Gabriela) encontram-se com IMC abaixo do considerado normal ($18,50$ e $24,99 \text{ kg/m}^2$). Além disso, três delas (Carolina, Paula e Gabriela) apresentam IMC abaixo $16,00 \text{ kg/m}^2$, encontrando-se, desta forma, em estado de magreza grave (WHO, 2006).

Interessante também observar que, quando se trata do peso máximo atingido, nenhuma das quatro (Carolina, Paula, Camila e Gabriela) ultrapassou o IMC considerado normal, sendo que o índice mais alto foi o de $23,01 \text{ kg/m}^2$, bastante longe do limite máximo da faixa de peso normal ($24,99 \text{ kg/m}^2$). Além disso, uma das adolescentes (Gabriela), mesmo quando atingiu seu peso máximo, ainda encontrava-se abaixo do considerado normal, e dentro da faixa dos transtornos alimentares. O IMC máximo atingido foi $17,35 \text{ kg/m}^2$.

Ao se observar a perda de peso dessas adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa, constatamos uma redução de $20,83$ (Carolina) a $44,74\%$ (Gabriela) do peso, sendo que a quantidade de peso mínima perdida foi de 10 kg (Carolina) e a máxima foi 19 kg (Paula).

Com relação às adolescentes com diagnóstico de bulimia nervosa (Daniela, Helena e Julia), observamos que todas se encontram atualmente com IMC normal, e apenas uma delas (Daniela) apresentou este índice abaixo do normal, ao se considerar o peso mínimo. Vale ressaltar que a adolescente em questão teve inicialmente diagnóstico de anorexia nervosa, que mais tarde passou para bulimia nervosa, confirmando desta forma os dados encontrados na literatura que mostram que cerca de 70% das pessoas com bulimia nervosa mantêm o peso dentro do considerado normal (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; CORDÁS *et al.*, 2004).

Com relação ao peso máximo atingido, apenas uma das adolescentes (Julia) chegou a um índice considerado sobrepeso (acima de 25 kg/m²), enquanto que as demais (Daniela, Helena) apresentaram, assim como as adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa, IMC considerado normal, também bastante longe do limite máximo da faixa de peso normal, sendo que o índice máximo atingido foi 21,63 kg/m², inferior, inclusive ao encontrado no índice máximo de anorexia.

No que concerne à perda de peso dessas adolescentes com diagnóstico de bulimia nervosa, constatamos uma redução de 9,26 (Helena) a 25,76% (Julia) do peso, sendo que a quantidade mínima de peso perdido foi de 5 kg (Helena) e a máxima foi de 17 kg (Julia), confirmando o quanto na anorexia nervosa há, de fato, uma perda de peso significativamente superior que na bulimia nervosa (CORDÁS *et al.*, 2004).

Quadro 3 – Descrição das adolescentes portadoras de TA's entrevistadas, de acordo com estatura, peso atual, mínimo e máximo, peso perdido, IMC atual, mínimo e máximo. Florianópolis, 2006.

Codi-nome	Estatura* (m)	Peso* atual (kg)	Peso* mín. (kg)	Peso* máx. (kg)	Peso* perdido (kg)	Peso* perdido (%)	IMC** atual (kg/m ²)	IMC** mín. (kg/m ²)	IMC** máx. (kg/m ²)
Daniela	1,62	52	46	54	8	14,81	19,81	17,53	20,58
Gabriela	1,48	38,3	21	38	17	44,74	17,48	9,59	17,35
Helena	1,58	54	49	54	5	9,26	21,63	19,62	21,63
Carolina	1,59	45	38	48	10	20,83	17,80	15,03	18,99
Julia	1,52	52,5	49	66	17	25,76	22,72	21,20	28,57
Camila	1,51	Não sabe	37	50	13	26,00	--	16,22	21,93
Paula	1,56	48	37	56	19	33,93	19,72	15,20	23,01

mín – mínimo

máx – máximo

* Os dados de peso e estatura foram referidos pelas adolescentes.

** O IMC foi calculado com base nos dados antropométricos referidos.

5.2 O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS E SUAS UNIDADES DE SIGNIFICADO

A análise das entrevistas das adolescentes trouxe à tona 33 unidades de significado, a saber:

- Percepções do início dos TA's segundo adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Viver com transtorno alimentar na percepção de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- A descoberta do transtorno alimentar de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Práticas inadequadas de controle de peso utilizadas por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Comportamentos alimentares presentes em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas: restrição.
- Comportamentos alimentares presentes em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas: compulsão.
- O ciclo vicioso restrição/compulsão em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Comparação de transtorno alimentar com dependência química por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- A recuperação, a recaída e a busca de um motivo para o desenvolvimento de um TA de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- O medo de engordar de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- O desejo de emagrecer de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Autopercepção da imagem corporal de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Tentativas de suicídio e auto-agressão de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- A presença da depressão/ansiedade em adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Relação da alimentação com o estado de espírito de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.

- A percepção da relação com a comida segundo adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- O autojulgamento de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- A sensação de saciedade de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- A percepção da fome de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- O que representa a comida para adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- O hábito alimentar de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Alimentos que deixaram de ser consumidos por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Alimentos que passaram a ser consumidos por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- O consumo de refrigerantes por adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Escolhas alimentares de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- A composição das refeições que adolescentes portadoras de TA's entrevistadas fazem.
- O hábito alimentar da família de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas e suas influências.
- Alimentação saudável segundo adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com nutricionistas que as atenderam.
- A percepção do julgamento do outro de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas.
- Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com os pais.
- Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com irmãos.
- Relação de adolescentes portadoras de TA's entrevistadas com o namorado.

Como estratégia didático-pedagógica para facilitar a leitura desta dissertação, optamos por apresentar tais unidades de significado em apêndice. Sendo assim, nos apêndices 2 a 31 encontram-se as sínteses das transcrições das entrevistas, onde tais unidades de significado podem ser identificadas.

O conjunto das unidades de significado foi reunido em quatro grandes grupos temáticos: 1) Unidades de significado relacionadas aos transtornos alimentares; 2) Unidades de significado relacionadas a sentimentos e percepções; 3) Unidades de

significado relacionadas à comida e alimentação; e por último, 4) Unidades de significado relacionadas à entrevistada e aos outros.

5.2.1 Unidades de significado relacionadas aos transtornos alimentares

Neste primeiro grupo temático são abordados os conteúdos das entrevistas relacionados diretamente aos transtornos alimentares. Neste grupo foram reunidas nove unidades de significado, as quais abordam os seguintes temas: percepções do início dos TA's; viver com transtorno alimentar; a descoberta do transtorno alimentar; práticas

“Passei três dias sem comer, parei daí, eu fui cortando refeições aos pouquinhos assim.” (PAULA)

Além disso, especialmente no caso da anorexia nervosa, a pessoa também passa a apresentar insatisfação com o corpo e a sentir-se obesa – embora muitas vezes esteja emagrecida – além do medo de engordar, que é uma característica essencial deste transtorno (APPOLINÁRIO, 2000; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; BEUMONT, 2002). Embora não costume ser tão intensa como na anorexia nervosa, na bulimia nervosa também há grande preocupação tanto com o peso quanto com a forma corporal (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000, CORDÁS *et al.*, 2004). Tanto o fato de sentirem-se gordas quanto o medo de engordar foram associados ao início do transtorno pelas participantes desta pesquisa, conforme os relatos a seguir:

“Desde a infância, na verdade, sempre tive meio que um complexo com gordura, assim, me achava gorda.” (JULIA)

“Na época eu tava meio cheinha; assim, com 11 anos, as pessoas falavam, ‘Ah, tá gordinha’.” (CAMILA)

“Me achava muito gorda. [...] Hoje eu me acho. [...] Enorme, assim, ui, sei lá, não gosto.” (GABRIELA)

“No início eu só achava que tava gorda, daí eu queria emagrecer.” (PAULA)

“Eu sempre me achei gorda pra caramba. Aí eu fui emagrecendo dos 14 anos pra cá, só que pra mim eu continuo, eu sei que eu não tô mais tão gigantesca, mas pra mim, [...] eu tô acima do peso.” (HELENA)

“Tinha medo, eu sentia que se as pessoas engordavam, eu também podia engordar, né?.” (CAROLINA)

Também podemos observar esta preocupação com o peso corporal associada ao fato de se pesar com frequência, desde o início do transtorno, conforme as seguintes narrativas:

“Me pesava direto, freqüentemente, duas, três vezes por dia.” (JULIA)

“Me pesava, todo dia ia na balança, ia várias vezes

2000; DSM-IV-TR, 2002). Alguns desses comportamentos identificados na literatura podem ter marcado o início do transtorno alimentar, como descrito por duas adolescentes entrevistadas:

“Aí eu comecei a pôr pra fora.” (HELENA)

“Eu tomei várias vezes remédio pra emagrecer.” (JULIA)

Observando-se a anorexia nervosa à luz da Psicanálise, percebemos que meninas com esses transtornos apresentam dificuldade em “perder” o corpo psíquico infantil, seja no sentido de características sexuais, no que se refere a crescer emocionalmente ou a tornar-se independente e enfrentar o mundo. Essas mudanças são vistas como ameaçadoras, pois de acordo com essa abordagem, mudanças corporais e mudanças no estágio de vida geram ansiedade e medo (WEINBERG, 2001). Alguns desses comportamentos foram expressos pelas adolescentes da seguinte forma:

“Eu comecei a botar corpo muito cedo [...] fiquei menstruada com 10 anos de idade, aí às vezes eu me sentia mal, tinha peito, assim e tal, mas as minhas amigas eram meninas ainda, não sei se pode ter alguma coisa a ver com isso, sabe, queria saber.” (CAMILA)

“Foi mais na época que eu tava começando a me desenvolver, assim. Uma tristeza assim, ficava bem mal. Queria (crescer), mas eu não gostei de crescer, sei lá, de começar a pegar corpo, de crescer eu gostei.” (GABRIELA)

No apêndice 2 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.2 Viver com transtorno alimentar

É difícil encontrar pontos comuns na descrição das adolescentes entrevistadas de como é viver com um transtorno alimentar. Abordamos a anorexia e a bulimia nervosa neste trabalho, dois transtornos que apresentam critérios diagnósticos bem definidos e, ainda assim, sendo o ser humano um ser particular, concreto, único, consciente, responsável, com formas próprias – como disse RIBEIRO (1985, p. 35) “este homem é este homem, ele é só ele, ninguém o pode repetir” – cada uma das adolescentes entrevistadas descreveu a vivência do seu transtorno de uma forma ímpar. Algumas o fizeram de forma bem objetiva e curta. Outras, com detalhes mais profundos, não havendo sequer a intervenção da pesquisadora para mais informações.

Conforme apontam Gorgati e Amigo (2005), os transtornos alimentares costumam ser vistos pelos portadores como a solução e não como o problema, uma vez que o fato de deixarem de comer, ou de comer e vomitar, ou de lançarem mão de algum outro método compensatório lhes proporcionará o que estão em busca, especialmente antes de terem consciência do problema. Em nosso estudo, o transtorno alimentar foi descrito por todas as entrevistadas como algo negativo, possivelmente por estarem todas em tratamento e por terem consciência de estar com um transtorno alimentar. As principais descrições de nossas entrevistadas apontam o transtorno alimentar e/ou aspectos ligados diretamente a eles como algo ruim, que faz mal, difícil, obsessivo, horrível, complicado, chato, um pesadelo, conforme relatamos a seguir:

“Ah, é ruim. [...] Parece que já virou aquela rotina, mas eu sei que faz mal.”
(DANIELA)

“É horrível (viver desse jeito). [...] É muito complicado lidar com isso. [...] É bem difícil, assim. Muito complicado.” (JULIA)

“Já está na minha cabeça isso (TA) e vai ser difícil de sair da minha cabeça.”
(CAMILA)

“Era bem complicado. [...] É bem chato.” (CAROLINA)

“(o tratamento) Eu acho que é o mais difícil.” (GABRIELA)

“Foi, foi bem difícil.” (PAULA)

“Foi horrível, foi muito ruim, fiquei angustiada. [...] Pra mim, é uma coisa meio que obsessiva. [...] É horrível, porque é como se eu sentisse muita fome, mas eu sei que eu não tô com fome. [...] Às vezes eu penso que isso é só um pesadelo.”
(HELENA)

Viver com transtornos alimentares foi descrito por meio de diversificados desejos, tais como:

Na vontade de morrer:

“Eu sentia vontade de morrer, várias vezes.” (CAROLINA)

Na vontade de não sair de casa:

“Quando tô mais gorda fico tão triste que não dá vontade de sair de casa.”
(CAMILA)

“Às vezes eu tenho vontade de não sair de casa.” (JULIA)

“Eu sentia vontade de não sair mais de casa.” (CAROLINA)

Na vontade de dormir o tempo todo, de chorar, de ficar sozinha, de não comer e de comer sem parar:

“Eu tenho muita vontade de dormir direto. [...] Às vezes dá crise de choro direto assim, vontade de chorar, chorar. [...] Às vezes tu tem vontade de ficar sozinha, às vezes tu tem vontade de não comer nada [...] às vezes tem vontade de comer compulsivamente assim, sem parar.” (JULIA)

Em outras passagens, viver com transtornos alimentares foi descrito na forma de sentimentos de angústia, medo, pavor, infelicidade e sentir-se mal:

“Ah, me senti bem mal assim, bem mal. [...] Bota uma roupa e tá apertada eu me sinto tão mal.” (CAMILA)

“É um medo constante, eu tinha pavor. [...] Eu não conseguia nem dormir.” (CAROLINA)

“Eu achei que eu ia ser muito infeliz.” (GABRIELA)

“Eu não conseguia mais dormir. [...] Não tava feliz com o meu corpo, ainda não, não tava feliz com meu peso, não tava feliz com nada.” (PAULA)

No apêndice 3 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.3 A descoberta do transtorno alimentar

A importância do diagnóstico precoce de um transtorno alimentar se dá especialmente pela gravidade das complicações médicas decorrentes principalmente da desnutrição e dos comportamentos compensatórios. Além disso, iniciar o tratamento logo após o surgimento dos sintomas, bem como a curta duração da doença, são considerados fatores positivos para a recuperação, ou seja, indicam prognósticos positivos (GORGATI; AMIGO, 2005; SAPOZNIK *et al.*, 2005). Sendo assim, um diagnóstico precoce é fundamental tanto para o manejo clínico quanto para o prognóstico destes transtornos (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Sabemos, contudo, que na maioria dos casos a pessoa com transtorno alimentar não se considera doente, e com isso não busca tratamento. Raramente uma pessoa com anorexia nervosa reclama de perda de peso, sendo que normalmente ela é levada para o

tratamento por algum membro da família, principalmente pela acentuada perda de peso (DSM-IV-TR, 2002).

Em nossa pesquisa, observamos que, além da questão da perda de peso, outros fatores que propiciaram a descoberta do transtorno alimentar foram os comportamentos compensatórios e os episódios bulímicos. Houve um caso no qual nem a família nem a própria pessoa tinham sequer conhecimento da existência dos transtornos alimentares, dificultando ainda mais sua descoberta, como se verifica neste depoimento:

“Minha prima falou em anorexia, acho que eles (a família) nem conheciam [...] Não. (Eu) Não conhecia.” (CAMILA)

Há casos que foram descobertos ao se perceber perda de peso, alterações na alimentação ou no comportamento, como mostram os depoimentos abaixo:

“Demorou uns três (meses). [...] A minha mãe foi vendo porque eu não era uma pessoa gorda então foi percebendo que eu tava emagrecendo, e aí depois tipo final de semana eles (pais) percebiam que eu não comia, por que eu não conseguia.” (CAROLINA)

“Eu cortei completamente a alimentação, começou a cair cabelo, perdi unha, a pele começou a escamar e eu não conseguia mais dormir, ficava muito irritada, muito, muito nervosa, não queria ver ninguém, não, muito feia assim, não era eu, era outra pessoa. E daí foi que minha mãe começou a perceber assim, que tinha alguma coisa errada. [...] A minha mãe se deu conta.” (PAULA)

No caso da bulimia nervosa, as pacientes podem levar anos para comentar a respeito de seu comportamento com algum profissional, principalmente por vergonha ou por não terem a intenção de deixar de praticá-lo. Muitas vezes nem a família tem conhecimento do problema, pois neste transtorno não costuma haver perda de peso significativa e não há conseqüências físicas visíveis que facilite a percepção dos familiares e pessoas leigas a sua volta, sendo mais fácil ocultar os sintomas (AZEVEDO *et al.*, 1998; SAPOZNIK *et al.*, 2005). Um estudo realizado por Johnson e Connors (1987) mostrou que as pacientes demoram em média cinco anos para procurar tratamento, apresentando, portanto, complicações físicas decorrentes dessas práticas.

Na nossa pesquisa, Helena, uma adolescente com diagnóstico de bulimia nervosa, teve o transtorno alimentar descoberto pela irmã, que contou imediatamente para a mãe, cerca de oito meses depois de seu início, o que ficou caracterizado na seguinte parte do seu depoimento:

“A minha irmã mais velha (descobriu) Ela disse que me ouvia, aí ela simplesmente falou ‘olha, eu sei que você tá vomitando e eu vou contar pra mãe’. [...] Aí ela falou pra mãe, e a minha mãe imediatamente me levou no médico.” (HELENA)

No apêndice 4 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.4 Práticas inadequadas de controle de peso

Tanto na anorexia como na bulimia nervosa, é comum as adolescentes fazerem uso de práticas inadequadas para o controle de peso ou por considerarem que comeram demais. Além de dietas e jejuns, que serão abordados adiante, fazem uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite, abuso de exercício físico e indução de vômito.

A indução de vômito é a mais freqüente prática inadequada para controle de peso, especialmente na bulimia nervosa, ocorrendo em cerca de 90% dos casos sendo, portanto, o principal método compensatório (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Entretanto, diferente do que se acredita no senso comum, na anorexia nervosa também é provocado vômito (subtipo purgativo). Isto não ocorre apenas após episódios compulsivos, sendo que se pode provocar o vômito até mesmo após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos (DSM-IV-TR, 2002).

Nesta pesquisa, foi interessante observar que algumas adolescentes, embora não se utilizando da prática de indução do vômito, pensavam sobre ela; só não a praticavam por medo:

“Eu sempre tento deixar a minha unha crescer o máximo possível pra mim não, não conseguir botar o dedo na garganta, pra vomitar assim, porque daí eu não, eu olho pra unha e não, parece que vai me machucar, daí eu não consigo fazer isso. Daí é tipo do meu refúgio, assim, já tive vontade, mas nunca cheguei a praticar.” (JULIA)

“Já tentei vomitar também, só que eu não consegui. Eu fiz bem poucas vezes, porque eu não consigo vomitar. Se eu conseguisse talvez fosse com mais freqüência.” (CAMILA)

Outras, por sua vez, relataram que após vomitar experimentaram um sentimento de alívio:

“Ah, depois é de alívio assim, né, da comida.” (DANIELA)

“Uma culpa, sabe, de “meu Deus, eu comi demais”, isso alivia pondo pra fora. [...] A culpa, assim, alivia, porque claro, tirei tudo, tá melhor.” (HELENA)

Em outras circunstâncias, a indução do vômito foi relatada como um recurso de controle do peso praticado “contra a vontade”, como se fosse uma rotina, um vício:

“Não é uma coisa que tu gostas de fazer, entende? Sente necessidade. [...] Eu não me controlo na hora, tá tão na rotina, tô tão acostumada a fazer, tô no banheiro, já tô ali provocando de novo, é muito assim na rotina.” (DANIELA)

“Não é uma coisa que eu queira fazer, não, eu faço isso porque eu comi demais, agora, que merda, eu preciso vomitar. Então eu faço isso. [...] O problema é que vicia.” (HELENA)

Outros mecanismos inadequados para controle do peso, tais como o uso de laxantes, diuréticos e inibidores de apetite, também foram identificados nos relatos das adolescentes entrevistadas:

“Até agora eu tô querendo tomar um pra emagrecer. [...] Até tornou-se um vício, antes era um comprimido, agora 2, tô tomando 4, daí vai indo.” (DANIELA)

“Tomava [...] laxante. [...] Tomava chá de sene, não sei, acho que é diurético. [...] Eu tomei várias vezes remédio pra emagrecer. Eu tomei inibex, eu tomei desobese, aí tomei uma vez anfetamina com outros compostos junto, que ia diazepam, tiroidini, bastante coisas assim, bem manipuladas.” (JULIA)

“Ah, é um natural, natural, né... poramagra.” (CAMILA)

“Tomar muito laxante daí, muito, muito laxante, tomava 20 por dia mais ou menos. Eu gastava muito dinheiro com isso.” (PAULA)

“Diurético, tomo muito chá e muita água. Tomo umas 4 garrafas (500ml) de água em 2 horas.” (HELENA)

Ainda em relação ao uso de laxantes, diuréticos e inibidores de apetite por pelas entrevistadas, foi interessante observar que, mesmo conscientes do fato de ir menos ao banheiro por estar comendo pouco, ou sofrendo por conta dos efeitos colaterais, foi mantido o consumo tanto dos laxantes quanto de inibidores de apetite:

“Laxante direto, apesar também que eu já tenho coisa, tô comendo pouco, aí já demora pra ir no banheiro, então era direto.” (DANIELA)

“Laxante já usei umas vezes, mas, aí, não dá nem pra sair de casa, tu fica com dor de estômago, cólicas horríveis, aí eu desisti. Às vezes eu uso laxante.” (HELENA)

“Bastante coisas assim, bem manipuladas assim, de farmácia de manipulação que dava bem, bastante problema depois, né.” (JULIA)

Outra prática inadequada de controle de peso muito comum nos portadores de transtornos alimentares é a realização de exercício físico em excesso e sem orientação profissional adequada. Nos dias de hoje dá-se muita ênfase à prática de exercícios físicos, o que pode estar contribuindo para aumentar a incidência dos transtornos alimentares, uma vez que se passa a imagem de que “malhando” pode-se chegar à magreza e ao visual ideal saudável, como se isso fosse uma consequência direta de esforços pessoais, merecendo então orgulho e admiração. Com isso, a corrida pela boa forma acabou por tornar-se uma outra preocupação, representando uma forma de se atingir a magreza (ALVARENGA, 2004), como é possível observar nos depoimentos dessas adolescentes:

“Vivia fazendo esporte e dança, a semana inteira esporte e dança na academia, era direto assim.” (DANIELA)

“Andava de bicicleta, fazia um monte de abdominal, exercício localizado, caminhava.” (CAMILA)

“(atividade física) Isso aí eu fazia bastante.” (CAROLINA)

“Eu jogava vôlei, caminhava, fazia de tudo. Andava de bicicleta. [...] Hoje eu só faço abdominal e afundo, essas coisas.” (GABRIELA)

“Fazia muito exercício. Ia pra academia, ficava correndo uma hora na esteira.” (PAULA)

“Bem que eu queria abusar de exercício, mas não abusava de exercícios, tenho preguiça demais.” (HELENA)

Há adolescentes que chegam a passar mal, mas ainda assim não interrompem a prática da atividade física, como mostram esses depoimentos:

“Várias vezes eu quase desmaiei por causa disso assim, por fazer muito, muito, muito exercício assim, direto, direto.” (CAROLINA)

“Além de morrer de fome, eu queria fazer exercício por que eu tinha acabado de comer assim, mesmo morrendo de fome.” (CAMILA)

Tudo isso pela busca incessante da magreza, de acordo com os depoimentos abaixo:

“Eu era bailarina e precisava, precisava ser magrinha.” (GABRIELA)

“Acordava cedo, tomava café, ia andar de bicicleta, correr, sabe, tudo que eu comia eu tinha que depois desgastar, porque senão eu achava que eu ia engordar.” (CAMILA)

Outras práticas comuns no auxílio da perda de peso ou para evitar seu aumento são as dietas e jejuns sem orientação profissional especializada, compondo os chamados comportamentos alimentares restritivos que abordaremos a seguir.

No apêndice 5 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.5 Comportamentos alimentares: restrição

A restrição alimentar é uma das principais características da anorexia nervosa, e pode provocar graves prejuízos ao organismo, tendo como principal consequência clínica a desnutrição (DEVORAES; FAGUNDES, 2005). Mas a restrição alimentar não é um comportamento exclusivo da anorexia nervosa; também ocorre na bulimia nervosa, porém normalmente seguida de um episódio bulímico (DSM-IV-TR, 2002).

As adolescentes entrevistadas, tanto com anorexia nervosa quanto com bulimia nervosa, relataram várias formas de praticar o comportamento da restrição, entre elas passar dias ou horas sem comer:

“Depois eu não comi nada, só tomei refrigerante.” (DANIELA)

“Já fiquei várias horas sem comer num dia, assim.” (CAMILA)

“Aí eu chegava em casa, não comia nada, eu dizia pra minha mãe ‘não, não eu já comi um lanchinho’.” (CAROLINA)

“Tem dias que eu passava dias sem comer nada, nem água.” (GABRIELA)

“Passei três dias sem comer, parei daí, eu fui cortando refeições aos pouquinhos.” (PAULA)

Outra forma de restrição observada foi diminuir gradativamente a quantidade da comida até ficar sem comer nada, ou quase nada:

“Mesmo tendo emagrecido e a cada dia que passava eu comia menos assim.” (JULIA)

“Eu fui diminuindo mais e mais e mais, [...] eu tentava comer o mínimo possível.” (CAROLINA)

“Quando eu tinha vontade de comer uma coisa, aí mesmo eu diminuía, pra garantir que eu não ia comer.” (GABRIELA)

“Eu passei a não comer nada, eu fui cortando a alimentação, fui cortando tudo assim.” (Paula)

Além destas, também observamos o comportamento de passar dias ou meses consumindo apenas determinados alimentos:

“Aí também fiquei dois meses, o meu almoço era salada de fruta, eu não comia comida norma.” (JULIA)

“Ia tirando as coisas assim, teve sete meses que eu fiquei comendo só laranja.” (GABRIELA)

“Eu passava o dia inteiro com um copo de café e vomitava, vomitava muito, tomava laxante.” (PAULA)

Por fim, é interessante observar que embora a restrição alimentar provoque, muitas vezes, desconforto físico nessas adolescentes, elas demonstram vivenciar um sentimento positivo pelo fato de estarem emagrecendo:

“Eu fui ficando muito fraca assim [...], mas eu tava empolgada que eu tava emagrecendo [...] teve um dia que, de manhã, eu não consegui andar, eu quase desmaiei.” (CAROLINA)

“Sei lá, agonia, dor de barriga, dor de cabeça. [...] É melhor, bem melhor (do que quando come). [...] Não sei, me sinto melhor. Mais feliz, menos triste.” (GABRIELA)

No apêndice 6 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.6 Comportamentos alimentares: compulsão

O episódio de compulsão alimentar é o principal sintoma da bulimia nervosa, e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer, instalando-se, dessa forma, um ciclo vicioso restrição-compulsão (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Costuma-se relacionar o comer compulsivo apenas à bulimia nervosa, porém esse comportamento também ocorre na anorexia nervosa (DSM-IV-TR, 2002).

Nos transtornos alimentares, como o próprio nome da doença sugere, o padrão e o comportamento alimentar estão extremamente comprometidos, sendo que num episódio compulsivo a quantidade de calorias ingerida varia muito, embora a média seja

em torno de duas mil a cinco mil calorias (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; AZEVEDO *et al.*,

*“Eu não tô agüentando mais comer, mas ainda tô comendo, entende?”
(DANIELA)*

Além disso, muitas vezes “aproveitam” que “quebraram a dieta” ou que vão vomitar depois, para comer tudo que tiverem vontade, como se pode observar nos depoimentos abaixo:

“E quando, também quando eu como, quando eu começo a comer um monte, tudo acaba. [...] Isso tudo de acordar cedo e almoçar tal horário, tomar café tal horário, daí eu relaxo total assim.” (CAMILA)

“‘Já que eu comi aquilo que era extremamente gorduroso, vou aproveitar e vou comer coisa que eu gosto’. Daí passa o dia inteiro comendo.” (PAULA)

“Aí já penso, vou vomitar mesmo, aí vou lá e como mais ainda pra eu vomitar. O que é ridículo, porque é completo desperdício, mas sei lá, na hora não fico pensando.” (HELENA)

Esses episódios costumam ser seguidos de sentimentos de perda de controle, culpa e vergonha (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; SAPOZNIK *et al.*, 2005), como nos relatos a seguir:

“‘Por que que eu comi? Não deveria ter comido. Não tava com tanta, não tava com tanta vontade assim’, sabe.” (JULIA)

“Aí eu fico me sentindo culpada. [...] Aí isso me destrói, acaba comigo, fico muito deprimida, quero morrer quando isso acontece. [...] Nos dias que eu tô mais compulsiva é um inferno na terra. Dia que eu não quero sair de casa, eu quero morrer, quero comer, quero dormir... Ah, é bem deprimente. E só, é isso. É meio um ódio assim. [...] De tudo.” (HELENA)

No apêndice 7 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.7 O ciclo vicioso restrição/compulsão

É comum nos transtornos alimentares, como vimos anteriormente, a prática de dietas e jejuns, tanto quanto é o comportamento alimentar compulsivo. Muitas vezes essas práticas ocorrem sucessivamente, criando um ciclo restrição-compulsão alimentar, nos quais há grande ingestão alimentar, seguido de período de jejum, até o próximo ataque alimentar e assim por diante, podendo ou não ser seguido de purgação. Na presente pesquisa foi possível observar a presença do ciclo restrição-compulsão alimentar em pelo menos três dos depoimentos obtidos:

“Eu tinha comido um monte [...], mas aí eu pensei, amanhã eu não vou comer [...], não vou engordar, aí eu não comi o dia inteiro.” (CAMILA)

“Na hora que eu chego do colégio, que eu como, daí, compulsivamente tudo que vem pela frente assim. [...] Daí já pensa, amanhã já vou acordar e não vou comer. Daí eu fico o dia inteiro comendo o mínimo possível. Mas chega à noite, tudo de novo, sabe.” (JULIA)

“Quando eu vou pra pizzaria alguma coisa, eu procuro controlar, tô comendo um monte entende. [...] Já vai com aquele peso na consciência, vou comer hoje, aí amanhã fico o dia inteiro sem comer.” (DANIELA)

Entre um episódio bulímico e outro é comum o consumo de alimentos com baixas calorias e a exclusão de alimentos considerados engordantes – restrição alimentar (DSM-IV-TR, 2002). A dieta leva à compulsão, que leva à dieta, instalando-se desta forma um ciclo restrição-compulsão (ADA REPORTS, 2001).

Esta questão é tão forte, que há adolescentes que chegam a comparar os quadros de transtornos alimentares com os de dependência química, conforme observaremos a seguir.

No apêndice 8 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.8 Comparação de transtorno alimentar com dependência química

Algumas das adolescentes entrevistadas nesta pesquisa compararam o quadro dos transtornos alimentares com os de dependência química, fato que nos chamou a atenção, pois uma das adolescentes que participou de uma entrevista piloto também já havia feito a mesma comparação.

Assim, descreveremos, primeiramente, o que vem a ser a dependência química. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), a principal característica da dependência química é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que a pessoa continua fazendo uso de uma substância, mesmo apresentando problemas significativos relacionados a ela.

Entre os critérios para o diagnóstico de dependência química encontram-se a necessidade de consumir quantidades progressivamente maiores da substância; o desejo persistente, bem como esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; continuar fazendo uso da substância apesar de ter um problema físico ou

psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância; entre outros.

Observamos, nos relatos das adolescentes, que mesmo conscientes do transtorno e dos prejuízos causados por ele, o comportamento danoso é mantido, como se fosse um vício, como no caso da dependência química:

“A comida é horrível, sabe, uma coisa, parece um viciado em heroína, é a mesma coisa que ele sabe que ele está morrendo aos poucos, aquilo que tá destruindo ele, ele fica desejando.” (HELENA)

Também houve um depoimento relacionado ao insucesso na tentativa de parar com o comportamento em questão:

“Aí, depois que você começa a vomitar umas duas ou três vezes por dia, isso começa a não fazer tanto aquele efeito, começa a doer muito e não, aí você pensa, ‘não tá adiantando mais nada, só tá me machucando’. Aí você vê que não consegue mais parar.” (HELENA)

Uma das grandes dificuldades que se observa no tratamento de pessoas com transtornos alimentares é que estas normalmente não admitem que estão doentes, nem tampouco que precisam de ajuda. Vejamos o depoimento abaixo:

“Eu considero que é muito parecido, assim, tu admitir que tu tá doente. Porque é muito difícil pra um alcoólatra ou pra um drogado admitir que tá doente, admitir que precisa de ajuda, admitir que tem que procurar ajuda.” (CAROLINA)

E com isso, torna-se também difícil tomar alguma iniciativa que possa levar em direção à recuperação, como descrito a seguir:

“É muito difícil dar o primeiro passo de comer, assim como é muito difícil dar o primeiro passo de parar de fumar droga.” (CAROLINA)

No apêndice 9 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.1.9 A recuperação, a recaída e a busca de um motivo para o desenvolvimento de um Transtorno Alimentar

Na anorexia nervosa, normalmente, depois de intervenções terapêuticas, há recuperação completa em torno de 50% dos casos, intermediária em torno de 30%, e recuperação desfavorável em cerca de 20% dos casos. Já a bulimia nervosa

aparentemente apresenta uma evolução mais favorável que a anorexia nervosa, com

Por outro lado, algumas adolescentes procuram encontrar um motivo para terem desenvolvido um transtorno alimentar, sem obter resposta, como segue:

“Às vezes eu tento buscar assim, o porquê dessa coisa assim, né, fico me perguntando, eu não sei se é cultural, se é da família, estrutura familiar.”
(CAMILA)

“Tu quer achar um motivo, ‘por que eu tomei?, mas tinha, será, necessidade de ter tomado?” (JULIA)

Além do medo de recaídas, outro medo muito comum encontrado em portadores de transtornos alimentares é o medo de engordar. Este e outros sentimentos e percepções das adolescentes entrevistadas serão descritos a partir de então.

No apêndice 10 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2 Os sentimentos e as percepções

Neste grupo temático abordaremos os conteúdos das entrevistas concernentes a assuntos relacionados com medos, desejos, sensações, sentimentos e percepções, ligados aos transtornos alimentares. Neste grupo foram reunidas dez unidades de significados, as quais abordam os seguintes temas: o medo de engordar; o desejo de emagrecer; autopercepção da imagem corporal; tentativas de suicídio e auto-agressão; a presença da depressão/ansiedade; relação da alimentação com o estado de espírito; a percepção da relação com a comida; o autojulgamento; a sensação de saciedade, e por último, a percepção da fome.

5.2.2.1 O medo de engordar

O medo de engordar é uma característica essencial da anorexia nervosa, porém também é encontrado na bulimia nervosa, na qual se costuma fazer uso de métodos inadequados justamente para evitar o ganho de peso (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; DSM-IV-TR, 2002). Neste estudo, o medo de engordar, as razões e as atitudes diante desse medo foram descritos de forma extremamente variada:

“Se eu pudesse não comer, eu não comia. [...] É gostoso, mas tu sabe que vai engordar.” (DANIELA)

“Fiquei um ano quatro meses a mais depois que eu já tinha emagrecido tomando (anfetamina), com medo de engordar.” (JULIA)

“Aquele medo de engordar, de ganhar peso de novo sabe. [...] Um lado que, quer comer assim, tá com fome, só que o outro não quer engordar.” (CAMILA)

“Eu simplesmente tinha medo, eu sentia que, se as pessoas engordavam, eu também podia engordar.” (CAROLINA)

“Na hora de comer é terrível, porque dá muito medo, muito medo. [...] Medo de ficar mais gorda. [...] Eu ficar bem maior do que eu tô. [...] Eu não gosto. Vou ficar infeliz.” (GABRIELA)

“Eu não me gostar, os outros não me gostarem (se engordar).” (PAULA)

“Vou ficar gorda e ninguém vai gostar de mim. [...] Eu vou me sentir horrível, ficar pensando em desistir.” (HELENA)

Além do medo de engordar, outra característica altamente relacionada e extremamente marcante nestes transtornos é o desejo de emagrecer, que será descrito a seguir.

No apêndice 11 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.2 O desejo de emagrecer

As sociedades ocidentais contemporâneas têm valorizado a magreza, associando-a principalmente à felicidade, sucesso, beleza e poder, levando à ilusão de que, com a magreza, vem junto a felicidade e a aceitação. (ANDRADE; BOSI, 2003; KILLEN *et al.*, 1993). Alguns desses comportamentos foram expressos pelas adolescentes da seguinte forma:

“Tu quer ficar magra, tu acha que uma magra, na época tu acha que uma magra é bonita. [...] Via as pessoas na rua mais magras e me achava enorme. [...] Então dava mais vontade de emagrecer.” (CAROLINA)

“Vou conseguir ficar feliz comigo (se um dia for bem magrinha).” (GABRIELA)

“(ser mais magra) Ser mais bonita, mais bem aceita, as pessoas me levam mais em consideração.” (HELENA)

O desejo de ser magra esteve presente na fala de praticamente todas as adolescentes entrevistadas, dispostas a pagar qualquer preço para atingir esse desejo, como foi possível observar nestes depoimentos:

“Quanto menos eu como eu me sinto melhor pra mim. [...] Emagrece! [...] Até agora eu tô querendo tomar um (laxante) pra emagrecer.” (DANIELA)

“Querida tomar (anfetamina) pra sempre. [...] Querer, vontade de emagrecer compulsivamente.” (JULIA)

“Eu gosto de ser magra, eu quero ser magra sempre.” (CAMILA)

Por fim, pode-se observar que “fazer regime tornou-se parte da nossa cultura a tal ponto que as mulheres costumam fazê-los 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). Desta forma, mesmo estando emagrecidas, ainda há, por parte dessas mulheres, um grande desejo de emagrecer mais, sendo que algumas se consideram magras e querem emagrecer ainda mais, enquanto que outras se vêem gordas e acreditam que precisam de fato emagrecer. Isto ocorre muitas vezes por conta de uma distorção da imagem corporal, que abordaremos a seguir descrevendo a autopercepção da imagem corporal das adolescentes entrevistadas.

No apêndice 12 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.3 Autopercepção da imagem corporal

A anorexia e a bulimia nervosa são transtornos alimentares caracterizados por distúrbios da percepção do formato corporal, no qual há uma supervalorização da forma corporal como um todo ou de suas partes, classicamente descrito como distorção da imagem corporal. Essa distorção pode estar presente também em outros quadros psiquiátricos, mas é nos transtornos alimentares que seu papel sintomatológico e prognóstico é mais relevante (SAIKALI, 2004), como mostram os depoimentos abaixo:

“Pra mim eu tô gorda, eu me sinto uma bolinha, eu tô uma bolinha, só falta sair quicando sabe, é olhar no espelho e não ter proporção do que é ser magra e o que é ser gorda.” (JULIA)

“Eu me via duas na frente do espelho, [...] me via enorme.” (CAROLINA)

“Parece que eu não sou magra o suficiente para ter (anorexia nervosa), as meninas que têm parece que são bem mais magras.” (CAMILA)

“Eu era a mais, eu era a mais leve. [...] Só que, sei lá, daí eu achava que não. [...] Pra mim eles tão falando uma coisa que não é.” (GABRIELA)

“Eu odiava verão, [...] tinha que mostrar o corpo, tinha e eu odiava isso. Eu não me sentia satisfeita, não me sentia bem.” (PAULA)

Ainda que, cognitivamente, tenham se conscientizado de sua distorção da imagem corporal, e desejem mudar, este nem sempre é um processo fácil, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

“Eu não quero que aconteça isso, mas não consigo evitar. Eu tenho que mudar.” (JULIA)

“Eu tô tentando, só que eu não tô conseguindo por enquanto. [...] Eu não consigo gostar da minha aparência, pelo fato de eu não ser magra, pelo fato de eu não ser bonita [...] Tô tentando me curar disso.” (HELENA)

A imagem corporal compreende processos fisiológicos, psicológicos e sociais, interligados o tempo todo. É uma experiência que se vive a cada instante, buscando a diversidade de seus aspectos e emaranhando-se às imagens alheias. A imagem corporal transforma as relações externas com o mundo e é transformada por elas (BARROS, 2005). Os depoimentos seguintes demonstram essa interação conflituosa:

“A maioria das coisas que me deixa triste é relacionada com a minha aparência.” (GABRIELA)

“Eu tava muito magra e fui engordando de repente, meu corpo ficou bem diferente assim, com formas diferentes, e eu não aceitava aquilo de jeito nenhum.” (PAULA)

Para Barros (2005, p.553), a imagem corporal é a nossa totalidade enquanto seres humanos. “É a transcendência em olhar interna e externamente e perceber que somos fruto de nossas atitudes (físicas, mentais e emocionais) e, conseqüentemente, as imagens do corpo formam-se a partir delas”.

Observa-se que a imagem corporal que a pessoa tem ou cria passa a ser muito mais real que o próprio corpo em si (ALVARENGA, 2004) e a influência da percepção da imagem corporal é tão grande e tão grave nestes transtornos, que há meninas que chegam a tentar tirar a própria vida, conforme veremos a seguir.

No apêndice 13 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.4 Tentativas de suicídio e auto-agressão

Os transtornos alimentares figuram entre os transtornos mentais que mais matam no mundo; o suicídio é a principal causa dessas mortes. As taxas brutas de mortalidade na anorexia nervosa variam de 5% a 20%, sendo que destes, em torno de 24% a 27% ocorrem devido ao suicídio. Já na bulimia nervosa as taxas brutas de mortalidade variam de 0,3% a 3%, estando bem abaixo dos números da anorexia nervosa (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Em nossa pesquisa observamos que, além de outros problemas emocionais, a insatisfação com o corpo foi um dos motivos que levou algumas das entrevistadas a tentarem tirar a própria vida ou a pensarem nisso como uma possibilidade, conforme demonstram os relatos que seguem:

“Eu sentia vontade de morrer, várias vezes assim [...], eu colocava a magreza acima de qualquer outra coisa, cheguei a 38 kg.” (CAROLINA)

“Achava que nada tava bom, que o corpo que eu tinha não tava bom, daí foi que eu tentei me matar a primeira vez. [...] A única coisa que eu conseguia fazer era comer e tentava botar pra fora. [...] Me sentia mal, e não queria fazer mais nada, daí foi quando eu pensei em me matar pela segunda vez.” (PAULA)

“Já tentei me matar várias vezes. [...] Antes de morrer, é mais fácil, eu acho, aceitar ser gorda do que morrer. [...] Antes eu achava o contrário.” (GABRIELA)

Além da tentativa de suicídio, há também pessoas que, após comerem, se automutilam ou se autopunem (AZEVEDO *et al.*, 1998; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000), comportamento descrito por uma das adolescentes entrevistadas, como segue:

“Quando eu comecei a comer, eu ficava em pânico assim, sabe, eu tinha, às vezes eu tinha acesso de choro, de me bater por ter comido.” (CAROLINA)

É comum esses comportamentos estarem associados a sintomas depressivos e ansiosos, tão freqüentes nestes transtornos (AZEVEDO *et al.*, 1998). Por isso, abordaremos, a seguir, a presença da depressão e da ansiedade.

No apêndice 14 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.5 A presença da depressão/ansiedade

É comum encontrar transtornos do humor e transtornos ansiosos associados aos transtornos alimentares, sendo que os sintomas mais frequentes são depressão e ansiedade (AZEVEDO *et al.*, 1998; DSM-IV-TR, 2002; AMIGO, 2005), expressos pelas adolescentes da seguinte forma:

“Ele (psiquiatra) explica que muito foi da depressão também, que a depressão junta muito com a anorexia.” (CAROLINA)

“Eu tive anorexia, tive bulimia, aí tive depressão e agora eu tô melhorando.” (PAULA)

“Antes ainda de ter anorexia eu era muito depressiva, eu tinha depressão.” (GABRIELA)

“Sou muito ansiosa, aí não tinha como controlar a ansiedade, muita vontade de comer doce.” (JULIA)

“Se eu tô ansiosa ou alguma coisa, às vezes não dá fome. [...] Na realidade eu não sinto fome, mas como eu tô muito ansiosa, começo a comer tudo pela frente.” (DANIELA)

Nos transtornos alimentares é frequente a presença de sintomas de depressão – no caso específico da bulimia nervosa, a incidência pode chegar a 83%. Os sintomas depressivos costumam estar relacionados ao padrão alimentar, ao peso e à forma corporal (AMIGO, 2005); isso também foi por nós observado no relato desta adolescente:

“Eu tava meio deprimida, ano passado, [...] eu comecei a engordar. [...] Ficava muito, muito deprimida depois de ter vomitado. [...] Quando eu tô deprimida eu vou lá e como.” (HELENA)

Da mesma forma que esses sintomas depressivos e ansiosos estão relacionados com a questão da alimentação, o estado de espírito também está intimamente ligado a ela, como veremos em seguida.

No apêndice 15 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.6 Relação da alimentação com o estado de espírito

A vida de cada ser humano é permeada o tempo todo por uma estreita relação entre alimentação e afetividade (ARAÚJO, 2004). Há pessoas que percebem que, em momentos difíceis, buscam a comida. Alguns desses comportamentos foram expressos pelas adolescentes da seguinte forma:

“Às vezes (não está bem) [...], eu não tô agüentando mais comer, mas ainda tá comendo.” (DANIELA)

“Minha compulsão é só em casa. Eu tô na minha casa, tô no meu lar e me sinto à vontade, aí eu posso ficar mal. [...] Aquela coisa de sempre, rotina, daí irrita, [...] se eu fico muito tempo com as mesmas pessoas, [...] daí eu tenho vontade de comer.” (JULIA)

“Quando eu fico nervosa eu ainda tenho muita vontade de doce. [...] Tem dias assim que tu acorda que parece que, que não me sinto bem. [...] Parece que mesmo que eu coma [...] tudo certo, mas, mesmo que eu coma ali o que me foi passado, não, não, não é o suficiente assim.” (PAULA)

“Parece que a comida é tipo uma fuga, quando eu tô deprimida eu vou lá e como.” (HELENA)

Outras pessoas, por sua vez, se afastam totalmente da comida nessas situações, como demonstram os seguintes relatos:

“Toda vez que eu ficava ruim eu diminuía a comida, [...] não era nem porque eu queria, é porque eu ficava ruim e não sentia apetite algum.” (CAROLINA)

“Quando eu me sinto triste eu fico com mais raiva de mim, [...] aí mesmo que eu não quero comer.” (GABRIELA)

Há outras ainda que não vêem nenhuma relação da alimentação com o estado de espírito, confirmando o quanto a relação com a alimentação é um processo extremamente individual, como tudo no ser humano, difícil de ser generalizado, como mostra o depoimento desta adolescente:

“Eu acho que não tem a ver com o meu humor (a alimentação).” (CAMILA)

Os relatos das adolescentes entrevistadas deixam evidente que a alimentação está relacionada a situações negativas. Em sentido oposto, observamos que nas situações boas não surge a necessidade de comer em excesso, ou a de restrição alimentar:

“Não, daí não (quando está feliz, não tem vontade de comer). Aí é mais normal assim. [...] Não tem mais aquela impulsividade.” (DANIELA)

“Quando eu tô bem eu não tenho vontade de comer. [...] Se eu tô bem, se eu saio, se eu tô na casa de amigas eu não tenho vontade de comer. [...] Não dá compulsão.” (JULIA)

“Tem dias assim, que eu acordo me achando bonita, [...] não importa se eu tiver que comer uma lasanha no almoço ou uma pizza, então eu vou comer.” (PAULA)

“Quando eu não como eu me sinto muito bem. [...] Quando eu tô bem eu não preciso comer tanto assim mesmo.” (HELENA)

No apêndice 16 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.7 A percepção da relação com a comida

A relação do homem com a comida extrapola os limites do campo biológico, deixando de ser apenas uma relação para a satisfação de necessidades nutricionais (fisiológicas), passando a assumir outras dimensões nos campos psicossocial e emocional (ALVARENGA, 2004). Então, a comida não é apenas um “combustível”, embora seja fonte de energia e nutrientes. Sabemos que nos transtornos alimentares a dificuldade está nessa relação com a comida e na grande preocupação com questões de emagrecimento *versus* engorda. Essas preocupações estão bem evidenciadas nos relatos das adolescentes entrevistadas:

“Se eu pudesse comer emagrecendo até que eu seria mais amiguinha dela (comida). [...] Quanto menos eu como, eu me sinto melhor pra mim. [...] Emagrece!” (DANIELA)

“Eu prefiro deixar a comida de lado, [...] eu vou tá emagrecendo.” (JULIA)

“Eu gosto, eu gosto de estar comendo. [...] Mas aí eu penso que depois eu vou, vai ser ruim assim, vou ter que fazer alguma coisa pra desgastar.” (CAMILA)

“Sempre que sai da minha rotina eu acabo ficando um pouco chateada [...], achando que eu vou engordar.” (PAULA)

“Se eu vou comer uma bolacha eu penso que isso vai me deixar muito gorda.” (HELENA)

Além disso, ainda sobre a relação dessas adolescentes com a comida, outros fatores se destacaram, tais como:

Deixar a comida de lado, desejando, muitas vezes, que ela não existisse:

“Uma dependência que eu não queria ter. É necessidade de comer, mas é uma necessidade que eu não queria, eu queria que minimizasse bastante essa necessidade de comer. [...] Eu deixo de comer pra ir assistir aula, [...] vou deixando a comida de lado.” (JULIA)

“Tento não pensar. Eu penso o mínimo possível em comida.” (PAULA)

“Querida que a comida não existisse. [...] Se a comida não existisse, eu ia poder sentir livre.” (HELENA)

O cuidado com a alimentação, não gostar de comer em grandes quantidades e passar muito tempo pensando em comida:

“Detesto comer muito.” (DANIELA)

“Eu ainda sou um pouco neurótica com a comida. Eu me cuido ao máximo.” (PAULA)

“Tudo depende muito da quantidade que eu como, porque qualquer coisa que eu acho que passou dos limites eu já fico querendo por pra fora.”(HELENA)

“Se eu não como eu penso na comida, se eu como eu não queria ter comido, é meio complicado assim.” (JULIA)

“Isso vai tomando conta da minha vida, assim, às vezes eu chego a ficar 24 horas por dia pensando.” (CAMILA)

O desejo de que a relação com a comida fosse diferente:

“Eu não queria que acontecesse isso.” (JULIA)

“Eu queria que fosse diferente assim, mas eu não tô conseguindo.” (CAMILA)

“Eu não queria, de qualquer forma, sabe, eu não queria.” (HELENA)

O medo de comer, a consciência de usar a comida para completar algo, o desejo de comer como as outras pessoas:

“(hoje) Não tenho medo, mas eu tinha pavor de comer.” (CAROLINA)

“Muito ruim, muito medo, assim. [...] É desespero mesmo.” (GABRIELA)

“Se não tenho nada pra fazer, não tenho nada de novo, não tenho uma motivação nova, é a comida que tampa aquele buraco que falta.” (JULIA)

“Querida ter, comer, ficar como as outras pessoas assim.” (CAMILA)

E até mesmo admitir que gostam ou tem boa relação com a comida:

“Eu adoro comer.” (CAMILA)

“Hoje eu olho pra ela (comida) e acho ela gostosa. [...] Hoje eu tenho uma relação boa.” (CAROLINA)

A relação com a comida pode também refletir no autojulgamento que essas adolescentes fazem de si mesmas, como veremos em seguida.

No apêndice 17 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.8 O autojulgamento

Os transtornos alimentares caracterizam-se pela preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal, sendo comum o autojulgamento por conta dessas variáveis, especialmente em relação à imagem corporal. Mas, além disso, há também uma tendência acentuada a se julgar e se atribuir menor valor tanto a partir dessas variáveis, quanto por conta do consumo alimentar (DSM-IV-TR, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2003), conforme evidenciam os depoimentos abaixo:

“Às vezes eu olho assim, meio não sou normal.” (JULIA)

“A minha cabeça assim, parece que é diferente, sabe, de outras pessoas que se alimentam normalmente.” (CAMILA)

“Antes eu me considerava gulosa, [...] eu tento não me achar gulosa, né, mas eu ainda acho um pouco.” (CAROLINA)

“Eu sou descontrolada, né... e burra e gorda.” (HELENA)

Esses depoimentos demonstram que o autojulgamento foi feito baseado exclusivamente na relação com a comida, ficando excluídos todos os demais aspectos da vida destas adolescentes.

No apêndice 18 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.9 A sensação de saciedade

Os fatores internos que determinam os períodos de alimentação e não-alimentação são as experiências psicológicas de fome e saciedade, sendo a fome definida como um impulso a buscar e consumir comida. A saciação é definida como sendo o processo que leva esse período de ingestão suficiente de comida até o fim, resultando num estado chamado de saciedade, no qual o impulso da fome é inibido. Desta forma, em se tratando de fatores fisiológicos, o responsável pelo tamanho da refeição é o processo de saciação, sendo o estado de saciedade responsável por determinar o tamanho do intervalo pós-ingestão de alimento (BACALTCHUK; APPOLINÁRIO, 2005).

Acredita-se que diversos fatores estejam envolvidos no consumo e na escolha dos alimentos, sendo que vários sinais podem ser originados no cérebro, na periferia, ou podem desenvolver-se por força do hábito. Além disso, fatores emocionais, diferenças perceptivas e transtornos alimentares poderiam modificar os sinais que desencadeariam fome ou saciedade (BACALTCHUK; APPOLINÁRIO, 2005).

Com relação a sentir-se saciada após as refeições, algumas das adolescentes entrevistadas relataram não experimentar esse estado, conforme demonstram seus depoimentos:

“Satisfeita? Não.” (DANIELA)

“Nunca tô satisfeita, tem sempre que comer mais, sabe, sempre procurando alguma coisa a mais pra comer.” (JULIA)

“Parece que nunca tá satisfeita.” (GABRIELA)

Algumas das adolescentes relataram que sentiam saciedade, embora com restrições, como mostram estes outros depoimentos:

“Sinto, sinto (satisfeita), mas é bem rápido, mas eu sinto.” (JULIA)

“Agora sim (sente-se satisfeita), no momento. Mas outras vezes eu comia e ficava morrendo de fome.” (CAMILA)

“Geralmente sim (sente-se saciada), quando eu não me sinto é porque tá faltando um cafezinho preto, sou um pouco viciada.” (PAULA)

“Quando eu como direito, eu fico me sentindo bem. Ainda dá aquela sensação depois de almoçar que eu tô satisfeita, não tô cheia.” (HELENA)

Em algumas entrevistas a sensação de saciedade se apresentou relacionada à quantidade de comida, sendo que, ao contrário do que se possa imaginar, de acordo com o relato de algumas adolescentes, é quando comiam em quantidades menores que experimentavam essa sensação:

“Quando eu como menos (sente-se satisfeita). Quanto mais eu como, mais vontade eu tenho de comer. [...] O dia que eu como um pouquinho a mais no almoço, me dá mais vontade de comer e eu não me sinto saciada.” (JULIA)

“Quando eu como direito, eu fico me sentindo bem.” (HELENA)

Ao mesmo tempo, algumas das adolescentes entrevistadas relataram que, à medida que comiam, tinham a sensação de estarem engordando, sentindo-se culpadas ou arrependidas por tê-lo feito. Esses sentimentos transparecem em seus depoimentos:

“Eu me sinto estufada, assim. Pesada, é ruim. E parece, assim, na hora eu tô engordando já. Me sinto maior.” (GABRIELA)

“Eu sempre como e vou pensando ‘meu Deus, que pena que eu comi’. [...] Eu como e, ‘ai, eu comi, não deveria ter comido’.” (DANIELA)

“Depois de comer eu fico nessa coisa assim de, ‘ai, tô de barriga cheia’.” (CAMILA)

“O problema é que o estômago fica muito cheio. [...] Fico pensando ‘putz, vou engordar. [...] Você já fica com aquele peso, assim aquela, uma culpa, sabe, de ‘meu Deus, eu comi demais’.” (HELENA)

Além da saciedade, o componente psicológico também é responsável pela sensação de fome, o que apontaremos na seqüência.

No apêndice 19 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.2.10 A percepção da fome

A fome é um dos fatores internos que determinam os períodos de alimentação e não-alimentação, e é definida como impulso a buscar e consumir comida, levando a um período de ingestão (BACALTCHUK; APPOLINÁRIO, 2005; NEGRÃO, 2004).

Porém, nos transtornos alimentares tanto a percepção quanto a relação com a fome encontram-se comprometidos, especialmente na anorexia nervosa, uma vez que se sabe que neste transtorno não há perda real do apetite, pelo menos no início da doença (BACALTCHUK; APPOLINÁRIO, 2005; CORDÁS, 2004). Os depoimentos de

algumas das adolescentes mostraram que, durante o transtorno, também há pessoas que, de fato, sentem fome:

“Hoje eu tô sentindo (fome).” (DANIELA)

“Fome eu sinto, às vezes eu até passo fome.” (CAMILA)

“Hoje eu sinto (fome) [...] quando eu demoro muito eu já sinto um pouco de fome.” (CAROLINA)

Por outro lado, algumas também relataram não sentir fome:

“Fome é difícil eu sentir.” (DANIELA)

“Antes eu não sentia falta nenhuma da comida, comer ou não comer, tanto fazia.” (CAROLINA)

“Não fico com muita fome, assim. Antes, muito menos. [...] Então prefiro nem comer, porque é melhor assim, não sinto nem fome.” (GABRIELA)

Muitas vezes, a pessoa sente fome, mas não quer comer.

“Teve muitos dias que eu senti fome e não querer comer de jeito maneira assim.” (JULIA)

“Às vezes eu fico com fome, mas eu não como.” (CAMILA)

E outras vezes, mesmo não estando com fome, acaba por comer.

“Eu não tô tendo fome, mas tô tendo aquele impulso de ter que estar comendo.” (DANIELA)

“Tem dias que eu não estava com fome realmente e comia compulsivamente.” (JULIA)

Além disso, é interessante também observar algumas comparações feitas com relação à fome, descritas abaixo:

“Na realidade, quanto mais quer controlar, mais sente a fome.” (DANIELA)

“É muito aos extremos, assim, dia de não querer comer, ficar com fome e não querer comer e dias que não ter fome e querer comer ser parar.” (JULIA)

“Às vezes eu acho que eu fico com tanta fome que eu perco a fome.” (CAMILA)

“Quanto menos eu comia parece, menos fome eu tinha.” (GABRIELA)

Observamos, nas entrevistas dessas adolescentes, que a manifestação da relação com a fome foi extremamente variada. Na seqüência descreveremos questões referentes à comida e à alimentação dessas adolescentes.

No apêndice 20 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.3 A comida e a alimentação

Neste tema abordaremos diversos assuntos diretamente relacionados à comida e à alimentação: o que representa a comida para essas adolescentes, o que comem e que refeições realizam, o que deixaram e o que passaram a consumir, o hábito alimentar da família e, por último, o que essas adolescentes consideram uma alimentação saudável.

5.2.3.1 O que representa a comida

A comida, em seu sentido vernáculo, significa: “1. O que se come ou é próprio para se comer. 2. Ação de comer” (FERREIRA, 1993, p.131). Mas, para as adolescentes entrevistadas nesta pesquisa, na maioria dos casos, a comida tinha um significado bem diferente, remetendo a algo negativo, como constatamos nos relatos abaixo:

“Hum, assim, tortura.” (DANIELA)

“Representava pavor, assim, eu tinha medo.” (CAROLINA)

“Eu acho uma coisa muito ruim.” (GABRIELA)

“Fuga, uma decadência, droga.” (HELENA)

Para algumas das adolescentes entrevistadas, a comida era uma obrigação, algo que tirava a liberdade, como descrito a seguir:

“É necessária, é obrigatória, mas eu não queria que fosse.” (JULIA)

“Se eu não fosse obrigada a comer talvez seria bom.” (GABRIELA)

“Me sentir mais livre quando não como.” (HELENA)

Outras comentaram o lado positivo da comida:

“Apesar que é bom. [...] As comidas que tu gosta.” (DANIELA)

“Alimento que faz bem. [...] A comida hoje pra mim é boa, é gostosa.”
(CAROLINA)

Tendo em vista o que representa a comida para essas adolescentes, a seguir observaremos seus hábitos alimentares.

No apêndice 21 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.3.2 O hábito alimentar

A formação do hábito alimentar é influenciada por vários fatores – fisiológicos, psicológicos, socioculturais, econômicos – e ocorre à medida que a criança vai crescendo, até o momento em que escolherá consciente e independentemente os alimentos que farão parte da sua dieta. Quando é pequena, normalmente os pais determinam sua alimentação, mas à medida que passa a frequentar a escola e a conviver com outras crianças, passa a conhecer outros alimentos, preparações e hábitos (BANDEIRA *et al*, 2000).

Na adolescência, por conta do rápido crescimento físico e desenvolvimento, há aumento da necessidade de nutrientes; porém, nesta fase há também modificação das preferências alimentares, o que coloca esses indivíduos em um grupo de risco nutricional (BANDEIRA *et al*, 2000).

Nas entrevistas que integraram esta pesquisa, observamos, por parte das adolescentes, uma preocupação com o controle da alimentação, tanto por si só, quanto com acompanhamento nutricional, conforme descrito abaixo:

“Ah, tal hora eu vou comer, não, agora eu não vou comer, vou esperar mais um pouco, tem que dar tantas horas tomo café, tantas horas eu almoço, mais de tardinha eu tomo café.” (CAMILA)

“Hoje eu vejo que eu comia completamente errado.” (CAROLINA)

“Mas como tudo na quantidade certa. [...] Como eu tenho acompanhamento nutricional com a nutricionista eu como de tudo.” (PAULA)

“Aí, sei lá, tudo controlado. [...] Eu faço dieta, com a nutricionista agora.” (HELENA)

Alguns de seus relatos demonstraram haver intenção de aderir a uma alimentação considerada por elas saudável:

“Eu não sou de comer verdura nem legume, nada assim, não como. [...] Comer uma coisa mais leve, apesar que não é isso que eu gosto, né!” (DANIELA)

“Só não como muita coisa com gordura. [...] Eu gosto de comer fruta, melancia. [...] Eu sempre como sanduíche natural (quando come no shopping).” (GABRIELA)

“Agora eu tô fazendo dieta mesmo [...] a minha alimentação foi meio reduzida. [...] Eu como bastante fruta também. [...] Sou vegetariana, aí eu tenho que comer soja e bastante barrinha de proteína”. (HELENA)

Porém, esta alimentação considerada saudável, nem sempre é a preferida dessas adolescentes, como mostram esses relatos:

“Eu não tava comendo comida, eu tava comendo pão, uma coisa que eu não comia antes, assim. [...] Uma coisa que eu tô comendo mais é carboidrato, direto e tal. [...] Gosto de massa, porcaria, salgadinho.” (DANIELA)

“Assim comia chocolate. [...] Às vezes me dava vontade de comer um brigadeiro eu comia, mas sem peso na consciência.” (CAROLINA)

“Mas eu gosto muito de doce, aí eu posso comer doce também, posso comer uma barra de chocolate pequeninha por dia.” (HELENA)

“Quando eu era pequena eu comia bastante (fast food).” (GABRIELA)

É interessante também observar como várias das adolescentes entrevistadas frisaram o fato de estarem comendo, de acordo com os trechos abaixo:

“Mas eu tô comendo, não tô deixando de comer.” (CAMILA)

“Como de tudo.” (GABRIELA)

“Mas eu como, [...] eu como tudo que eu gosto, como arroz, como feijão, todos os dias.” (PAULA)

“Sei lá, aí eu como.” (HELENA)

“Comi pão, comi carne, arroz, tudo.” (GABRIELA)

Para dar continuidade às questões referentes à alimentação, observaremos, em seguida, os alimentos que deixaram de ser consumidos pelas adolescentes entrevistadas.

No apêndice 22 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.3.3 Alimentos que deixaram de ser consumidos

Tanto a alimentação quanto a dieta têm um importante papel no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares, devendo, desta forma,

serem levados em consideração nos programas de tratamento dessas condições clínicas. Pessoas com esses transtornos apresentam graves restrições dietéticas, padrões alimentares inadequados e hábitos errôneos devido a uma série de fatores como falsos mitos e crenças, sensação de incompetência para lidar com o alimento, medo de engordar (ALVARENGA; LARINO, 2002).

Os principais alimentos que deixaram de ser consumidos pelas adolescentes entrevistadas foram aqueles por elas considerados “besteira” – chocolate, por exemplo – independentemente de elas gostarem ou não desses alimentos:

“Chocolate. Eu gosto tanto, mas eu não tô comendo. Mais besteira, assim, sabe, que eu restrinjo. [...] Bala, chicletes, chocolate.” (CAMILA)

“Chocolate. [...] Pipoca, essas coisas assim, nem pensar.” (CAROLINA)

“Não gosto hoje (chocolate, bala, batata frita).” (GABRIELA)

Além desses, outros alimentos como pão, frutas e carne vermelha deixaram de ser consumidos, além das frituras que além de deixarem de ser consumidas ainda foram associados a coisas negativas por algumas das adolescentes, como mostram esses relatos:

“Eu não como fritura. Eu tenho nojo ainda de fritura.” (CAROLINA)

“Eu tinha deixado de comer carne vermelha. [...] Eu deixei de comer fritura. [...] Fico pensando que não vai fazer bem pro meu corpo.” (PAULA)

“Eu tinha deixado de comer pão.” (DANIELA)

“Deixei de comer fruta.” (JULIA)

Nos transtornos alimentares, a relação com a comida é tão distorcida que, por vezes, torna-se difícil até mesmo descrever o que foi deixado de comer, como ocorreu com esta adolescente:

“Eu não vou dizer que eu parei de comer muito, eu perdi a noção do que eu como [...]. Parece que é só comida, não tem muita distinção, [...] então eu não sei te dizer exatamente o que eu parei, o que eu comecei, fica meio nublado.” (HELENA)

No estudo realizado por Dunker e Philippi (2003), os alimentos menos consumidos foram refrigerante, chocolate, massa e batata frita; e os que menos gostavam foram hortaliças, carnes e gorduras, compatível com o que foi encontrado na

nossa pesquisa com relação ao que deixou de ser consumido, com exceção do refrigerante. Descreveremos, a seguir, os alimentos que passaram a ser consumidos.

No apêndice 23 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.3.4 Alimentos que passaram a ser consumidos

Observando-se os alimentos mais consumidos no estudo realizado por Dunker e Philippi (2003) entre as alunas com sintomas de anorexia nervosa, verificamos a presença de alguns alimentos especiais, os quais, por suas propriedades, espelham a preocupação em fazer uma dieta equilibrada, principalmente uma variedade de frutas e de hortaliças. Nas entrevistas da presente pesquisa também constatamos a valorização do consumo de vegetais por algumas adolescentes, independentemente de gostarem ou não, como mostram os depoimentos abaixo:

“Apesar que eu não gosto (vegetais), vou ter que aprender a gostar.”
(DANIELA)

“Verdura foi uma coisa que eu aprendi a comer que eu não, não, nunca gostei muito.” (CAROLINA)

“Uma coisa que eu passei a comer que eu não comia muito é verdura.”
(PAULA)

Uma das adolescentes entrevistadas relatou ainda aumento no consumo de doces, de acordo com o descrito a seguir:

“Doce eu passei a comer mais.” (HELENA)

Além, desses alimentos, o consumo de refrigerantes também se destaca no caso de adolescentes com transtornos alimentares, conforme será visto a seguir.

No apêndice 24 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.3.5 O consumo de refrigerantes

O consumo excessivo de refrigerantes por adolescentes é um problema comum em todo o mundo (BANDEIRA *et al.*, 2000), ocorrendo também em adolescentes com transtornos alimentares, como observamos nos depoimentos abaixo:

“Acordei às 6 da tarde, daí depois eu não comi nada, só tomei refrigerante, outro vício meu. Daí, normal assim, não comi mais nada. [...] Eu acordo e já vou mexer no meu computador, vivo ali no meu computador, né, daí tomo um refri, alguma coisa, e fica difícil eu comer, né.” (DANIELA)

“E muita coca. Tomo muito refrigerante. Dois litros por dia praticamente. De manhã, se eu acordo de manhã é a primeira coisa que eu faço é ir tomar coca. De madrugada, acordou, deu sede, coca. [...] Eu não tomo água, só na coca. Muito raro eu tomar água. Só quando vou tomar algum remédio.” (JULIA)

Constatamos que o refrigerante, para essas adolescentes, acaba por vezes substituindo as refeições ou a própria água, configurando-se, assim, uma das escolhas alimentares realizadas por essas adolescentes. Esse processo de escolha alimentar será observado na seqüência.

5.2.3.6 Escolhas alimentares

Vários fatores podem estar envolvidos na escolha dos alimentos, tanto a partir de sinais originados no cérebro ou na periferia quanto por força do hábito (BACALTCHUK; APPOLINÁRIO, 2005). No nosso estudo, alguns dos fatores apontados pelas adolescentes entrevistadas para as escolhas alimentares foram a quantidade de calorias ou aquilo que engorda menos, conforme descrito a seguir:

“Normalmente eu tô olhando as calorias. [...] Tô comendo um salgadinho, mas eu tô vendo as calorias embaixo, é automático.” (DANIELA)

“Antes eu tentava geralmente comer o que menos engordasse.” (JULIA)

“Eu sei o que é mais calórico, o que é menos calórico, então, quando eu acho que eu tô um pouco acima do peso, eu já sei o que eu posso comer.” (PAULA)

“No outro dia eu faço outra coisa pra comer, sabe, pra não comer de novo. [...] Pra não engordar.” (CAMILA)

Outros fatores citados para as escolhas alimentares foram a vontade, o sabor, ou o gosto, conforme depoimentos abaixo:

“Se eu tô com vontade eu como, só que depois a consciência bate. [...] Eu como porque eu tô com vontade de comer.” (JULIA)

“Eu escolho o que eu vou comer [...] de acordo com a minha vontade.” (PAULA)

“Mais pelo gosto também.” (DANIELA)

“Ali tem sabor, ali tem, tem aquela coisa gostosa de tu estar comendo.” (CAROLINA)

Outra escolha alimentar citada pelas adolescentes entrevistadas foram saladas e frutas:

“Às vezes eu nem gosto tanto de salada, mas comia mais salada assim, e menos comida.” (CAMILA)

“Ia comer bastante fruta, tomaria suco. [...] Pão até que eu comeria, mas arroz não.” (GABRIELA)

“A minha escolha alimentar é comer salada, eu sou vegetariana, gosto de salada e doce. Sei lá, comeria o dia inteiro.” (HELENA)

Nos episódios do comer compulsivo que ocorrem nos transtornos alimentares pode também haver escolhas alimentares, quando esses episódios são planejados. Mas, na maioria dos casos, eles não são planejados, não havendo desta forma a escolha dos alimentos a serem consumidos (DEVORAES; FAGUNDES, 2005), o que pode ser confirmado pelos depoimentos abaixo:

“Ah, não escolho (compulsão), O que vim eu como, assim, sabe. [...] Geralmente é o que eu gosto muito.” (JULIA)

“Na compulsão, [...] é que normalmente eu como, tô com fome, então vou comer isso.” (HELENA)

Um dos profissionais necessários em uma equipe que trabalha com pessoas com transtornos alimentares é o nutricionista. Seu papel está intimamente ligado com a questão das escolhas alimentares, uma vez que o aconselhamento nutricional é importante para esclarecer e desmistificar crenças inadequadas, bem como possibilitar o estabelecimento de uma relação adequada com o alimento (ALVARENGA; LARINO, 2002). Os depoimentos a seguir demonstram a influência deste profissional nas escolhas alimentares de algumas das adolescentes entrevistadas:

“A nutricionista que escolhe. Ela deixa eu escolher também, mas eu prefiro que ela escolhe porque é ruim, não sei o que eu gosto.” (GABRIELA)

“A gente (ela e nutricionista) tentou fazer um cardápio balanceado, no 1º mês segui um cardápio à risca assim, daí depois a gente foi adaptando pra fazer algumas modificações.” (PAULA)

“Eu não sabia fazer isso antes de ir na nutricionista, não sabia como comer e parar de sentir fome.” (HELENA)

Não podemos perder de vista que as escolhas alimentares são decisões complexas ligadas a condições sociais, tradições culturais e a elementos irracionais, e que o comer é também uma atividade social e o alimento é uma questão emocional (ALVARENGA *et al.*, 2004). Além disso, desde o começo de nossas vidas, a alimentação está entrelaçada com emoções, simbolismos e influências socioeconômicas e culturais. Desta forma, alimentar-se implica, sim, fazer escolhas. Mas também implica estabelecer relações, identificar-se ou não com modelos e valores familiares ou de outras pessoas, adaptar-se bem ou mal aos padrões estabelecidos e conviver com hábitos, horários e diversos estilos de vida (EISENSTEIN *et al.*, 2000).

Para dar continuidade à questão da escolha dos alimentos, descreveremos as refeições feitas pelas adolescentes entrevistadas, bem como sua composição.

No apêndice 25 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.3.7 A composição das refeições

De acordo com o Guia para Escolha de Alimentos (PHILIPPI *et al.*, 1999), o dia alimentar de um indivíduo deveria ser distribuído em seis refeições, dispostas da seguinte maneira: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite. Na nossa pesquisa, o número de refeições variou de 3 a 8 por dia. De acordo com Philippi *et al.* (2000), o café da manhã deveria ocorrer entre 6 e 9 horas e constituir 25% das calorias totais do dia. As adolescentes entrevistadas descreveram seu café da manhã da seguinte forma:

“De manhã é difícil eu tomar café, sempre acordo atrasada para sair, ou alguma coisa assim, quando durmo até mais tarde eu já almoço.” (DANIELA)

“Eu acordo meio-dia, não consigo acordar cedo, eu acordo já vou direto almoçar.” (JULIA)

“Ah, tem pão (um, um e meio), café (uma xícara), normal assim.” (CAMILA)

“No café da manhã como uma fatia de pão, com geléia e queijo minas light e nescau, café com leite.” (CAROLINA)

“Tem bolacha, pão, fruta e leite.” (GABRIELA)

“Café da manhã sempre tomo bastante café com leite, [...] torrada com frutas, ou uma fruta, ou iogurte.” (PAULA)

“Quando eu não estou de dieta, é um iogurte e uma fruta. Mas só que, agora que eu tô de dieta, nessa última semana posso escolher entre um iogurte ou uma fruta. Só pra mim perder peso.” (HELENA)

Assim, observamos que o café da manhã das adolescentes entrevistadas que o fazem é composto de alimentos considerados saudáveis. O lanche da manhã, também recomendado, nem sempre é feito, mas quando ele acontece, também é composto por alimentos considerados saudáveis, como comprovam os depoimentos a seguir:

“Aí, às vezes, às 10 um iogurte light, ainda é tudo light, iogurte light.” (CAROLINA)

“Agora o lanche eu não faço mais, eu faço junto, eu fazia, agora faço tudo junto.” (GABRIELA)

“É uma fruta e um iogurte, ou um café e duas torradas, ou uma barrinha de cereais, depende daí de como tá o meu peso, depende.” (PAULA)

“Depois do café da manhã eu como ou fruta, ou pão de queijo no recreio.” (HELENA)

O almoço deveria ser feito entre as 11 e 13 horas, constituindo 35% das calorias totais do dia – a maior refeição do dia (PHILIPPI *et al.*, 2000). Com relação aos alimentos consumidos no almoço pelas adolescentes pesquisadas, destacamos os seguintes depoimentos:

“Normalmente eu faço miojo, [...] como um pãozinho ou alguma coisa assim.” (DANIELA)

“Arroz, macarrão, comida bem normal assim mesmo, sabe, como carne, se tiver gordura, geralmente eu como, frango, tudo.” (JULIA)

“Mas eu como o que tem assim, tipo, feijão, arroz, carne, batata. [...] Umas três colheres de arroz, um pouquinho de feijão. Bem pouquinho. Um pouquinho de carne. [...] Um pouquinho de carne, pouquinho também. Batata, pouco também.” (CAMILA)

“Umas três colheres de arroz, feijão, aí carne ou frango ou peixe e verdura.” (CAROLINA)

“É uma fruta. [...] Sou obrigada a comer carne, arroz e feijão. E um prato de salada.” (GABRIELA)

“Arroz integral, eu vario daí entre peixe, uma vez por semana, [...] aí uma vez por semana ou duas eu como carne vermelha, bife grelhado, frango grelhado, frango assado, feijão e salada, bastante salada.” (PAULA)

“Eu fico comendo, sei lá, pão.” (HELENA)

As refeições são muitas vezes preparadas pelas próprias adolescentes, sendo essa uma prática bastante comum nos transtornos alimentares, e isso se comprovou nos depoimentos das nossas entrevistadas:

“Normalmente eu faço miojo, a minha mãe faz comida, mas eu não gosto de tar comendo.” (DANIELA)

“Já teve fases de eu querer preparar o meu almoço, pra cuidar em tudo assim, pra não deixar ter óleo, tudo que engordasse.” (JULIA)

“Eu geralmente (preparo das refeições).” (CAMILA)

Algumas das adolescentes entrevistadas se livravam da comida ou utilizaram desculpas para não comer, como demonstra os fragmentos abaixo:

“Tem vezes que eu também não almoço.” (DANIELA)

“Não tô com fome... não tô a fim de comer.” (JULIA)

“Dizia que não tava com fome.” (PAULA)

“Eu deveria fazer um prato de comida, mas não tem tempo.” (HELENA)

“Quando eu tava bem em crise, às vezes, eu almoçava antes, longe assim, ou às vezes não comia, dava comida pro cachorro.” (CAMILA)

“Nessa época eu escondia, eu costumava fugir, dava um jeito, ia muito pra sala, fingia que tava vendo televisão, costumava botar pouquinha comida, botava no lixo, dava pro cachorro.” (PAULA)

Ou então, a comida consumida – quando a consumiam – era, na maioria das vezes, em pequena quantidade, como observamos nos depoimentos a seguir:

“Não como muito no almoço. [...] É o horário que eu como menos.” (JULIA)

“Ah, eu como muito pouco, pouquinho, assim.” (CAMILA)

O lanche da tarde, quando é feito, assim como o da manhã, também é composto por alimentos considerados saudáveis pelas adolescentes entrevistadas, segundo seus relatos:

“Às vezes como uma coisa ou outra. [...] Um salgadinho.” (DANIELA)

“À tarde eu não como mais nada mesmo. [...] É bem raro comer alguma coisa à tarde.” (JULIA)

“Como eu trabalho, eu almoço, aí, quando eu volto, eu tomo café.” (CAMILA)

“Às 3 horas eu como, antes não comia quase nada assim, salada de fruta, coisa assim. Agora eu como biscoitinho, ou aquele integral light, ou club social. [...] Na faculdade ela (nutricionista) disse que eu tinha que comer um pouquinho, e aí eu tomo café com leite. [...] Aí 6 horas eu chego em casa e tomo uma vitamina de ovomaltine com leite e, que na real, a vitamina teve que ser colocada porque teve uma época que eu diminui (peso) de novo, há um mês atrás.” (CAROLINA)

“Leite, suco, bolacha e fruta.” (GABRIELA)

“No lanche da tarde eu repito o lanche da manhã, invento alguma coisa. [...] No das 6 horas também, ou eu faço o café da manhã invertido.” (PAULA)

“São dois lanches, é uma merenda e um lanche. Eu posso juntar tudo, quando eu tô na TPM, posso juntar tudo e comer, mas aí sei lá, fruta, iogurte, aquela bolacha, ou pão, pode ser, tem variedade, assim. Aí quantidade controlada.” (HELENA)

O jantar deveria ser feito entre as 19 e 21 horas, constituindo, como o café da manhã, 25% das calorias totais do dia (PHILIPPI *et al.*, 2000). Com relação aos alimentos consumidos no jantar, foram os seguintes os depoimentos das adolescentes:

“De noite eu faço um lanchezinho básico. [...] Ah, pão, às vezes eu coloco uma salsicha ou margarina, alguma coisa assim e pão, não fico me enchendo de coisarada.” (DANIELA)

“Eu como geralmente pão de trigo com queijo, presunto, ricota e alface e tomate. Já é mais saudável. [...] Geralmente como um empanado ou um sanduíche na hora do colégio, ou um pote de açaí com banana.” (JULIA)

“Aí mais à noite eu como uma maçã ou como uma bolacha salgada.” (CAMILA)

“Aí, às 8 da noite, quando eu jantar, eu como um pão, salada, com queijo minas ou com hambúrguer de frango.” (CAROLINA)

“Aí na janta é só leite e fruta.” (GABRIELA)

“Na janta eu faço um sanduíche, peito de peru, queijo light ou queijo cottage, pão e, dependendo pão light ou pão normal, salada, um copo de café, um copo de iogurte.” (PAULA)

“Depois eu janto, em geral hambúrguer de soja, que eu preciso comer um por dia.” (HELENA)

É recomendado ainda que se faça um terceiro lanche, comumente chamado de ceia, composto, como os outros lanches, por 5% das calorias totais do dia (PHILIPPI *et al.*, 2000). Algumas das adolescentes entrevistadas realizam essa refeição, conforme descrito nos depoimentos a seguir:

“Ela (nutricionista) pede pra eu comer a ceia, às vezes eu como, às vezes eu não como, porque é uma maçã ou uma fruta qualquer.” (CAROLINA)

“A ceia também é leite e fruta.” (GABRIELA)

“E na ceia geralmente um café desnatado, uma banana, sempre alguma coisa assim.” (PAULA)

Observando as descrições das refeições feitas pelas adolescentes entrevistadas, constatamos que elas realmente apresentam uma preocupação muito grande em manter uma alimentação saudável; elas consomem alimentos que consideram saudáveis, ainda que, por vezes, em pequenas quantidades ou mesmo pulando algumas refeições.

Durante o final de semana, dois fatores se destacaram. Primeiro, acordar tarde e passar o restante do dia comendo “besteira”, apesar de muitas das adolescentes entrevistadas afirmarem não comer, saindo, desta forma, totalmente do ritmo dos outros dias da semana, como demonstram os depoimentos abaixo:

“Aí no domingo normalmente eu durmo até super tarde, às vezes até pelos remédios que eu tô tomando, daí eu viro o dia, vou acordar de noite. [...] Tomo um refri, [...] vou beliscando. [...] Domingo é um dia que eu não como. [...] Uma bolachinha.” (DANIELA)

“Mas domingo eu acordo tarde, às vezes eu durmo até 3 horas da tarde no domingo, aí acordo, não como, senão é alguma besteirinha. [...] Um sorvete [...] ou uma sobremesa que tiver na geladeira ou um pedaço de bolo, ou uma coisa assim, aí à noite geralmente eu como lanche, domingo é o dia quase que eu menos como.” (JULIA)

Por outro lado, um segundo fator se destacou: algumas das adolescentes entrevistadas em relação à alimentação no final de semana afirmaram comer em excesso ou sentir mais fome por estarem ociosas, como mostram estes depoimentos:

“Sábado que eu mais como, [...] acordo meio-dia, daí eu almoço, daí eu fico a tarde inteira sábado sem fazer nada, daí tudo que vem eu vou comendo.” (JULIA)

“No final de semana eu fico com mais fome porque não tem nada, não trabalho.” (CAMILA)

“Final de semana se eu fico em casa, eu acabo ficando angustiada, eu acabo comendo demais.” (HELENA)

Além das refeições, há também os chamados “extras”, que seria comer algo que seja calórico e diferente do que estão acostumadas a comer na dieta do dia-a-dia, conforme exemplificado no relato desta adolescente:

“A Jaque (nutricionista) meio que me obrigou a comer um ‘extra’ durante a semana, assim. Um extra, qualquer coisa que seja assim, um pedacinho de bolo, ou, mais final de semana. [...] Mas é meio complicado assim, eu sempre fico meio com a consciência meio pesada.” (CAROLINA)

Uma vez observadas as refeições realizadas e seu conteúdo, descreveremos, a seguir, as percepções dessas adolescentes a respeito dos hábitos alimentares de suas famílias, bem como a influência desses hábitos sobre o hábito alimentar dessas adolescentes. Cabe aqui ressaltar a constatação de que o contrário também pode ocorrer: o hábito alimentar da adolescente influenciando o da família.

No apêndice 26 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.3.8 O hábito alimentar da família

Desde o nascimento, os pais têm papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares de seus filhos, seja pelo tipo de alimentação que eles oferecem aos filhos, seja pelos conceitos alimentares que transmitem, sendo que todos esses fatores têm influência na formação dos hábitos alimentares dos filhos. A forma como a família organiza sua dieta – o tipo, a quantidade e a qualidade dos alimentos – pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Mas, além disso, outro fator que tem um papel central é a relação que a família estabelece com a alimentação (COBELO, 2004).

A maioria das adolescentes entrevistadas considerou seu jeito de comer parecido com o da família, como mostram estes depoimentos:

“É (forma de comer da família parecida com a forma dela comer). Bastante gordura, meu pai é mais preocupado assim, sabe, mas a minha mãe não, é bem, bem, ela não é gorda, mas ela tem muita vontade de comer as mesmas coisas que eu, muita massa, não consegue comer um pão só no café da tarde, sempre comendo um pouquinho exagerado, assim, e às vezes horas sem comer também, ela come bem pouco, assim, três refeições, ela acorda de manhã, ela não come de manhã, ela almoça, ela almoça bem, aí toma café às 6 horas da tarde, ela

fica até as 6 sem comer, e depois à noite ela come alguma coisa assim, sempre um lanche, alguma coisa de besteira.” (JULIA)

“Meu irmão sempre foi assim de luta e tal, então ele já era assim de comer comida mais saudável, assim, mas ele come bem, come ovo frito todo dia, mas ele faz bastante atividade física então. [...] Lá em casa o pessoal era de fritura assim, a minha mãe, galinha frita. [...] Antes a gente comia muita besteira, assim, queijo amarelo, [...] a minha mãe sempre foi muito de chocolate, doce assim, sempre, sempre. [...] O meu pai já sempre foi de uma alimentação bem saudável, assim, o prato dele, mais da metade é salada, [...] ele sempre foi assim, de muita fruta, muita verdura. Eu sempre gostei muito de fruta, mas verdura e salada eu tentava fugir o máximo assim, nunca tinha no meu prato e hoje tem. [...] Às vezes a minha mãe faz pro meu pai, que o meu pai gosta de peixe frito, e daquele frango frito.” (CAROLINA)

“Eu acho que já foi parecida (forma de comer da família com a forma dela comer), agora, não. Eu tento outros caminhos, eu tento comer o mínimo possível. [...] Minha família é meio italiana, aí eles têm aquele negócio de massa e, aí eu tento não ligar muito pra isso. Mas lá em casa o pessoal gosta de comer. Só que o problema é que, ao mesmo tempo que o pessoal gosta de comer, eles adoram comparar, falar, ‘ah, porque eu como salada, como isso e como aquilo que faz bem’. Todo mundo se acha melhor, que tem a melhor alimentação, mais saudável, [...] acho que tem uma preocupação com estética lá em casa. [...] Minha mãe tá um pouco acima do peso, um pouquinho, que ela tem hipotireoidismo, que também prejudica.” (HELENA)

Sob outro enfoque, mas no mesmo sentido, algumas das adolescentes entrevistadas consideraram o jeito de comer da família parecido com o próprio jeito, diferenciando apenas na quantidade, conforme é possível observar nos depoimentos a seguir:

“Aham (forma de comer da família parecida com a forma dela comer). [...] A quantidade não. [...] Minha irmã às vezes janta, minha vó janta, meu tio que mora com a gente também, mais eu assim (come pouquinho, só uma frutinha).” (CAMILA)

“Sim (forma de comer da família parecida com a forma dela comer). [...] Não. Isso não (ir diminuindo, diminuindo).” (GABRIELA)

“É. É bem parecido assim (forma de comer da família com a forma dela comer). Na minha família sempre tiveram o habito de comer muita verdura, fazem as refeições à mesa e todos juntos, nos horários. Os únicos costumes que eles não têm e que eu aderi são os lanches, né.” (PAULA)

Outras, ainda, relataram que seu hábito alimentar atual sofreu influência do hábito alimentar familiar:

“Sim (forma de comer da mãe influenciou na forma dela comer). Sim, porque daí eu como o que ela faz. Aí acabo indo, comendo as mesmas coisas que ela. Eu como o que ela traz da padaria assim, daí onde acaba eu tendo o mesmo hábito alimentar dela.” (JULIA)

“Aham (forma de comer da família influenciou na forma dela comer). [...] Tipo de comer, sempre comer pão no café, sabe, no almoço sempre tem arroz, feijão, sabe, alguma carne. [...] É, mais o tipo de comida, a quantidade, eu nunca fui de comer muito, assim. [...] Eles comem bem, assim.” (CAMILA)

“Café da manhã sempre tomo bastante café com leite, como é uma coisa que eu gosto muito, acho que é uma coisa que eu herdei da mãe.” (PAULA)

Houve, outrossim, um relato segundo o qual a adolescente relatou que influenciou o hábito alimentar familiar, tornando-o mais saudável:

“Eu meio que incentivei, obriguei, né, a família toda a comer mais assado, mais grelhado. [...] Meu irmão que diz que eu ajudei a alimentação da família toda porque eu meio que incentivei todo mundo a comer coisas mais saudáveis, assim, né, eu que sempre faço salada e eu faço, eu não deixo muito a minha mãe fazer fritura. [...] Hoje, por causa de mim ela (mãe) meio que evitou muita coisa, muita fritura, aprendeu a comer salada. [...] Hoje eu encho o saco dela pra colocar salada, eu sempre faço bastante salada, então todo mundo assim, acabou se ajudando. [...] Então toda família se ajudou pra ninguém mais comer fritura. [...] Pra mim eu sempre faço e a maioria acaba comendo, né, não tem jeito, peixe assado ou peixe grelhado, então foi bem bom assim, bem bom.” (CAROLINA)

Apenas uma das adolescentes entrevistadas disse acreditar que sua forma de se alimentar não sofreu influências dos costumes alimentares da família, conforme descrito abaixo:

“Não, acho que não (forma de comer da família influenciou na forma dela comer). Eu comia de tudo quando era pequena, assim, verdura, legume. [...] Pela minha mãe eu comia tudo que tinha pela frente.” (DANIELA)

E também apenas uma das adolescentes entrevistadas disse considerar seu jeito de comer diferente do jeito da família, conforme depoimento abaixo:

“Aham (jeito de comer da família é diferente do dela). [...] Meu pai normalmente almoça na sala sozinho, ele gosta de ver TV e tal, daí eu almoço assim com a minha mãe. É tão rápido assim, a gente nem tem tempo de olhar uma pra cara da outra.” (DANIELA)

A relação da família com a alimentação é importante, pois o momento das refeições vai além do seu aspecto nutricional. Constitui um momento de compartilhar, além do alimento, informações, atividades do cotidiano, mensagens, etc. (COBELO, 2004). Para CORDÁS *et al.* (1998), o comer e as emoções estão intimamente relacionados; portanto as refeições devem ser feitas, sempre que possível, com todos os membros da família, com horários definidos e em um ambiente cordial e agradável.

5.2.3.9 Alimentação saudável

Para uma alimentação ser considerada saudável é necessário que estejam presentes alimentos variados de acordo com hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos e necessidades nutricionais de cada indivíduo. Também devem ser considerados o aporte calórico e a inclusão de todos os macro e micronutrientes em quantidades e proporções adequadas (PHILIPPI ; ALVARENGA, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, MS, 2005) uma alimentação saudável deve ser baseada em “práticas alimentares assumindo a significação social e cultural dos alimentos como fundamento básico conceitual”, tendo como principais características: o respeito e a valorização às práticas alimentares culturalmente identificadas, uma vez que o alimento tem significações culturais diversas; a garantia de acesso, sabor e custo acessível, pois ao contrário do que tem sido construído socialmente, uma alimentação saudável não é cara, e deve ser saborosa; é variada: para que possa fornecer os diferentes nutrientes necessários para o organismo; é colorida: de modo a garantir a variedade especialmente em termos de vitaminas e minerais; é harmoniosa: no que diz respeito à quantidade e à qualidade dos alimentos consumidos para o alcance de uma nutrição adequada considerando os aspectos culturais, afetivos e comportamentais; e é segura: do ponto de vista de contaminação físico-química e biológica e dos possíveis riscos à saúde.

Na descrição das adolescentes entrevistadas, o conceito de alimentação saudável pareceu-nos bem mais restrito. Elas o descreveram assim:

“Não muito exagerada, mas também não muito controlada, assim. [...] Comer de tudo um pouco, nos horários certos.”

cada coisa assim, pra não, pra balancear bem a alimentação assim, sabe. Eu acho que é o essencial, mas é o mais difícil, assim.” (JULIA)

“Tu comer, não comer demais, assim, lógico, não comer coisas com muita fritura, mas comer as coisas que tu gostas moderadamente, tipo, vou comer batata frita, mas só vou comer final de semana, vou comer chocolate, como pouquinho. Mas não deixar de comer as coisas que tu gostas. Mas é o que eu não faço.” (CAMILA)

“Uma que faça você se sentir bem com você mesma. Não só assim, o que

adolescentes, pois há casos em que as adolescentes escondem informações do profissional de nutrição, como ocorreu com esta adolescente entrevistada:

“Eu fui numa nutricionista, nós fizemos uma dieta, [...] eu escondi muita coisa dela, tanto da nutricionista como da minha mãe, [...] o que ela me passou assim foi uma dieta bem natural assim, com bastante folhas, verduras, sucos bem extravagantes.” (PAULA)

Além do estabelecimento do vínculo, é importante também que o profissional compreenda as dificuldades dessas adolescentes, ao estabelecer metas a serem alcançadas (DEVORAES; FAGUNDES, 2005). Impõe-se que sejam metas possíveis, para que não haja desmotivação por parte da paciente que, nestes transtornos, normalmente já apresenta um comportamento de não querer alimentar-se, como nos mostra o depoimento abaixo:

“Eu fui na nutricionista e ela me dava muita coisa gordurosa, mandava eu comer cachorro quente, batata frita, fritura, coisa que eu não conseguia, me dava nojo de olhar, sabe, eu tinha horror a comer, [...] eu não conseguia nem olhar aquilo, então eu conseguia fazer três dias aquilo, porque eu queria melhorar, eu, eu tava fazendo esforço.” (CAROLINA)

Quando há o estabelecimento de um vínculo entre nutricionista e paciente, quando há um sentimento de compreensão, constata-se a obtenção de resultados positivos, como mudanças no comportamento alimentar. Isso se comprovou nos relatos destas adolescentes:

“Essa (outra nutricionista) foi minha salvação. [...] Ela fez um acordo comigo, ela disse, ‘eu não quero te engordar, eu quero te nutrir, não me importa tu ganhar peso, eu só quero que tu fique nutrida pra ti não ficar doente, [...] e realmente eu não engordei nenhuma grama, dessa primeira semana que eu fui nela, e aí o que que ela me dava, ela me dava coisas lights, que eu conseguia comer, sabe, ela disse pra mim não forçar, se eu sentisse dor no estomago não era pra comer tudo e tal, então aos poucos assim, e eu fui aprendendo a comer, [...] aí eu fui adorando porque eu tava, eu aprendi que comendo eu não tava engordando. [...] (a nutricionista) foi a única pessoa que conseguiu me fazer comer, porque eu não engordava, sabe, eu sentia que eu podia comer que eu não engordava, e ela entendia que eu não queria. [...] Foi a primeira pessoa que falou que eu confiei de verdade; as outras eu nunca tinha confiado mesmo, porque ela me provava as coisas, ela não dizia ‘tu tem que comer e deu’, ela dizia porque que eu tinha que comer.” (CAROLINA)

“Como eu tenho acompanhamento nutricional com a nutricionista (outra nutricionista) eu como de tudo, eu como tudo que eu gosto. [...] Eu não comi carne vermelha por um bom tempo. Mas, daí, a pedido da nutricionista eu voltei a comer.” (PAULA)

Outro fator que merece destaque foi a disponibilidade dessas profissionais para atender e orientar essas adolescentes fora do horário das consultas e do consultório, conforme mostram os relatos dessas duas adolescentes:

“Ela fica na internet 24 horas por dia assim, no MSN, então eu às vezes ficava apavorada assim, porque eu tinha comido alguma coisa, aí eu ia no MSN, ela já me acalmava, assim, dizia, ‘não, não tem problema’, ou ‘tem, tenta não comer isso’.” (CAROLINA)

“Se é uma coisa que sai da minha rotina, já fico pensando, ‘será que tem problema?’”, daí ligava pra minha nutricionista, aí, coisas que a gente vai ajustando daí.” (PAULA)

No apêndice 27 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.4.2 A percepção do julgamento do outro

É comum pessoas com transtornos alimentares evitarem ou não conseguirem comer na frente de outras pessoas, sentindo medo ou incomodo nestas situações (ADA REPORTS, 2001; ALVARENGA; DUNKER, 2004; DSM-IV-TR, 2002). Além disso, há outros sentimentos presentes nestas situações – estar sendo julgada pelos outros, vergonha, sensação de ficar obesa perto das pessoas. Alguns depoimentos das nossas entrevistadas confirmaram tais sentimentos:

“Antes, nem pensar comer na frente das pessoas. [...] Eu não conseguia enfiar um garfo na boca, não conseguia de jeito nenhum comer na frente das pessoas. [...] Eu achava que as pessoas iam me achar [...] muito gulosa, que iam me achar uma morta de fome. [...] Pra mim era isso, sabe, eu me sentia dessa forma.” (CAROLINA)

“Quando eu tô perto de amigos, em geral, eu tento comer o mínimo possível. Eu tenho vergonha de comer perto dos outros. Como se fosse ficar muito obesa perto deles. Sei lá, eu me sinto julgada.” (HELENA)

Além da dificuldade de comer diante dos outros, algumas adolescentes ainda sentem-se julgadas ou têm medo de ser julgadas pelos outros por suas escolhas alimentares, de acordo com os seguintes relatos:

“A minha irmã (julga). [...] Só que ela não entende. [...] Geralmente quando eu recebo, principalmente uma crítica dela, (fico) bem mal. [...] Ah, me dá uma dor no peito, assim, eu me sinto um lixo, assim, às vezes a gente briga.” (CAMILA)

“Eu tenho medo que as pessoas pensem assim em relação ao que eu como, vão pensar ‘não, é uma gorda’, assim, eu tenho medo, sabe. [...] Acho que não é obrigação das pessoas me entenderem porque elas não tão passando pela mesma situação. [...] Mas às vezes eu fico um pouco triste, porque não é porque você não entende que você tem que jogar na minha cara, que eu sou uma merda.” (HELENA)

No apêndice 28 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.4.3 Relação com os pais

A família possui uma função de grande valor e de suma importância no tratamento dos transtornos alimentares. Ao se observar a dinâmica familiar, é fundamental considerar suas histórias específicas, impregnadas dos costumes e legados transgeracionais, da cultura, seja de modo geral ou mais relacionada com o significado, e a importância do alimento e do comer, tendo como enfoque principal o de que cada sistema familiar é único (COBELO *et al.*, 2004). Esta pesquisa não tinha o objetivo de abordar temas familiares, porém este tema surgiu de forma muito intensa e, devido à sua importância, descreveremos as falas das adolescentes referentes às suas relações com os pais, irmãos e namorados.

Quando as adolescentes entrevistadas falaram da relação com os pais, surgiram sentimentos como culpa, sofrimento, mal-estar e insegurança, que podem ser observados nos depoimentos abaixo:

“Tenho medo de depois meus pais colocarem a culpa em mim.” (JULIA)

“(o pai) Faz aquela pressão, aí eu fico mal. [...] (a mãe) Nunca foi mãe, assim, de verdade. [...] Eu sou bem insegura, eu não sei porquê assim, pode ser alguma relação com isso.” (CAMILA)

“(os pais) Tavam naquele desespero e me faziam sentir mal, que eu acabava me sentindo mal de ver eles daquele jeito e ficava pior.” (CAROLINA)

“(os pais) Brigam muito comigo, mas é porque eles não entendem, eu sei. [...] Sofro bastante. Sei que eles também sofrem, mas eu sofro duas vezes. Sofro por eles e sofro por mim. [...] (o pai) Dizia que a minha barriga era grande. [...] Ah, é ruim.” (GABRIELA)

“(a mãe) Me fez sentir muito idiota. Aí foi horrível.” (HELENA)

O relato da relação com as mães trouxe reações bem mais variadas do que aquela com os pais. Houve situações em que apenas as mães sabiam dos comportamentos das filhas, ficando os pais de fora, como mostram esses depoimentos:

“Só a minha mãe (sabia que tomava medicamento).” (JULIA)

“Minha mãe sempre tentava esconder um pouco as coisas dele assim. [...] Tinha esse hábito de resolver tudo sem envolver meu pai.” (PAULA)

Relatos de algumas das adolescentes descreviam mães que tentavam entender a situação, mães que não foram “mães de verdade” e mães que assumiam a “culpa” pelo transtorno da filha, como demonstram os seguintes trechos:

“A minha mãe tentava me entender, mas é mãe.” (CAROLINA)

“A minha mãe é dependente química, [...] e ela nunca foi mãe, assim, de verdade.” (CAMILA)

“Ficou perguntando porque eu tinha feito isso, que a culpa era toda dela. [...] Ela jogou a culpa nela mesma.” (HELENA)

No que concerne à relação com os pais, constatamos aspectos mais positivos, embora com certas restrições, em alguns casos, conforme os relatos a seguir:

“Meu pai mesmo era o que mais sofria, [...] ele tinha muito medo.” (CAROLINA)

“Ele deu muita força pra fazer tratamento, ele que foi atrás.” (PAULA)

“Quando o meu pai sabe, ele fica falando, ‘ai, eu não tô dormindo direito por causa disso.’ [...] Faz aquela pressão.” (CAMILA)

“Meu pai, ele é bem delicado pra falar essas coisas. [...] Mas ele quase não fala a respeito comigo.” (HELENA)

Porém, o depoimento de uma adolescente em relação ao pai chamou-nos especialmente a atenção: apesar de a filha se encontrar com 21kg, internada no hospital, o pai ainda fazia críticas ao corpo dela. Esta adolescente comentou que o pai é muito preocupado com aparência, conforme descrito abaixo:

“O meu pai assim, ele é bem preocupado com a aparência. [...] Falava da minha barriga, assim, mas, quando eu tava internada no hospital ele falava. [...] É (com 21kg). Ele dizia que a minha barriga era grande. [...] Ele dizia que eu tava com o braço, tudo fino, mas a barriga não.” (GABRIELA)

No apêndice 29 encontra-se a síntese completa das unidades de significados que compõem a temática descrita nesta seção.

5.2.4.4 Relação com irmãos

Os depoimentos referentes à relação com os irmãos demonstram que esses relacionamentos são tão variadas quanto os que ocorrem com as mães. Houve um relato no qual a irmã se preocupava e queria cuidar da adolescente com o transtorno:

“Ai, pára, come isso, não vai te engordar, come uma vez ou outra. [...] Fica tranqüila, eu vou cuidar pra tu não fazer isso (falas da irmã).” (CAMILA)

Uma das adolescentes relatou que o irmão a ajudou, sendo o seu apoio, conforme trecho abaixo:

“Ele me ajudou muito assim, às vezes tava todo mundo chorando e ele tava mais

assim, forte assim, do meu lado, então, ele foi 2955851033(1)(d)-029558533(0) com BT-4(-)-ê.2312(5(d)-0.295585(6)-0.2955853-1.22997.74(n)-0.29558(6) f.2.712(3)-2.1633(0)-0.146371(11.2.715810.3015(f)-

semana tar bonita pra ele. [...] Chegava na 5ª e 6ª feira eu só conseguia comer e ficava horrível.” (PAULA)

É interessante observar como questões referentes à alimentação surgiram também no momento de outro relacionamento, conforme outro relato seu:

“Eu tô começando a namorar, faz pouco tempo ainda, não me equilibrei direito,

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos meses, a anorexia e a bulimia nervosas tornaram-se importantes temáticas de discussão na mídia brasileira e mundial. Personagens de novelas do principal canal de televisão aberta do país portadoras de quadros de anorexia e bulimia nervosas, manchetes de capas de revistas, jornais e temática central de diversos programas de variedades, tanto na televisão quanto no rádio, contribuíram para aumentar os índices de audiência desses veículos de comunicação⁶.

Toda essa discussão traz um aspecto positivo: a disseminação da informação sobre esses transtornos alimentares pelos chamados veículos de comunicação de massa. Assim, quanto antes for detectado um transtorno alimentar, maiores as chances de um bom prognóstico. À medida que a atenção das pessoas é chamada para esses transtornos do comportamento alimentar e que a população toma conhecimento de sua existência, sintomas e conseqüências, maiores são as chances de serem descobertos em um tempo menor. Vistos muitas vezes como mania de adolescente, por conta da falta de informação, os episódios recentemente divulgados pelos meios de comunicação levam ao conhecimento do público leigo que a anorexia e a bulimia nervosas podem matar.

Em nossa pesquisa consideramos que as pessoas mais indicadas para fornecerem informações a respeito dos transtornos alimentares eram os próprios indivíduos acometidos por essas patologias. Desta forma, com o objetivo de compreender o significado da experiência vivida por pessoas com transtornos alimentares, especificamente adolescentes do sexo feminino, fomos ao encontro delas. Esse contato nos permitiu conhecer suas vivências e sentimentos relacionados direta e indiretamente a seus transtornos alimentares.

Descobrir *o que* são os transtornos alimentares não é uma tarefa muito difícil, uma vez que há inúmeros artigos científicos e vários livros que os descrevem. Nossa proposta era mostrar *como* são esses transtornos na visão de quem está passando por eles.

No contato com as adolescentes entrevistadas, chamou-nos a atenção a disponibilidade em abrirem as portas de sua existência e compartilharem a história de seus transtornos e de suas vidas, mesmo na presença do sofrimento que tantas vezes surgia diante de um silêncio profundo ou das lágrimas que quase, ou por vezes, caíam.

⁶ A morte de uma modelo de 21 anos por anorexia nervosa trouxe ainda mais à tona a questão dos transtornos alimentares.

O contato com essas adolescentes foi enriquecedor. As entrevistas individuais possibilitaram descrever comportamentos, atitudes, sentimentos e percepções que nortearam nosso estudo. Muitos de nossos achados corroboram o conteúdo da literatura científica existente, como, por exemplo, o indício de que o início do transtorno alimentar verifica-se a partir de uma restrição dietética progressiva (APPOLINÁRIO, 2000; BEUMONT, 2002).

Um sentimento que perpassa a existência de todas as entrevistadas e que se destacou no contato com essas adolescentes – ainda que nem sempre tenha sido mencionado com todas as letras, mas observado tanto no discurso quanto no contato com elas – é o sofrimento. Sofrimento por engordar, por não se achar magra o suficiente, por comer demais, por não comer, por provocar vômito, por tomar laxantes e diuréticos, por tentar suicídio, por ver os pais sofrendo, por não se sentirem compreendidas nem pelos outros, nem por si próprias. Enfim, o sofrimento parece ser um companheiro constante dessas adolescentes.

Para as sete adolescentes entrevistadas, viver com transtorno alimentar foi descrito como algo negativo. Essa constatação decorre, possivelmente, do fato de todas (exceto uma delas) encontrarem-se em tratamento e terem, portanto, consciência de estar com um transtorno alimentar. Segundo Gorgati e Amigo (2005), os transtornos costumam ser vistos pelos portadores como a solução e não como o problema. Nossas entrevistadas, contudo, referiram-se aos transtornos como algo ruim, que faz mal, difícil, obsessivo, horrível, complicado, chato, um pesadelo, provocando diversos desejos como vontade de morrer, de não sair de casa, de dormir o tempo todo, de chorar, de ficar sozinha, de não comer ou de comer sem parar. Foram associados ainda a esses transtornos sentimentos como angústia, medo, pavor, infelicidade e mal-estar, deixando ainda mais evidente o sofrimento vivido por essas adolescentes.

Diante disso, pudemos observar também o quanto a aceitação do transtorno alimentar como doença é difícil tanto para quem está passando por isso, quanto para os familiares e amigos que convivem com elas.

A descrição da relação dessas adolescentes com a comida nos mostrou o quanto a alimentação está, muitas vezes, relacionada com o estado emocional, sendo que algumas dessas adolescentes relataram que em momentos difíceis buscam a comida enquanto outras, por sua vez, se afastam totalmente dela. Cabe, entretanto, destacar a constatação inversa: quando se trata de situações aprazíveis não surge nem a necessidade de comer em excesso nem a de restrição alimentar.

“extras”. A maioria das adolescentes entrevistadas considera seu jeito de comer parecido com o da família; algumas consideram o jeito de comer da família parecido com o próprio, diferenciando apenas na quantidade. Outras ainda consideram que seu hábito alimentar atual sofreu influência do hábito alimentar familiar e uma delas considera que ela influenciou o hábito alimentar familiar, tornando-o mais saudável.

Abordar os transtornos alimentares a partir do olhar da nutrição, aliado ao da psicologia, foi uma experiência extremamente rica, pois nos proporcionou contemplar este fenômeno por um outro prisma – o da relação com a comida – e confirmar o quanto a forma de se relacionar com a comida está ligada a questões emocionais. E, apesar do conhecimento teórico e da prática clínica com pessoas com transtornos alimentares, esta “interseção” da nutrição com a psicologia propiciou, ainda, ver algo relativamente conhecido com novos olhos. Emprestamos as palavras de Velho (1982, p.131) que descrevem com perfeição nosso sentimento:

[...] chegar a ver o familiar não necessariamente como exótico, mas como uma realidade bem mais complexa do que aquela representada pelos mapas e códigos nacionais básicos e de classe através dos quais fomos socializados. O processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações.

Além disso, este estudo, durante a sua realização, nos provocou mudanças significativas, tanto nos aspectos pessoais quanto profissionais, abrindo questões para uma reflexão futura.

Com relação ao método adotado neste estudo, acreditamos que a escolha do método qualitativo, centrado numa abordagem fenomenológica, confirmou-se de fato o mais adequado de acordo com os objetivos propostos. O método adotado nos possibilitou o acesso ao conteúdo de forma profunda, não generalizadora nem tampouco interpretativa, como descreve Heidegger (1989, p.65): “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”.

Este trabalho, conforme já apontado, buscou compreender o significado da experiência vivida de transtornos alimentares ao invés de explicá-lo, pois na perspectiva fenomenológica adotada é a compreensão do fenômeno que nos possibilita abranger sua totalidade em suas múltiplas dimensões. Desta forma, este estudo nos proporcionou mostrar como é viver com transtorno alimentar na visão de cada uma das sete adolescentes entrevistadas. Sentimos que a missão foi cumprida!

Porém, não podemos parar por aqui: é fundamental que mais estudos sejam feitos sobre este tema, especialmente dando espaço às pessoas portadoras dos transtornos alimentares que tanto nos têm a dizer. De suma importância também é a informação e a divulgação sobre esses transtornos alimentares, bem como sobre os tratamentos adequados e os profissionais indicados para contribuir nesses casos, numa tentativa de evitar que o sofrimento das pessoas acometidas passe despercebido e se prolongue por um tempo ainda maior ou – ainda mais grave – leve a um desfecho trágico.

Por fim, gostaríamos de encerrar estas considerações finais com uma colocação de Amatuzzi (1989, p. 195), que sintetiza nosso sentimento: “existe um momento que sentimos que terminou. Mesmo que esse término seja de um ciclo, etapa ou momento, embora não do processo como um todo. É preciso também decidir terminar, pois há sempre algo que poderia ainda ser dito”.

7 REFERÊNCIAS

ABEASTURY, Arminda. O adolescente e o mundo atual. *In:* ABEASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ADA – American Dietetic Association – Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). **Journal of American Dietetic Association**, v.101, n.7, p. 810-819, 2001.

ALVARENGA, Marle. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. *In:* PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004.

ALVARENGA, Marle; DUNKER, Karin L. L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. *In:* PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004

ALVARENGA, Marle; LARINO, Maria Aparecida. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl.3, São Paulo, dez. 2002.

AMATUZZI, M. M. **O resgate da fala autêntica: filosofia da psicoterapia e da educação**. Campinas: Papyrus, 1989.

AMATUZZI, M. M. A investigação do humano: um debate. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.11, n.3, p. 73-78, 1994.

AMATUZZI, M. M. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, v.13, n.1, p. 5-10, 1996.

AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. *In:* BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. **Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) PRACTICE GUIDELINES. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. **American Journal of Psychiatry**. v.157, n.1, s.l, 2000.

AMIGO, Veruska Lastória. Comorbidades Clínicas e Psiquiátricas. *In*: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

ANDRADE JÚNIOR, Moacir Couto de. Reconhecendo os distúrbios do comportamento alimentar, do peso corporal e da nutrição em medicina interna: aspectos

BEUMONT, Pierre J. V. The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa. *In*: FAIRBURN, C. G.; BROWNELL, K. D. (eds.) **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook**. 2. ed. Nova York: The Guilford Press, 2002.

COBELO, Alicia Weiz. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. *In:* PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004.

CONDE, Wolney L.; MONTEIRO, Carlos A. Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. **J. Pediatr. (Rio de J.)**, Porto Alegre, v. 82, n. 4, 2006.

COPPE, Ângelo A. F. **A vivência em grupos de encontro: um estudo fenomenológico de depoimentos**. 2001. 151f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CORDÁS, T. A. *et al.* **Anorexia e bulimia – o que são? Como ajudar?** Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares em discussão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.21, n.4, dez., 2001.

CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, 2004.

CORDÁS, Táki A.; SALZANO, Fábio T.; RIOS, Sonia R. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. *In:* PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004.

DEVORAES, Ana M. R.; FAGUNDES, Ulysses. Avaliação e orientação nutricional. *In:* CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

DIETZ, W. H. You are what you eat – what you eat is what you are. **Journal of Adolescent Health**, v.11, 1990, p.76-81.

DSM-IV-TR: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

DUNKER, Karin L. L.; PHILIPPI, Sonia T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, jan./mar., 2003.

DUNKER, Karin L. L.; PHILIPPI, Sonia T. Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de prevenção. *In*: PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004.

DWYER, W. H. Adolescencia. *In*: ZIEGLER, E. E.; FILER JR., L. J. **Conocimientos actuales sobre nutrición**. 7.ed. Ilsi, 1997.

EISENSTEIN, E. Repercussões da desnutrição. *In*: Nóbrega, F. J. **Distúrbios da nutrição**, Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 175-183.

EISENSTEIN, E.; COELHO, K.; COELHO, S.; COELHO, Maria. Nutrição na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, p. 263-274, s.3, 2000.

FAIRBURN, C. G.; WALSH, B. T. Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified). *In*: FAIRBURN, C. G.; BROWNELL, K. D. (eds.) **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook**. 2. ed. Nova York: The Guilford Press, 2002.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FISCHER, M. *et al.* Eating disorders in adolescents: a background paper. **Journal of Adolescent Health Care**, New York, v.16, n.6, p. 420-437, 1995.

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

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2004.

FRANÇA, C. **Psicologia fenomenológica: uma das maneiras de se fazer**. Campinas: Editora da Unicamp, 1989.

GARCIA, R. W. D. A. **A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar**. São Paulo, 1999, Tese (doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

GOMES, W. B. O critério metodológico da fenomenologia estrutural na análise de depoimentos. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.4, n.1/2, p. 98-102, 1989.

GORGATI, Soraia Bento; AMIGO, Veruska Lastória. Anorexia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. *In*: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

GORGATI, Soraia Bento; HOLCBERG, Alessandra S.; OLIVEIRA, Marilene Damaso de. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, s.3, p. 44-48, dez.0.295585(-)-0.146571(-)-85(o)-0.295

MARTINS, J.; BOEMER, M. do R.; FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para a pesquisa – algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n.24, v.1, p. 139-147, abr. 1990.

MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 3.ed. São Paulo: Centauro, 2003.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MATTOS, Joana Martins. **A visão de saúde e doença da gestalt-terapia na compreensão da compulsão alimentar**. 2000. 32 f. Monografia de Conclusão do Curso de Capacitação e Treinamento em Gestalt-terapia. Dialógico – Núcleo de Gestalt-terapia.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **O que é uma alimentação saudável?** Considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/o_que_e_alimentacao_saudavel.pdf>
Acesso em: 26 nov. 2006.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MORGAN, Christina M.; VECCHIATTI, Ilka R.; NEGRAO, André B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, s.3, p. 18-23, 2002.

NEGRÃO, André Brooking. Mecanismos regulatórios do apetite, da fome e da saciedade nos transtornos alimentares. *In*: PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004.

NUNES, M. A. *et al.* Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. **Eating Weight Disord.**, v.8, n.2, p. 1-7, 2003.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. O adolescer em jovens portadores de doenças orgânicas crônicas. *In:* GOMES, W. B. **Fenomenologia e pesquisa em psicologia**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1998.

PERLS, Frederick S. **Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud**. São Paulo: Summus, 2002.

PHILIPPI, S. T. Guia Alimentar para o ano 2000. *In:* ANGELIS, R. C. **Fome oculta: impacto para a população do Brasil**. São Paulo: Atheneu, 1999, p.163.

PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. Alimentação saudável: princípios e recomendações. *In:* PHILIPPI, Sonia T.; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004.

PHILIPPI, Sonia T. *et al.* Alimentação saudável na infância e na adolescência. *In:* Silva, M. V. *et al.* (Org.). **Curso de Atualização em alimentação para professores da rede pública de ensino**. Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (Esalq), Piracicaba, 2000. p.46-60.

PHILIPPI, Sonia T. *et al* Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, 1999.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, 2004.

POULAIN, Jean-Pierre e PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, v.16, n.3, p. 245-256, jul./set. 2003.

RIBEIRO, Jorge P. **Gestalt Terapia: Refazendo um Caminho**. 4.ed. São Paulo: Summus, 1985.

RUSSELL, G.F.M. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 9, p. 429-448, 1979.

SAIKALI, Carolina Jabur *et al* . Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004.

SALLES, Raquel K. **Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota Programa de Gestão Humanizado: sua influência no comportamento alimentar**. Florianópolis, 2004, Tese (doutorado) – Universidade Federal Santa Catarina.

SANTOS, Mariana Xavier. Adolescência. 2005. Disponível em:

<http://www.italiamiga.com.br/artecultura/artigos/Ciranda_de_poesias.htm> Acesso em: 15 out. 2006.

SAPOZNIK, A; ABUSSAMARA, E. V.; AMIGO, V. L. Bulimia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. *In*: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

SCHMERLING, A; SCHATTNER, P.; PITERMAN, L. Qualitative research in medical practice. **The Medical Journal of Austrália**, v.158, p. 619-625, 1993.

SCHNEIDER, Jacó F. A enfermagem psiquiátrica e a temporalidade na fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, p. 177-192, set./dez., 1997.

SPEAR, Bonnie A. Nutrição na adolescência. *In*: MAHAN, Kathleen L.; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause alimentos, nutrição & dietoterapia**. 10.ed. São Paulo: Roca, 2002.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. 149p.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Valéria Cristina Ribeiro, PRIORE, Sílvia Eloiza, RIBEIRO, Sônia Machado Rocha *et al.* Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, v.15, n.3, p. 273-282, 2002.

WEINBERG, C. Vítimas da fome. *In*: WEINBERG, C. (Org.). **Geração delivery**. São Paulo, Sá Editora, 2001.

World Health Organization (WHO). **BMI Classification**. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 18 set. 2006.

World Health Organization (WHO). **Child and adolescent health and development**. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm>. Acesso em: 11 out. 2005.

YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo e awareness – ensaios em gestalt terapia**. São Paulo: Summus, 1998.

ZACCARELLI, Eliana M. Modelo transteórico e curso de vida. *In*: FISBERG, R. M. *et*

APÊNDICES

APÊNDICE 1
ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

GUIA DE ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ADOLESCENTES
PROJETO: TRANSTORNOS ALIMENTARES –
A VEZ E A VOZ DOS ADOLESCENTES

1. IDENTIFICAÇÃO – INICIAIS DO NOME:
2. COGNOME:
3. IDADE:
4. GRAU DE INSTRUÇÃO:
5. PESO:
6. ALTURA:
7. PROCEDÊNCIA:
8. DIAGNÓSTICO:
9. SINTOMAS APRESENTADOS:
10. INÍCIO DO TRANSTORNO:
11. INÍCIO DO TRATAMENTO:
12. QUESTÃO INICIAL DE ABORDAGEM:
Como é ter um transtorno alimentar?
13. QUESTÕES A SEREM INCLUÍDAS APÓS A QUESTÃO INICIAL:
Como é o seu dia alimentar habitual?
Como é a sua relação com a comida?

Apêndice 2

Unidade de significado 1: Percepções do Início dos TA's segundo Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

*“Aconteceram algumas coisas em casa, eu tava meio estressada eu lembro que tinha parado tipo, **fui começando a parar de comer**, e tal, daí foi indo assim, até eu resolvia, fui vendo umas propagandas de quem vive de luz, não sei o que, começava a entrar em site e tal, às vezes eu meio que duvidava, pelo menos a pessoa não tomar água, né, comecei a tentar assim, **aproveitava que eu não tinha fome e continuei, fui indo, fui indo, fui indo.**”*

passando o verão inteiro eu fui vendo e fui ficando com medo assim [...]. Todos os anos assim eu já tinha um problema que eu ficava um tempo, uns 10 dias sem conseguir comer [...] porque eu comia e sentia muita dor, pesava muito o meu estomago assim, [...] eu não conseguia mesmo comer. [...] Normalmente assim o verão ou o meio do ano, [...] aí eu emagrecia bastante também assim 5 kg, que eu não conseguia comer, mas não porque eu ia engordar, mas da última vez que isso aconteceu, aí já foi, já começou a ter a doença.[...] Aí eu comecei a olhar as calorias quando eu voltei a comer, aí eu fui ficando cada vez com mais medo, meu Deus como tem caloria [...]. Começou tudo aí. Tinha medo, eu sentia que se as pessoas engordavam, eu também podia engordar, né?”

Carolina

“Eu, assim, parei de comer, assim. Ainda assim deixaram eu quase comer. [...] Me achava muito gorda, ainda me acho assim. [...] Pesava 38. [...] Quando eu parei de comer eu cheguei a 21. [...] Me achava muito gorda. [...] Hoje eu me acho. [...] Enorme, assim, ui, sei lá, não gosto. [...] Eu tirei o pão, depois o arroz, depois a carne. Carne eu já não era de comer muito, nunca comi, assim, mas aí eu deixei de comer mesmo. Daí ainda com 13 anos eu comia só banana e tomava café, não almoçava. Foi onde eu fui tirando, tirando, tirando. [...] Foi mais na época que eu tava começando a me desenvolver, assim. Uma tristeza assim, ficava bem mal. Que eu sempre era a baixo do peso, que eu tenho problema no coração, e daí eu botei marca-passo, e os médicos falaram que ia crescer, ia isso, ia aquilo, e eu não gostei. [...] Quería (crescer), mas eu não gostei de crescer, sei lá, de começar a pegar corpo, de crescer eu gostei.”

Gabriela

“Começou quando eu tinha mais ou menos uns 16 anos, tava no 2º grau, eu comecei a ter anorexia, comecei a emagrecer e aí não percebia, assim o que que era, eu não sabia. [...] No início eu só achava que tava gorda, daí eu queria emagrecer. [...] Eu pesava 50 kg, 2 kg a mais do que atualmente, daí eu achei que tava gorda, tinha que emagrecer. Daí sempre que eu emagrecia eu achava que não era suficiente. [...] Eu cheguei a pesar 37 kg a ultima vez que eu me pesei, devo ter pesado menos que isso, mas quanto mais eu emagrecia parecia que mais gorda eu ficava, então tava sempre querendo emagrecer, passei três dias sem comer, parei daí, eu fui cortando refeições aos pouquinhos assim, isso num período de 6 meses mais ou menos, até eu ficar completamente louca.”

Paula

“Eu tava meio deprimida ano passado, aí eu sempre, desde que eu era, eu comecei a engordar eu acho com 8 anos de idade, aí, sei lá, eu sempre me achei gorda pra caramba. Aí eu fui emagrecendo dos 14 anos pra cá, só que pra mim eu continuo, eu sei que eu não tô mais tão gigantesca, mas pra mim, [...] eu tô acima do peso. Aí, sei lá, eu sempre tive essa história assim, essa neura. De bulimia mesmo eu comecei faz um ano. Não tem muito motivo, não sei explicar direito. Também assim, insatisfeita comigo. Aí eu comecei a por pra fora. [...] Sabe a gente vê tanta gente por aí que fica querendo emagrecer o tempo todo e não faz nada, só fica ‘ah, eu to gordo’ e não sei o

que. Na verdade eu fazia isso. Ai a minha mãe falou 'Porque você não para de falar e, você não ta gorda, mas se você, porque você não para de falar e faz alguma coisa?'. Aí de uns tempos pra cá eu parei de falar, realmente, eu parei e comecei a fazer alguma coisa por mim, só que eu não fiz certo."

Helena

Apêndice 3

Unidade de significado 2: Viver com Transtorno Alimentar na percepção de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Ah, é ruim. Apesar que assim, antes eu não via como anorexia, na realidade pra mim eu só aproveitava que eu não tava sentindo fome, depois que eles falaram. Da bulimia eu já não gosto [...] Não sei assim, parece que já virou aquela rotina, mas eu sei que faz mal, entende?”

Daniela

“É horrível. Eu tenho muita vontade de dormir direto, direto. Às vezes eu tenho vontade de não sair de casa, às vezes eu paro e penso o que eu fiz comigo, assim, o fato de ter tomado anfetaminas que mexeu totalmente com meu psicológico, não tem concentração nenhuma mais, não consigo estudar, não consigo trabalhar, tudo tem que ter muita força de vontade, às vezes falta porque é muito complicado lidar com isso, é complicado fazer os teus pais entenderem o que que tu passa. Às vezes tu tem vontade de ficar sozinha, as vezes tu tem vontade de não comer nada, ficar dias sem comer, ficar 48 horas as vezes só no liquido e às vezes tem vontade de comer compulsivamente assim, sem parar, aí se olha no espelho, eu tô gorda, aí quando tu come, sabe, e as vezes, não, mas eu emagreci demais, aquela coisa, assim. [...] Isso não me deixa andar, não deixa minha vida andar, sabe, é bem difícil, assim. Muito complicado. Mexe muito, muito com o emocional principalmente, às vezes da crise de choro direto assim, vontade de chorar, chorar, chorar, por favor, eu quero que tudo mude, eu não quero passar mais por isso, eu quero trabalhar e estudar e ter uma vida normal.”

Julia

“Às vezes eu vou botar, quando eu to mais gorda assim, bota uma roupa e tá apertada eu me sinto tão mal assim, não dá vontade de sair, as pessoas me verem, sabe, vou numa loja provar uma roupa, é uma dificuldade, sabe? Pra usar blusa tem que ficar tapando a barriga, tem que, ta todo mundo te notando, ‘ah, aquela guria tá gorda’. [...] Só gente mais conhecida (falou), ‘ah, tá mais gordinha’, alguma coisa assim, sabe, mas gente desconhecida não. [...] Ah, me senti bem mal assim, bem mal. Até quando eu tô magra e as pessoas falam que eu tô magra, eu não, eu quero ficar magra, mas eu às vezes eu fico meio assim, sabe? [...] Tipo, se a pessoa fala que tá magra, aí tu fica assim, ‘Ah, eu não posso engordar, né, eu quero ficar magra’. [...] Tô sempre preocupada, às vezes quando tô mais gorda fico tão triste que não dá vontade de sair de casa, sabe, tudo por causa, tudo relacionado a isso, sabe. Às vezes eu emagreço bastante, só que também quando eu tô muito magra, eu também não me sinto muito bem assim, mas eu também não quero engordar, não vou comer mais pra não engordar, sabe. Tudo relacionado a isto.”

Camila

“Eu sentia vontade de morrer, várias vezes assim [...] tive vários momentos assim de morrer, eu colocava a magreza acima de qualquer outra coisa, cheguei a 38 kg. [...] A gente se pesa a todo instante qualquer coisa que tu come tu acha que já engordou assim uns 3 kg, qualquer coisa, então, é um medo constante, eu tinha pavor assim, eu não

conseguia nem dormir assim pensando que eu tava engordando, não dormia direito, chorava muito, [...] a gente tem pavor de comer mesmo que as pessoas digam, ‘ah, mas não é assim, tu não tá gorda, tu tá super magra’, eu não conseguia. [...] **Quando eu sabia que as pessoas também sabiam da minha doença e querendo ou não eles acabavam falando, aí eu ficava pior ainda, porque aí mais pessoas me enchendo o saco, e aí eu sentia vontade de não sair mais de casa** porque eu saia de casa todo mundo ficava falando desse problema, todo mundo ficava falando desse problema, e a maioria das pessoas não entende esse problema, então, **era bem complicado [...] bem chato.**”

Carolina

“(o período de tratamento) **eu acho que é o mais difícil**, porque precisava chegar no 38,500, precisa, né, daí e é o peso que eu mais tenho medo, então, sou obrigada a chegar, acho que é o mais difícil. [...] Sou uma pessoa, sou extremamente calma, mas se tocar nisso eu fico nervosa. [...] Isso de mandar comer, fazer alguma coisa assim, viro outra pessoa. [...] Não sei também, sei lá, tem outras coisas, que tá mudando assim. [...] Tô mudando assim, eu tô me sentindo mais feliz, não com o meu corpo, mas eu tô, fazendo as minhas coisas, coisa que eu não fazia mais. Isso é bom. [...] Tô conseguindo levar a minha vida, coisa que eu achei que eu não ia conseguir. [...] Porque **eu achei que eu ia ser muito infeliz.**”

Gabriela

“**Foi, foi bem difícil.** Eu lembro pouco assim, lembro mais de flashes. Interessante que eu apaguei muita coisa assim, não consigo me lembrar. [...] Quando eu achava que comia demais eu forçava o vômito. [...] Eu cortei completamente a alimentação, começou a cair cabelo, perdi unha, a pele começou a escamar e eu **não conseguia mais dormir**, ficava muito irritada, muito, muito nervosa, não queria ver ninguém, não, muito feia assim, não era eu, era outra pessoa. [...] Eu tinha muita fome, muita dor de cabeça, muito tudo, aí eu achava que não tinha solução, assim, pra nada. Eu não conseguia fazer mais nada direito, achava que nada tava bom, que o corpo que eu tinha não tava bom, daí foi que eu tentei me matar a primeira vez. [...] Depois daquilo (tentar suicídio) eu tomei mais consciência e comecei a aceitar que, que eu tinha que engordar um pouco, que não tava mais dando daquele jeito. [...] **Não tava feliz com o meu corpo, ainda não, não tava feliz com meu peso, não tava feliz com nada**, sempre achava que podia estar melhor, mas era emagrecendo e não comendo direito e fazendo exercício. [...] Agora que eu sinto que eu tô recomeçando, que eu tô assim, me refazendo de novo, porque muita coisa desse tempo eu não lembro, eu não consigo lembrar, por mais que eu me esforce assim, não lembro e é como se fosse assim, um tempo perdido. [...] Apesar de saber que **tudo foi uma experiência válida, que tudo que eu passei me deixou mais forte**, que, de uma certa maneira que vai me tornar uma profissional melhor, que, mas, mesmo assim, sinto que a minha memória não é mais a mesma, não funciona do mesmo jeito, eu me sinto cansada com muita facilidade, mesmo eu fazendo atividade física, eu fiquei muito frágil. ”

Paula

“(as pessoas) Não sabem direito como é, elas acham que é apenas um complemento na vida da pessoa, ela por pra fora o que ela come. Mas isso não é. Pelo menos **pra mim, é uma coisa meio que obsessiva**: eu fico pensando nisso o tempo todo, acordo pensando nisso, vou dormir pensando nisso. É um estímulo, eu fico pensando nisso o tempo inteiro. [...] Não em vomitar, assim é no peso, ‘aí, tô gorda, não sei o que’, porque

vomitare é meio que uma consequência. Eu não pretendo fazer isso, eu só faço isso quando eu penso 'comi de mais, tô gorda, se eu não vomitar isso eu vou ficar gigantesca'. Às vezes eu penso que isso é só um pesadelo, sabe, antes eu pensava, 'não, nunca ninguém vai descobrir isso', e aí descobriram, e aí eu fico pensando, 'não, isso não pode estar acontecendo, é horrível demais'. Ai, é horrível, porque é como se eu sentisse muita fome, mas eu sei que eu não to com fome, já to saciada, mas continuo comendo, sem razão nenhuma. [...] Foi horrível, foi muito ruim (engordar 1kg nas férias), fiquei angustiada lá, não conseguia me olhar no espelho, olha no espelho 'ai eu tô gigantesca, eu não vou caber na minha roupa', já pensa todo mundo vai rir de mim na rua. [...] Pela minha experiência, (a bulimia) é uma coisa de longo prazo, assim. Tu põe na tua cabeça que uma hora sai. Tem gente que fala, tem gente que briga, tem gente que fica revoltada, vai lá e usa droga, qualquer coisa, e tem gente que vomita.”

Helena

Apêndice 4

Unidade de Significado 3: A Descoberta do Transtorno Alimentar de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

*“Assim, ninguém, acho que demorou um pouco para eles notarem, até **minha prima falou em anorexia, acho que eles nem conheciam, assim. [...] Não. (Eu) Não conhecia.**”*

Camila

“Demorou uns 3 (meses), mas até que a minha mãe viu rápido, [...] a minha mãe foi vendo porque eu não era uma pessoa gorda então foi percebendo que eu tava emagrecendo, e aí depois tipo final de semana eles (pais) percebiam que eu não comia, por que eu não conseguia

simplesmente mandou eu ir pro carro, ficou perguntando porque eu tinha feito isso, que a culpa era toda dela. [...] Quando a minha irmã falou, foi em novembro, fazia uns... que eu comecei lá por março do ano passado, aí foi bastante tempo até que ela descobriu.”

Helena

Apêndice 5

Unidade de Significado 4: Práticas Inadequadas de Controle de Peso Utilizadas por Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

Vômitos

*“Vomitava (todo dia), agora eu tô com dor de estômago assim [...]Tinha feito um exame [...] tava dando inflamação e tal, aí não adianta continuar, agora que eu dei uma parada porque não tava agüentando mais, assim. Tava doendo muito assim [...] Essa semana eu parei um pouco porque tava causando muito mal pra mim. **Eu não me controlo na hora, tá tão na rotina, tô tão acostumada a fazer, tô no banheiro, já to ali provocando de novo, é muito assim na rotina. [...] Tinha época assim que era eu comia uma bolacha, já ia vomitar, comia um grão de arroz, ia direto pro banheiro. Agora eu tô mais controlando, assim. [...] Ah, depois é de alívio assim, né, da comida. Apesar que não é uma coisa que tú gostas de fazer, entende? Sente necessidade, assim. Mas já ta passando”***

Daniela

*“**Eu sempre tento deixar a minha unha crescer o máximo possível pra mim não, não conseguir botar o dedo na garganta, pra vomitar assim, porque daí eu não, eu olho pra unha e não, parece que vai me machucar, daí eu não consigo fazer isso. Daí é tipo do meu refúgio, assim, já tive vontade, mas nunca cheguei a praticar.”***

Julia

*“**Já tentei vomitar também, só que eu não consegui. Eu fiz bem poucas vezes, porque eu não consigo vomitar. Se eu conseguisse talvez fosse com mais freqüência.”***

Camila

“Várias vezes quando eu comia, eu vomitava, eu provocava vomito muitas vezes assim.”

Carolina

“Como eu já tava muito cansada de forçar o vômito, daí eu tomava mais laxante, porque chegou uma hora assim que eu não agüentava mais vomitar.”

Paula

*“Além de estar cheio porque você comeu demais, você já fica com aquele peso, assim aquela, **uma culpa, sabe, de “meu Deus, eu comi demais”**, isso alivia pondo pra fora, só que, ao contrário do que as pessoas podem pensar, que dá uma sensação boa vomitar, não, não dá. Pelo menos pra mim, é horrível, eu me sinto horrível depois que eu vomito, eu não consigo me sentir bem, eu só me sinto na obrigação de vomitar, por isso eu digo que é uma conseqüência, porque **não é uma coisa que eu queira fazer, não, eu faço isso porque eu comi demais, agora, que merda, eu preciso vomitar. Então eu faço isso. Mas não é...[...]** O estômago continua doendo, aí, assim, porque eu pus pra fora, aí dói, e **a culpa, assim, alivia, porque claro, tirei tudo, tá melhor**, mas aí, o estômago continua doendo, aí, não adianta muito. **O problema é que vicia. [...]** Parece que no começo, não ligava tanto pra isso, aí depois era horrível, ficava muito, muito deprimida depois de ter vomitado.”*

Helena

Laxante/ Diurético/ Inibidor de Appetite

“Até agora eu tô querendo tomar um pra emagrecer, mas assim, laxante direto, apesar também que eu já tenho coisa, tô comendo pouco, aí já demora pra ir no banheiro, então era direto. Até tornou-se um vício, antes era um comprimido, agora 2, tô tomando 4, daí vai indo”

Daniela

“Laxante já usei umas vezes, mas, aí, não da nem pra sair de casa, tu ficas com dor de estômago, cólicas horríveis, aí eu desisti. Às vezes eu uso laxante. [...] Diurético, tomo muito chá e muita água. Tomo umas 4 garrafas (500ml) de água em 2 horas.”

Helena

“Assim, eu tomei várias vezes remédio pra emagrecer. Eu tomei midex, eu tomei vivibev (?), aí tomei uma vez anfetamina com outros compostos junto, que ia diazepam, tiroidini, bastante coisas assim, bem manipuladas assim, de farmácia de manipulação que dava bem, bastante problema depois, né. [...] Com prescrição médica [...] Daí eu comecei a tomar anfetamina, aí não vi resultado. [...] (aos) 16 anos. Daí parei porque não vi resultado. Com 17 eu comecei a tomar novamente, daí eu comecei a ver resultados, assim, emagrecer, no caso, e eu emagreci 17kg em 3, 4 meses. [...] Tomava chá de sene, não sei, acho que é diurético, e laxante.”

Julia

“Ah, é um natural, natural, né... poramagra, já faz bastante tempo, assim.”

Camila

“No início eu não tomava laxante, eu passei a foi tomar foi depois que eu passei tudo isso, que os meus pais queriam que eu engordasse, aí que eu comecei a tomar laxante, foi depois, mas nessa época eu forçava o vômito quando eu achava que eu comia demais. [...] tomar muito laxante daí, muito, muito laxante, tomava 20 por dia mais ou menos. Eu gastava muito dinheiro com isso e cada dia mais longe pra ir numa farmácia diferente, pra não ter que comprar na mesma farmácia 4 s 12()-140.229(1)-2.1643p(q)-0

Daniela

“

“Isso aí eu fazia bastante. Várias vezes eu quase desmaiei por causa disso assi

Apêndice 6

Unidade de Significado 5: Comportamentos Alimentares Presentes em Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas: Restrição. Florianópolis, 2006.

*“Hoje já entrei numa dieta de novo. [...] Ah, varia, tipo, agora tem uma bolachinha assim, comi uma bolachinha, mas ontem eu acordei e almocei, almocei normal assim, fique o almoço, mas eu fui almoçar 6 horas da tarde. [...] Acordei às 6 da tarde, daí **depois eu não comi nada, só tomei refrigerante, outro vício meu. Daí, normal assim, não comi mais nada. Aí hoje eu só peguei também, almocei um pouco de lasagna, por que se eu não almoçar minha mãe fica perguntando, e normal hoje não pretendo comer mais nada hoje.**”*

Daniela

*“O que eu não conseguia comer pra emagrecer, fazer dieta, eu conseguia fazer com a anfetamina, consegui controlar bem mais a minha alimentação, consegui controlar a vontade de comer doce, tinha vontade de comer fruta, coisa que eu geralmente não tenho, **aí também fiquei 2 meses o meu almoço era salada de fruta, eu não comia comida normal, não sei como não deu anemia, não fiquei doente mesmo. E conseguia fazer tipo, comer frango grelhado, controlar a quantidade de arroz, massa, tudo eu consegui controlar assim, coisas que eu não conseguia antes. Foi um dos fatores que mais fez com que eu continuasse a tomar depois assim. Mesmo tendo emagrecido e a cada dia que passava eu comia menos assim, por que daí não emagrecia mais e eu achava que tava comendo demais.**”*

Julia

*“(Jejum) Total, só fiz, só foi um dia que eu fiz, mas **já fiquei várias horas sem comer num dia, assim.** [...] Ah, tipo, eu tomei um café de manhã cedo e fui comer depois de 8 horas, assim. [...] Depois não como mais nada, mas é difícil assim, mas nesse dia que eu fiquei sem comer eu me lembro que eu tava bem ruim.”*

Camila

*“Eu fui tentando ficar menos tempo em casa, porque senão eles me enchiam o saco pra comer, então varias vezes eu ficava bastante tempo no cursinho aí eu não almoçava tinha umas amigas minhas que viviam brigando comigo, mas aí eu fui ficando muito fraca assim [...], mas eu tava empolgada que eu tava emagrecendo, pra mim aquilo tava sendo o máximo, **aí eu chegava em casa não comia nada, eu dizia pra minha mãe ‘não, não eu já comi um lanchinho’ não sei o que, ‘na faculdade, no cursinho’ e tal e aí eu ficava. Aí teve um dia que, de manhã, eu não consegui andar, eu quase desmaiei, aí eu tive que comer alguma coisa, porque eu não tava conseguindo me agüentar em pé, eu tava com medo de desmaiar [...]** Aquela época que passou o fantástico[...] sobre anorexia, aquilo ali que foi mexer mais ainda comigo, que me deu mais vontade de emagrecer, mais que aquela guria, então ai mesmo que eu fui diminuindo mais e mais e mais, [...] eu tentava comer o mínimo possível.”*

Carolina

*“Não como mesmo. **Tem dias que eu passava dias sem comer nada, nem água.** [...] Me sentia feliz. Sei lá, era como uma obrigação assim, todo dia tem que tirar alguma coisa. Aí quando não tinha mais nada, eu ficava sem comer. [...] É difícil, mas eu consigo.*

[...] Não se sente muito bem, assim. Eu me sentia bem, mas as vezes não. [...] Sei lá, agonia, dor de barriga, dor de cabeça. [...] É melhor, bem melhor (do que quando come). [...] Não sei, me sinto melhor. Mais feliz, menos triste. [...] (Atualmente) Se me deixassem eu faria (jejum), mas não faço porque tanto tempo meu pai e minha mãe tão me trazendo aqui pra fazer tratamento, que eu não acho justo com eles. Mas se eu pudesse, eu faria, com certeza. [...] Quando eu tinha vontade de comer uma coisa, aí mesmo eu diminuía, pra garantir que eu não ia comer. [...] (Atualmente) Não, não tenho vontade nenhuma. [...] Agora eu sou obrigada a comer. Meu pai e minha mãe não deixam eu parar, mas geralmente eu não comia, assim. Ia tirando as coisas assim, teve 7 meses que eu fiquei comendo só laranja.”

Gabriela

“Passei três dias sem comer, parei daí, eu fui cortando refeições aos pouquinhos assim, isso num período de 6 meses mais ou menos, até eu ficar completamente louca. [...] Nesse período aí eu passei a não comer nada, eu fui cortando a alimentação, fui cortando tudo assim, tinha dias que eu passava o dia inteiro com um copo de café e vomitava, vomitava muito, tomava laxante.”

Paula

Apêndice 7

Unidade de Significado 6: Comportamentos Alimentares Presentes em Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas: Compulsão. Florianópolis, 2006.

“Às vezes tu vai na padaria assim, normalmente vou lá comprar uma coca, daí começa a ver um pão de queijo, aí leva isso, leva aquilo, eu não to agüentando mais comer, mas ainda ta comendo entende?”

Daniela

“Vontade de comer, um só não satisfaz. Dois, três. Uma caixa de bombom. E detonar. Só paro a hora que acabo. [...] ‘(depois) Porque que eu comi? Não deveria ter comido. Não tava com tanta, não tava com tanta vontade assim’, sabe. [...] Nossa, (durante) satisfação completa! Tô comendo, tô comendo, tô comendo! [...] Geralmente meu maior problema é a noite, na hora que eu chego do colégio, que eu como, daí, compulsivamente tudo que vem pela frente assim. [...] Lanche, porque a minha mãe tem uma lanchonete, como muito x-salada, x-galinha, x-bacon, x-coração. Sorvete, porque daí tem sorvete na lanchonete, 3, 4 bolas de sorvete naqueles potinhos de sobremesa, aí como muito pão, bolacha, geralmente aquela caseira, o que tem pela frente eu vou comendo assim, sabe. Eu sinto que eu tô engordando (durante o episódio compulsivo). [...] Assim que eu parei com a anfetamina aumentou mais as minhas compulsões assim. [...] Eu quase não sento pra comer, geralmente eu pego alguma coisa e vou comer, vou andando e vou comendo, vou fazendo uma coisa e vou comendo, acho que aí é onde acontece mais transtorno ainda, eu olho assim e eu fico enjoada, não quero comer, mas acabo comendo. É mais ou menos assim, não tem uma certa, um centro controle, assim, sabe, por mais que eu não, to enjoada daquilo, não quero comer, mas eu acabo comendo, sabe, e depois bate a consciência de não ter comido, de não era pra ter comido. [...] É, geralmente é durante o dia assim, durante o dia eu quase não como, só a noite mesmo que bate, daí a lanchonete também está aberta, só a noite, daí onde eu tenho mais vontade de comer a noite.”

Julia

“E quando também quando eu como, quando eu começo a comer um monte, tudo acaba. [...] Isso tudo de acordar cedo e almoçar tal horário, tomar café tal horário, daí eu relaxo total assim, é extremos assim. [...] Eu não consegui achar um meio termo assim. Às vezes tô com vontade de comer um chocolate assim, aí, ‘será que eu como?’, porque senão eu vou comer muito, né, se eu comer um assim, tipo, eu vou lá e como um chocolate, mas eu fico pensando naquele chocolate que eu comi, assim, sabe. [...] Vontade de comer mais. Ou vai dar vontade de comer mais, ou vai dar vontade de fazer alguma coisa pra desgastar esse chocolate que eu comi.”

Camila

“No verão, a mãe faz muito doce, essas coisas assim, comecei, eu olhava tudo aquilo, sentia muita vontade de comer, então foi aí que eu passei a comer bastante e tomar muito laxante. [...] Daí conforme eu fui aumentando de peso, assim, eu ia sentindo a necessidade de comer mais e aí foi a época que eu comecei, que eu acabei, eu exagerava um pouco na comida, e não aceitava isso assim, foi quando eu comecei a comer, e tudo que eu comia eu tomava laxante depois pra, pra liberar assim, e eu achava que tinha que continuar emagrecendo. [...] Agora que eu tô namorando com outra pessoa e daí as vezes eu vou na casa dele, aí tem comidas diferentes, certas

coisas assim, então eu fico pensando,

Apêndice 8

Unidade de Significado 7: O Ciclo Vicioso Restrição/Compulsão em Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

*“Aí depois eu comecei a comer de novo, aí foi aquela coisa de novo, né, não como, depois eu como muito, depois eu quero emagrecer de novo. [...] Eu me lembro que eu tava bem ruim, porque **eu tinha comido um monte**, chorei um monte, foi bem ruim, parecia que eu ia engordar tudo de novo, sabe, fiquei bem mal, **mas aí eu pensei, amanhã eu não vou comer**, então eu vou, tenho que ficar melhor amanhã, eu não vou comer, **não vou engordar, aí eu não comi o dia inteiro**. [...] Eu fico melhor do que eu tava quando eu comi muito, assim, logo depois, sabe. Fico ruim porque eu fico com fome, né, mas eu fico melhor. Assim, é ruim quando eu como, assim, tô comendo bem, e também é ruim quando eu não tô, porque quando eu tô comendo bem eu vou, ah, eu posso ficar gorda, quando eu não tô comendo quase nada eu fico ruim porque eu fico com fome. Sempre tem alguma coisa, assim. [...] O meu medo é ficar assim, vários dias comendo um monte de besteira, porque eu engordo muito rápido, né. Eu até, nem é vontade de comer, meu estômago ta bem cheio, mas, eu tenho que comer.”*

Camila

*“Geralmente meu maior problema é à noite, **na hora que eu chego do colégio, que eu como, daí, compulsivamente tudo que vem pela frente assim**. [...] Lanche, porque a minha mãe tem uma lanchonete, como muito x-salada, x-galinha, x-bacon, x-coração. Sorvete, porque daí tem sorvete na lanchonete, 3, 4 bolas de sorvete naqueles potinhos de sobremesa, aí como muito pão, bolacha, geralmente aquela caseira, o que tem pela frente eu vou comendo assim, sabe. Daí chega durante o dia eu fico com a consciência pesada de ter comido tanto e pego e fico praticamente o dia todo sem comer. [...] A noite já, **daí já pensa, amanhã já vou acordar e não vou comer. Daí eu fico o dia inteiro comendo o mínimo possível. Mas chega a noite, tudo de novo, sabe.**”*

Julia

*“Quando eu vou pra pizzaria alguma coisa, eu procuro controlar, tô comendo um monte entende, daí, mas também a maioria do pessoal que convive contigo já sabe do teu problema, então vou pro banheiro aí ‘já vai pro banheiro vomitar’, já vem uma atrás pra fiscalizar, aí, é horrível assim, **já vai com aquele peso na consciência, vou comer hoje, aí amanhã fico o dia inteiro sem comer, entende?** [...] Pizzaria ou a gente vai pedir ou alguma coisa assim, se vou fazer um lanche a noite daí acontece.”*

Daniela

Apêndice 9

Unidade de Significado 8: Comparação de Transtorno Alimentar com Dependência Química por Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Eu considero que é a mesma coisa que um drogado ou um alcoólatra. Que é muito difícil dar o primeiro passo de comer, assim como é muito difícil dar o primeiro passo de parar de fuma droga. Então eu considero que é muito parecido, assim, tu admitir que tu tá doente. Porque é muito difícil pra um alcoólatra ou pra um drogado admitir que tá doente, admitir que precisa de ajuda, admitir que tem que procurar ajuda, que tem que acreditar no que o psicólogo que tu tá, que tu não tá desamparado, que tu vai conseguir, e que tu tem que dar o primeiro passo, sabe? [...] Mas ao mesmo tempo assim, eu acho que foi um grande avanço [...], por que da mesma forma que um drogado precisa de ajuda, precisa pedir ajuda, precisa coisa, eu precisava acreditar também e precisava admitir também que eu precisava da ajuda das pessoas assim. Eu

Apêndice 10

Unidade de Significado 9: A Recuperação, a Recaída e a Busca de um Motivo para o Desenvolvimento de um TA de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

Recuperação

“Eu quero que tudo mude, eu não quero passar mais por isso, eu quero trabalhar e estudar e ter uma vida normal.”

Julia

“Aí, parece que eu, que nunca vai acabar isso sabe, parece que já faz parte. Já faz parte da minha vida, assim, não sei, não tenho muita esperança em melhorar assim [...]. Posso até viver melhor, mas eu não sei, parece que a minha cabeça é diferente, não consigo ser como as outras pessoas.”

Camila

“Essas coisas de chocolate, até já consegui comer, [...] aquele serenata de amor, que é light [...] Agora tá mais ou menos encaminhado assim, eu ainda tenho algum peso na consciência quando eu como alguma coisa diferente, [...] Hoje a minha mãe já não precisa nem mais me mandar comer que eu como nos horários que eu tenho que comer, [...] eu tô comendo normalmente. [...] A gente foi num lugar [...] só tinha frito, mas eu consegui comer assim, razoavelmente, né, e foi a 1ª vez que eu comi frito, depois de tanto tempo, faz anos que eu não comia nada frito, e eu me senti bem, assim. Não fiquei com aquela paranóia assim, ‘ah, eu engordei, ah meu Deus, eu engordei’. Então pra mim já foi um grande avanço porque eu não fiquei com peso na consciência [...], não provoquei vômito, que há muito tempo assim, já faz um bom tempo que eu não provoqu vomito. [...] Acho que, por um lado, assim, aprendi muito. Porque eu nunca comi direito. Eu aprendi a comer. [...] Eu acho que eu fui forte, por um lado, assim, porque eu consegui, eu sei que era muito difícil colocar um grão de arroz na minha boca, mas, a cada dia eu tentava comer mais um pouquinho, mais um pouquinho, então foi meio que, eu considero, assim, uma vitória, assim, que foi, foi uma coisa que é muito difícil, assim. Não tem muita explicação o quanto que é difícil pra gente admitir [...] que tu precisa de ajuda, que tu tá doente.”

Carolina

“Não sei também, sei lá, tem outras coisas, que tá mudando assim. [...] Tô mudando assim, eu tô me sentindo mais feliz, não com o meu corpo, mas eu tô, fazendo as minhas coisas, coisa que eu não fazia mais. Isso é bom. [...] Tô conseguindo levar a minha vida, coisa que eu achei que eu não ia conseguir.”

Gabriela

“Eu tive anorexia, tive bulimia, aí tive depressão e agora eu tô melhorando. [...] Agora que eu sinto que eu tô recomeçando, que eu tô assim, me refazendo de novo, porque muita coisa desse tempo eu não lembro, [...] é como se fosse assim, um tempo perdido. Apesar de saber que tudo foi uma experiência válida, que tudo que eu passei me deixou mais forte. [...] Sempre que eu começo assim, que eu tenho, que eu começo a ter vontade, que eu olho pra mim e não me gosto, eu fico bem calma, penso em tudo que eu passei e vejo que não vale a pena. Só de olhar pra trás já é suficiente pra não

fazer de novo a mesma coisa, não viver de novo tudo aquilo. Custou pra eu aprender assim, teve uma época que eu achei que não fosse me recuperar, que não fosse mais adiantar de nada. [...] Hoje eu vejo que é bem diferente, que por mais que eu tenha passado tudo aquilo, eu posso fazer tudo que eu quero, tenho chance de chegar lá em qualquer lugar como qualquer outra pessoa, e sempre que eu precisar de ajuda eu vou ter quem me ajude e vou conseguir tudo que eu quero, e eu acho que eu não vou passar por isso de novo.”

Paula

Recaída

“O primeiro ano eu fiquei bem, assim, mas, passei só a sanduíche aqui e comecei de novo, comecei achar que tava gorda, que nada tava bom, daí foi onde comecei a comer de novo, comer, comer, só que ao invés de [...] tomar laxante,[...] a única coisa que eu fazia então era comer, eu não tinha mais coragem de botar, até hoje não tenho mais coragem de botar laxante na boca, não tenho coragem de vomitar [...] Então daí, quando eu comecei a chorar assim, comecei a ir mal na faculdade a 1ª coisa que eu fiz foi conversar com meus pais e procurei tudo de novo aqui, recomecei o tratamento e ainda tô me recuperando, tenho altos e baixos, mas, tá bem melhor agora”.

Paula

*“Mas por enquanto assim, às vezes eu começo assim e depois vou diminuindo, diminuindo, sabe. Mas eu não quero, assim. **Eu não quero chegar no ponto que eu cheguei.** [...] tomar café da tarde, e tomava um copo de leite, depois não comia mais nada durante o dia.”*

Camila

“Eu pesquisei um monte na internet sobre anfetamina, porque eu queria voltar a tomar, que eu não agüentava mais, achando que aquilo que ia me satisfazer, daí eu vi tudo de ruim que causa assim, pra ver se eu tirava da minha cabeça de voltar a tomar, sabe, que eu tô 5 meses sem tomar e se eu voltar a tomar vai ser meio complicado pra mim novamente parar. Bem complicado.”

Julia

Busca de um motivo

“Às vezes eu tento buscar assim, o porquê dessa coisa assim, né, fico me perguntando, eu não sei se é cultural, se é da família, estrutura familiar. [...] Dá uma raiva, porque ninguém na minha família tem, sabe. [...] Eu queria saber como, porque que eu desenvolvi isso, assim. [...] Não sei se vai mudar um dia. Parece que já está na

m2997(a)-0..1643(P).4974(a)-0.294974()-0.14a 0.14ao r p0.14ao

,reane(t)-2.16192(a)-0.295585(r6()-40.1702(s)-1.2

0s

Apêndice 11

Unidade de Significado 10: O Medo de Engordar de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Hum, assim, tortura (comida). Ah, sei lá, se eu pudesse não comer, eu não comia.,[aí]não comendo tu...”

“Eu fiquei 1 ano 4

“E eu vou ficar gorda e ninguém vai gostar de mim. Então isso é decadência pra mim. E eu vou me sentir horrível, ficar pensando em desistir. Isso é decadência.”

Helena

Apêndice 12

Unidade de Significado 11: O Desejo de Emagrecer de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

*“Detesto comer muito. Se eu pudesse comer emagrecendo até que eu seria mais amiguinha dela. Mais, assim, sei lá, **quanto menos eu como eu me sinto melhor pra mim. [...] Emagrece! [...] Até agora eu tô querendo tomar um (laxante) pra emagrecer.**”*

Daniela

*“**Queria tomar (anfetamina) pra sempre, com medo de engordar, pensado eu vou parar, eu vou engordar. [...] E foi assim que começou tudo e querer, vontade de emagrecer compulsivamente.**”*

Julia

*“Ah, eu quero, **eu gosto de ser magra, eu quero ser magra sempre.**”*

Camila

*“A gente não tem assim um porquê. **Tu quer ficar magra, tu acha que uma magra, na época tu acha que uma magra é bonita.** Pras outras pessoas tu tá feia, tá aparecendo teus ossos e tudo mais, mas pra mim eu tava me achando maravilhosa, tá magra daquele jeito, e aí eu via as pessoas na rua mais magras e me achava enorme, toda vez que eu via uma pessoa me achava enorme, e às vezes ela não era mais magra do que eu, mas eu via ela mais magra do que eu. **Então dava mais vontade de emagrecer, mais assim.**”*

Carolina

*“**Vou conseguir ficar feliz comigo (se um dia for bem magrinha), assim. [...] Se 21kg não tava bom, acho que tinha que ser menos. [...] Eu pediria ou para ser magra, ou pra pensar de outro jeito (se pudesse fazer um pedido). Sei lá, seria mais fácil se eu fizesse uma cirurgia e mudasse meu pensamento, por exemplo, do que fazer um tratamento todo para mudar isso. Pensar diferente acho que seria mais fácil do que passar por tudo isso.**”*

Gabriela

*“Eu sinto como se eu fosse muito superficial. Por querer tanto estar magra, por querer tanto isso, isso é ridículo, porque eu vou morrer mesmo, vou comer e meu corpo vai apodrecer e é só um corpo. [...] **(ser mais magra representa) Ser mais bonita, mais bem aceita, as pessoas me levam mais em consideração, a minha opinião, eu não sei. Eu quero fazer moda, sabe, aí, então, o corpo tem um papel muito, muito importante, pra mim, roupa, tudo, porque eu acho que roupas são como a pessoa se expressa, então se ela tem o corpo bonito, as pessoas vão tentar, assim, ela vai pôr roupas legais e as pessoas vão saber que ela tem estilo, que ela é uma pessoa legal, vai demonstrar toda a personalidade dela na roupa dela, ela vai ser bem aceita, todo mundo vai gostar dela.**”*

Helena

Apêndice 13

Unidade de Significado 12: Autopercepção da Imagem Corporal de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

*“Aí se olha no espelho, ‘eu tô gorda’, aí quando tu come, sabe, e às vezes, ‘não, mas eu emagreci de mais’, aquela coisa, assim. [...] Este fim de semana eu comi bastante. Pra mim, eu tava com 54 kg. Me pesei, 52,500, eu não acreditei, porque pra mim qualquer calça tava apertada, parece que eu tô mais gorda hoje, sabe. Mesmo que às vezes eu vou na balança, eu emagreci 1 kg, mas **pra mim eu tô gorda, eu me sinto uma bolinha, eu tô uma bolinha, só falta sair quicando sabe, é olhar no espelho e não ter proporção do que é ser magra e o que é ser gorda.** Olhar para as pessoas que aparentemente são bem mais gordas e eu não tô muito longe daquilo, sabe, e olhar pra uma pessoa mais ou menos no meu corpo, que as pessoas geralmente comparam, ‘tem mais ou menos o corpo dela’ e eu achar, ‘não, ela é magra demais eu não sou assim’, sabe. [...] **Eu não quero que aconteça isso, mas não consigo evitar. Eu tenho que mudar, não, eu sou assim. Tenho que botar na minha cabeça: ‘eu sou assim, eu sou magra, eu não tô gorda, eu não vou engordar mais’.** Mas de repente eu paro e sinto, ‘não, mas eu comi demais hoje, eu acabei engordando, e a minha tendência é engordar, eu sei que eu vou engordar’. É, às vezes, não tem uma certa definição, assim, pro que a gente sente e o que a gente, a gente acha que é, sabe. É complicado, às vezes, até de eu conseguir entender o que eu tô passando, o que eu sinto.”*

Julia

“Até hoje, assim, eu acho que, não sei, parece que eu não tenho (anorexia nervosa), parece que eu não sou magra o suficiente para ter (anorexia nervosa), as meninas que tem parece que são bem mais magras, sabe, eu acho que não, não sei, mas pelos sintomas, né.”

Camila

*“**Eu me via duas na frente do espelho**, teve uma época que eu tampei o espelho, que eu não suportava me olhar no espelho, **me via enorme** assim, e eu tava com 38 kg por aí. [...] Toda vez que eu via uma pessoa me achava enorme, e às vezes ela não era mais magra do que eu, mas eu via ela mais magra do que eu. Então dava mais vontade de emagrecer, mais assim”*

Carolina

*“Eu era bailarina e precisava, precisava ser magrinha. Só parei depois que eu fui internada. Meus pais não deixaram eu fazer. [...] Era mais com as outras (cobrança para emagrecer), comigo não. **Eu era a mais, eu era a mais leve**, era mais fácil pra tudo, pra levantar, pra fazer o que fosse. **Só que, sei lá, daí eu achava que não.** [...] Eu acho estranho assim, porque eu sou uma pessoa que acredito só no que eu vejo. Se eu vejo isso, pra mim o que os outros dizem, não sei, não acho ligação assim, **pra mim eles tão falando uma coisa que não é.** [...] Não que estão mentindo, mas eles assim não falam a verdade. [...] É ruim assim (ser gorda como no desenho), se sente muito ruim assim, a mão assim, sinto bem ruim assim, inchada assim, meu corpo, eu detesto a minha a barriga [...], é grande. [...] Eu não me acho bonita e acho que ninguém acha. Tem gente que diz, mas... [...] Não me sentia tão inchada, mas também não tava bom (com 21 kg). [...] **A maioria das coisas que me deixa triste é relacionada com a minha aparência.**”*

Gabriela

*“Eu odiava verão, odiava por biquíni, odiava ir pra praia, odiava ter que sair a noite, odiava tudo. [...] Porque **tinha que mostrar o corpo, tinha e eu odiava isso. Eu não me sentia satisfeita, não me sentia bem**, e vivia brigando com meu namorado por causa disso, vivia chorando e tentando esconder que eu tava mal, esconder tudo que eu tava passando. [...] Nesse período eu engordei bastante, foi nessa época que eu comecei a engordar, né, eu não sei quanto eu cheguei a pesar, assim, mas como **eu tava muito magra e fui engordando de repente, meu corpo ficou bem diferente assim, com formas diferentes, e eu não aceitava aquilo de jeito nenhum.**”*

Paula

*“Se eu não gostar de mim, ninguém vai gostar de mim. [...] O problema é que **eu tô tentando, só que eu não tô conseguindo por enquanto.** [...] **Eu não consigo gostar da minha aparência, pelo fato de eu não ser magra, pelo fato de eu não ser bonita**, por um monte de outras coisas, daí eu fico pensando ‘caramba, eu nunca vou conseguir ser daquele jeito que eu queria’. **Tô tentando me curar disso.** O que eu puder fazer pra eu ficar mais bonita, eu vou tentar, mas, tem coisas que não tem como. Tem coisas que tem que trabalhar na minha cabeça, eu acho.”*

Helena

Apêndice 14

Unidade de Significado 13: Tentativas de suicídio e Auto-agressão de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Eu sentia vontade de morrer, várias vezes assim, eu acho que não fiz isso porque eu sou muito católica, [...] então eu tive essa força, mas eu tive vários momentos assim de morrer, eu colocava a magreza acima de qualquer outra coisa, cheguei a 38 kg. [...] Eu não conseguia nem dormir assim pensando que eu tava engordando não dormia direito, chorava muito, assim às vezes me batia quando eu comia. [...] Quando eu comecei a comer, eu ficava em pânico assim, sabe, eu tinha, às vezes eu tinha acesso de choro, de me bater por ter comido.”

Carolina

“Foi a época (quando os pais descobriram) assim, pior que eu tinha muita fome, muita dor de cabeça, muito tudo, aí eu achava que não tinha solução, assim, pra nada. Eu não conseguia fazer mais nada direito, achava que nada tava bom, que o corpo que eu tinha não tava bom, daí foi que eu tentei me matar a primeira vez. Tomei tudo que era remédio que tinha em casa. [...] Eu entrei no 3º (ano do ensino médio) completamente fraca e a única coisa que eu conseguia fazer era comer e tentava botar pra fora e brigava muito com meu namorado na época, me sentia mal, e não queria fazer mais nada, daí foi quando eu pensei em me matar pela 2ª vez, assim. Meu pai, por ser policial ele tinha um revólver em casa, ai um dia eu cheguei em casa, [...] tirei tudo do armário, botei pra baixo e procurei a arma dele, né, mas ele já tinha se desfeito da arma.”

Paula

“Já tentei me matar várias vezes, até antes de ser internada, um pouco antes. [...] Eu era muito infeliz, assim, eu sempre achei que eu tava atrapalhando a vida dos meus pais. [...] Antes eu não tinha medo da morte, mas agora eu tenho. Agora eu não me mataria não, eu acho. A não ser que meu pai e minha mãe me dessem certeza de que eles ia ser felizes sem mim, daí eu faria isso, mas eu acho que eles não seriam felizes, que nem eu achava antes. Também, eu acho, antes de morrer, é mais fácil, eu acho, aceitar ser gorda do que morrer, eu acho. [...] Antes eu achava o contrário.”

Gabriela

Apêndice 15

Unidade de Significado 14: A Presença da Depressão/Ansiedade em Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

Depressão

“Meu psiquiatra ele dizia muito que a depressão na maioria das vezes acontece com as pessoas que guardam muito assim os sentimentos, que não colocam pra fora. [...] Eu sou do tipo quieta, que não fala muito, então ele explica que muito foi da depressão também, que a depressão junta muito com a anorexia.”

Carolina

“Olha, eu não sei, eu tava passando, eu tava meio deprimida, ano passado, aí eu sempre, desde que eu era, eu comecei a engordar. [...] Ficava muito, muito deprimida depois de ter vomitado. [...] Quando eu tô deprimida eu vou lá e como. [...] Aí isso me destrói (compulsão), acaba comigo, fico muito deprimida, quero morrer, isso acontece.”

Helena

“Eu tive anorexia, tive bulimia, aí tive depressão e agora eu tô melhorando.”

Paula

“Antes ainda de ter anorexia eu era muito depressiva, eu tinha depressão. Tratava depressão.”

Gabriela

Ansiedade

“Sou muito ansiosa, aí não tinha como controlar a ansiedade, muita vontade de comer doce, daí na anfetamina eu vi um refugio de controlar isso. [...] Eu sempre fui muito ansiosa, sabe, mas depois que eu parei com a anfetamina aumentou bem mais. [...] O que mais me deixa ansiosa é o vestibular.”

Julia

“Mas varia também se eu tô ansiosa ou alguma coisa, às vezes não dá fome, aí eu fico sem comer ou então assim geralmente quando eu fico vomitando ou alguma coisa assim. [...] Apesar que não é bem fome, é mais ansiedade assim. [...] É que na realidade eu não sinto fome, mas como eu tô muito ansiosa, começo a comer tudo pela frente, entende? E aí é o caso da bulimia, né? Vou comendo, comendo, não pode ver comida, mas eu vou comendo, entende?”

Daniela

Apêndice 16

Unidade de Significado 15: Relação da Alimentação com o Estado de Espírito de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

Não Estar Bem

*“Depende assim, acho que é tão engraçado assim, às vezes (**não está bem**) tu vai na padaria assim, normalmente vou lá comprar uma coca, daí começa a ver um pão de queijo, aí leva isso, leva aquilo, **eu não to agüentando mais comer, mas ainda ta comendo** entende?”*

Daniela

*“Daí bate a ansiedade, é o horário (à noite) de mais ansiedade, e porque daí eu fico na frente do computador também, que induz um pouco a querer, ter vontade de comer assim. Daí geralmente chocolate, coisas assim. Doçura mesmo, besteira. [...] Chocolate, chocolate. Acho que é a tentação acho que da maioria das pessoas, é o chocolate, assim, muita vontade de comer chocolate. [...] **Minha compulsão é só em casa.** [...] **Não sei, acho que é, eu tô na minha casa, tô no meu lar e me sinto a vontade, aí eu posso ficar mal,** meio assim sabe. Daí a minha mãe, meu irmão, meu pai, **aquela coisa de sempre, rotina, daí irrita,** se eu tô na casa de alguém aí não, conversa com um, conversa com outro, conversa com gente diferente e isso me ajuda, sabe. Agora se eu **fico muito tempo com as mesmas pessoas,** muitas horas assim, daí eu fico quieta, **daí eu tenho vontade de comer,** sabe eu preciso sempre ter alguém, mais de uma pessoa nova pra falar assim, sabe?”*

Julia

*“**Eu acho que não tem a ver com o meu humor (a alimentação).** Não consigo ficar feliz por muito tempo, assim, animada, sei lá, faz bastante tempo. Parece que tem sempre alguma coisa incomodando, também assim, alguma coisa que não me deixa ficar melhor, entende. [...] Talvez esse problema, bastante, eu acho que boa parte.”*

Camila

*“Porque **toda vez que eu ficava ruim eu diminuía a comida,** que já era uma coisa de mim, assim, eu ficava ruim, diminuía a comida e **não era nem porque eu queria, é porque eu ficava ruim e não sentia apetite algum,** assim.”*

Carolina

*“**Quando eu me sinto triste eu fico com mais raiva de mim,** assim, não quero, aí **mesmo que eu não quero comer, não quero fazer as coisas.**”*

Gabriela

*“**Quando eu fico nervosa eu ainda tenho muita vontade de doce,** então às vezes eu acabo extravasando um pouco, como uma barra de chocolate inteira, apesar de antes achar que isso era um pecado, agora eu acho que é plenamente normal, apesar de não conseguir me controlar, assim, pensar que podia comer só um pedaço e depois parar, mas pelo menos eu to melhorando. [...] **Mas tem dias assim que tu acorda que parece que, que não me sinto bem,** eu olho no espelho e não adianta, eu não gosto do que eu vejo, então nesses dias eu já evito olhar pro espelho. Daí **parece que mesmo que eu***

*coma a quantidade certa, mesmo que eu coma os alimentos certos, **tudo certo, mas, mesmo que eu coma ali o que me foi passado, não, não, não é o suficiente assim.***

Paula

*“**Parece que a comida é tipo uma fuga, quando eu to deprimida eu vou lá e como.**”*

Helena

Estar Bem

*“**Não, daí não (quando está feliz, não tem vontade de comer). Aí é mais normal assim. [...] Normal assim, não tem mais aquela impulsividade, mas assim, eu vou comendo direto, normal.**”*

Daniela

*“**Quando eu tô bem eu não tenho vontade de comer. Só quando eu tô mal. Acho que é por isso que a noite eu fico mais compulsiva assim. Porque é o horário que eu sento, acabou o dia, daí aquela coisa assim, ah, me bateu, tudo assim, os problemas, aí é onde tem vontade de comer. Se eu tô bem, se eu saio, se eu tô na casa de amigas eu não tenho vontade de comer. [...] Não dá compulsão.**”*

Julia

*“**Tem dias assim, que eu acordo me achando bonita, me achando bem, disposta, então eu faço, naquela dia não importa se eu tiver que comer uma lasanha no almoço ou uma pizza, então eu vou comer, independente, vou fazer tudo que eu tiver pra fazer naquele dia bem.**”*

Paula

*“É que é muito fácil eu parar de me sentir bem, pra começar a me sentir mal por longos períodos. É que eu acabei de sair de um período ruim, então, também porque ainda mais eu engordei 2kg, isso ta me deixando pra baixo. Eu realmente espero que eu tenha perdido um kg na ultima semana, ah, sei lá, é como se tudo na minha felicidade dependesse do meu peso, é idiota pra caramba, porque, assim, é tão superficial. [...] **Quando eu não como eu me sinto muito bem. Quando eu começo a ficar tonta, assim, eu penso ‘nossa, tô emagrecendo!’.** O que não é verdade... [...] **Quando eu tô bem eu não preciso comer tanto assim mesmo.** Aí esse negócio de eu me sentir tonta (por falta de comida), me deixa ainda mais feliz.”*

Helena

Apêndice 17

Unidade de Significado 16: A Percepção da Relação com a Comida segundo Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis

“Detesto comer muito. Se eu pudesse comer emagrecendo até que eu seria mais amiguinha dela (comida). Mais, assim, sei lá, quanto menos eu como eu me sinto melhor pra mim. [...] Emagrece!”

Daniela

“Meio que uma dependência que eu não queria ter. É necessidade de comer, mas é uma necessidade que eu não queria, eu queria que minimizasse bastante essa necessidade de comer. Se eu não como eu penso na comida, se eu como eu não queria ter comido, é meio complicado assim. [...] Eu deixo de comer pra ir assistir aula, [...] acho que a comida acho que vem em 3º, 4º lugar assim, sabe, se tiver algo de mais importante pra fazer eu vou fazer antes e vou esquecer de comer. [...] Vou deixando a comida de lado. Isso aconteceu muito, passava o dia inteiro sem botar nada na boca, tomando só um liquido correndo assim, mesmo porque tinha alguma coisa que eu dava mais importância que a minha alimentação. [...] Eu prefiro deixar a comida de lado assim, uma por que daí eu vou estar fazendo o que eu quero, que eu dou mais prioridade, e outra que além de estar dando prioridade praquilo que eu quero, eu vou tá emagrecendo junto, sabe. [...] Se não tenho nada pra fazer, não tenho nada de novo, não tenho uma motivação nova, é a comida que tampa aquele buraco que falta. [...] Eu não queria que acontecesse isso.”

Julia

“Eu queria que fosse diferente assim, mas eu não tô conseguindo, queria ter, comer, ficar como as outras pessoas assim, né. Ficar relaxada, ‘ah, vou engordar um pouquinho’, ‘ah, se engordar um pouquinho depois emagrece’. Eu não, seu eu como eu como um quilo, se eu não como, não como nada assim. [...] Ah, eu gosto, eu gosto de estar comendo, eu adoro comer, né! Aí, mas aí eu penso que depois eu vou, vai ser ruim assim, vou ter que fazer alguma coisa pra desgastar aquilo que eu comi, não vou poder deitar, ficar relaxada, ver televisão, essas coisas assim. É, como bem, tudo, e logo depois que eu como eu já saio, já vou fazer alguma coisa, lavar louça, alguma coisa assim, pra desgastar isso. [...] Às vezes eu fico com fome, mas eu não como. [...] Ah, sei lá, eu fico, sei lá, eu deito, sei lá, faço alguma coisa para passar o tempo. [...] Às vezes eu durmo, vou dormir, pensando, e isso vai tomando conta da minha vida, assim, às vezes eu chego a ficar 24 horas por dia pensando, aí eu vou lá tomar café, sabe, fico pensando no que eu vou comer, aí eu durmo pensando no que eu vou tomar café da manhã, a hora que eu vou acordar pra tomar café, pra ter um horário certo, acordo cedo pra ter um horário certo pra almoçar.”

Camila

“Hoje eu olho pra ela (comida) e acho ela gostosa. Sabe, antes eu olhava e via calorias, as gorduras que tinha na comida, eu olhava e via isso. Não via que era uma comida gostosa. Hoje eu consigo sentir o sabor do alimento. [...] Então hoje eu tenho uma relação boa, não tenho medo, mas eu tinha pavor de comer.”

Carolina

“Muito ruim, muito medo, assim. Medo que eu sei que eu vou ser forçada a comer. Assim, é desespero mesmo.”

Gabriela

“Eu ainda sou um pouco neurótica com a comida. Eu me cuido ao máximo. [...] Mas sempre que sai da minha rotina eu acabo ficando um pouco chateada, um pouco abalada, assim, achando que eu vou engordar, daí eu fico preocupada, fico mais frágil ainda. [...] É como se quisesse um resultado instantâneo, eu sei que isso não existe. Então, mas daí eu penso que o que eu como hoje vai me ajudar amanhã, pela minha saúde. E eu tento não pensar. Eu penso o mínimo possível em comida, assim, no que diz respeito a mim, não ficar me crucificando, essas coisas assim, às vezes se passa o horário de comer, ou se eu tenho vontade de comer alguma coisa a mais, então não ficar me crucificando.”

Paula

“Depende a comida. Depende, porque eu tenho um fraco muito forte por doce. É um stress isso. Se eu vou comer uma bolacha eu penso que isso vai me deixar muito gorda. Eu tento negar na maior parte das vezes. Mas no resto da comida, tipo vou comer feijão, aí eu penso ‘não, porque eu vou ficar mais forte, não vou ter anemia’. Tudo depende muito da quantidade que eu como, porque qualquer coisa que eu acho que passou dos limites eu já fico querendo por pra fora, isso, aí, comida é uma coisa pra mim que podia não existir, podia viver só de água, sol, ar, assim, qualquer coisa, não queria, assim, comer. [...] Mas eu não gosto, queria que a comida não existisse. [...] Se a comida não existisse, eu ia poder sentir livre, eu acho, livre desse sentimento horrível, sabe, dessa culpa, isso é idiota. [...] Perde a noção do que eu como, parece que tudo fica meio nublado. Parece que é só comida, não tem muita distinção o que é doce e salgado, é só comida. [...] Eu não queria, de qualquer forma, sabe, eu não queria.”

Helena

Apêndice 18

Unidade de Significado 17: O Autojulgamento de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Às vezes eu olho assim, meio não sou normal, sabe, porque que tudo isso tem que passar pela minha cabeça, porque daí eu não consigo fazer outras coisas, dá prioridade pra isso.”

Julia

“A minha cabeça assim, parece que é diferente, sabe, de outras pessoas que se alimentam normalmente, que não tem essa relação com a comida.”

Camila

“Antes eu me considerava gulosa, mas hoje não, eu tento não me achar gulosa, né, mas eu ainda acho um pouco, mas eu como bem, assim, mas ao mesmo tempo não como coisa que engordam muito, assim, que a maioria da minha alimentação é light assim.”

Carolina

“Acho que é mais ser julgada por mim mesmo. [...] Que eu sou descontrolada, né... e burra e gorda.”

Helena

Apêndice 19

Unidade de Significado 18: A Sensação de Saciedade de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Satisfeita? Não. [...] Eu sempre como e vou pensando ‘meu Deus, que pena que eu comi’. É muito estranho assim. [...] Eu como e, ‘ai, eu comi, não deveria ter comido’, sabe?”

Daniela

“Sinto, sinto (satisfeita), mas é bem rápido, mas eu sinto. [...] Quanto eu como menos (sente-se satisfeita). Quanto mais eu como, mais vontade eu tenho de comer. Tipo, no almoço, quando eu só dou uma beliscada, eu me sinto muito satisfeita, agora o dia que eu como um pouquinho a mais no almoço, me dá mais vontade de comer e eu não me sinto saciada. [...] Nunca tô satisfeita, tem sempre que comer mais, sabe, sempre procurando alguma coisa a mais pra comer.”

Julia

“Agora sim (sente-se satisfeita), no momento. Mas outras vezes eu comia e ficava morrendo de fome. [...] Depois de comer eu fico nessa coisa assim de, ‘ai, tô de barriga cheia’, mas enquanto eu tô comendo eu tô tranqüila, assim, quando eu acabo de comer já corro, já saio.”

Camila

“Parece que nunca tá satisfeita. Então prefiro nem comer, porque é melhor assim, não sinto nem fome. [...] Eu me sinto estufada, assim. Pesada, é ruim. E parece, assim, na hora eu tô engordando já. Me sinto maior. [...] É ruim.”

Gabriela

“Geralmente sim (sente-se saciada), quando eu não me sinto é porque tá faltando um cafezinho preto, sou um pouco viciada também em café, eu adoro café, então às vezes se tá faltando alguma coisa assim, se tô sentindo algo estranho eu penso que é o cafezinho. Tá faltando o cafezinho.”

Paula

“Enquanto eu tô comendo, não é ruim assim, porque comer dá uma sensação boa, o problema é que o estômago fica muito cheio, isso dá aquela, além de estar cheio porque você comeu demais, você já fica com aquele peso, assim aquela, uma culpa, sabe, de ‘meu Deus, eu comi demais’. [...] Mas quando eu como direito, eu fico me sentindo bem. Ainda dá aquela sensação depois de almoçar que eu tô satisfeita, não tô cheia, sabe, eu ainda fico pensando ‘putz, vou engordar’. Mas aí eu penso, ‘não, ser racional, deixar a comida no estômago, que, se os médicos falam que ta certo assim, eles devem saber um pouco mais que eu’. Tento ser assim, mais racional neste ponto, aí eu me controlo.”

Helena

Apêndice 20

Unidade de Significado 19: A Percepção da Fome de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Hoje eu tô sentindo (fome) assim, na realidade quanto mais quer controlar, mais sente a fome, né. [...] Acho que só com vontade mesmo (para comer). Fome é difícil eu sentir, é só por vontade mesmo. [...]. E eu tô direto assim, tava comendo, na realidade eu não tô tendo fome, mas tô tendo aquele impulso de ter que estar comendo, entende?”

Daniela

“Não querer comer, não querer. Teve muitos dias que eu senti fome e não querer comer de jeito maneira assim, e tem dias que eu não estava com fome realmente e comer compulsivamente assim. Muito, é muito aos extremos, assim, dia de não querer comer, ficar com fome e não querer comer e dias que não ter fome e querer comer ser parar.”

Julia

“É bem difícil, assim (comer sem estar sentindo fome). Às vezes eu acho que eu fico com tanta fome que eu perco a fome, sabe? Parece que o teu estômago não, sei lá. Às vezes, eu acho porque eu tô com fome, sei lá. [...] Às vezes eu fico com fome, mas eu não como, [...] eu deito, sei lá, faço alguma coisa para passar o tempo. [...] Fome eu sinto, às vezes eu até passo fome.”

Camila

“Hoje eu sinto (fome), antes eu não sentia falta nenhuma da comida, comer ou não comer, tanto fazia. [...] Eu não sinto mais tanta fome porque eu como de 3 em 3 horas, né, mas as vezes quando eu demoro muito eu já sinto um pouco de fome assim, mas nada de muito.”

Carolina

“Não fico com muita fome, assim. Antes, muito menos. Quanto menos eu comia parece, menos fome eu tinha. [...] Então prefiro nem comer, porque é melhor assim, não sinto nem fome.”

Gabriela

Apêndice 21

Unidade de Significado 20: O Que Representa a Comida para Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Hum, assim, tortura. Ah, sei lá, se eu pudesse não comer, eu não comia. Apesar que é bom, né, mas, assim. [...] O bom assim, sei lá, as comidas que tu gosta, comida entre aspas, assim, é gostoso, mas tu sabe que vai engordar, aí não comendo tu (não engorda).”

Daniela

“Hum... representa, ah, não sei, essa pergunta é difícil. É uma necessidade, só isso assim, só necessidade de comer assim. É a mais importante, é necessária, é obrigatória, mas eu não queria que fosse, assim. Só, não sei, não sei. Essa eu não sei responder.”

Julia

“Antes, como eu disse, representava pavor, assim, eu tinha medo. Hoje, hoje representa o alimento que faz bem, que me deixa em pé, que não me dá mais tontura, que eu consigo me mover, consigo andar, consigo caminhar sem me sentir tão cansada, eu tenho a certeza de que se eu der mais dois passos eu não vou cair, que antes disso muitas vezes eu me sentia tão tonta que eu achava que eu ia cair, assim, né. Então eu acho assim que foi, que a comida hoje pra mim é boa, é gostosa assim.”

Carolina

“Eu acho uma coisa muito ruim. Se eu não fosse obrigada a comer talvez seria bom, mas obrigada é muito ruim.”

Gabriela

“Eu acho que é decadência. Eu acho que é isso, por tudo que eu já te falei de me sentir mais livre quando não como. Não sei, também fuga. Fuga, uma decadência, droga. [...] Assim, decadência porque eu sei que eu não vou conseguir controlar.”

Helena

Apêndice 22

Unidade de Significado 21: O Hábito Alimentar de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Eu não tava comendo comida, eu tava comendo pão, uma coisa que eu não comia antes, assim. [...] Eu não sou de comer verdura nem legume, nada assim, não como, assim, varia, varia de época. Como eu te falei assim, nessa fase de bulimia agora uma coisa que eu tô comendo mais é carboidrato, direto e tal. Tava né, que agora eu já... Mas assim, comer uma coisa mais leve, apesar que não é isso que eu gosto, né! [...] Gosto de massa, porcaria, salgadinho, mas comida assim no geral, tipo arroz, feijão não como.”

Daniela

“Então, assim, eu não tô deixando de comer, mas eu tô, tipo, fisicamente até que eu tô bem assim, mas a minha cabeça tá uma freqüência bem assim, sou meio neurótica assim, com essas coisas, sabe. [...] De, ah, essas coisas que eu te falei, de comer, querer fazer exercícios. Ah, tal hora eu vou comer, não, agora eu não vou comer, vou esperar mais um pouco, tem que dar tantas horas tomo café, tantas horas eu almoço, mais de tardinha eu tomo café, assim. [...] Mas eu tô comendo, não tô deixando de comer, nos horários, assim, nos horários. [...] Ninguém (passou os horários, ela estabeleceu).”

Camila

“Assim comia chocolate, eu nunca fui pessoa exagerada assim, mas eu comia, hoje eu vejo que eu comia completamente errado assim, porque o meu café da manhã o que que era assim, tomava um Nescau, depois daí eu almoçava, as vezes eu comia um nutri a tarde, mas não era, e aí as 8 horas que eu fazia um lanche assim, comia um pão e tal, mas eu comia bem assim às vezes me dava vontade de comer um brigadeiro eu comia, mas sem peso na consciência, sem nada assim.”

Carolina

“Como de tudo. Só não como muita coisa com gordura, essas coisas, não. [...] Comi pão, comi carne, arroz, tudo (no dia anterior). [...] Eu gosto de comer fruta, melancia, essas coisas eu gosto. [...] Eu sempre como sanduíche natural, uma coisa assim (quando come no shopping). Quando eu era pequena eu comia bastante (fast food).”

Gabriela

“Mas eu como, como eu tenho acompanhamento nutricional com a nutricionista eu como de tudo, eu como tudo que eu gosto, como arroz, como feijão todos os dias principalmente pra evitar qualquer problema, mas como tudo na quantidade certa.”

Paula

“Eu faço dieta, com a nutricionista agora, no último mês, nos últimos meses. Aí, sei lá, tudo controlado, mas eu ainda tenho compulsão de vez em quando. Faz uma semana hoje que eu não vomito, duas, duas. Sei lá, aí eu como, agora eu tô fazendo dieta mesmo pra ver se eu consigo chegar no peso que eu quero e ficar mais saudável, aí a minha alimentação foi meio reduzida, mas sei lá. [...] Ela me passou assim, é uma reeducação alimentar mesmo, e tá dando certo por enquanto. [...] Eu sou vegetariana, aí eu tenho que comer soja e bastante barrinha de proteína e tal. Mas eu gosto muito

*de doce, aí eu posso comer doce também, posso comer uma barra de chocolate
pequeninha por dia. Mas eu como bastante fruta também.”*

Helena

Apêndice 23

Unidade de Significado 22: Alimentos que Deixaram de ser Consumidos por Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Tinha uma época que eu tinha deixado de comer pão, também emagreci bastante, acho que é só assim.”

Daniela

“Deixei de comer fruta. Acho que eu fiz tanta, eu comi tanta fruta pra emagrecer, passei tanto a base só de fruta, que hoje eu não como mais fruta. Não como verdura, nenhuma espécie, há muito, não pego uma maçã pra comer, não chupo uma laranja, nada disso, só se tomar suco, alguma coisa assim. Não como fruta. (verdura) Muito raro, muito raro, raro mesmo. Uma vez a cada 15 dias. E bem pouquinho.”

Julia

“Chocolate. Eu gosto tanto, mas eu não to comendo. Mais besteira, assim, sabe, que eu restrinjo. [...] É mais besteira mesmo. Besteira mesmo é que quando eu começo, eu não paro. Mais besteira, bala, chicletes, chocolate. [...] Ah, faz eu acho, algumas semanas.”

Camila

“Eu não como fritura. Eu tenho nojo ainda de fritura. Chocolate. [...] Pipoca, essas coisas assim, nem pensar.”

Carolina

“Eu gostava, mas não gosto hoje (chocolate, bala, batata frita).”

Gabriela

“Eu deixei de comer fritura. Eu também, eu tinha deixado de comer carne vermelha. Eu não comi carne vermelha por um bom tempo. Mas, daí, a pedido da nutricionista eu voltei a comer. Mas fritura eu evito ao máximo. Até na casa dos outros, eu não como. Batata frita, nada, nada, nada. Frango frito, eu não como. [...] Eu fico pensando que não vai fazer bem pro meu corpo aquilo. Não tem vitamina nenhuma, não tem, não é saudável.”

Paula

“Olha, eu não vou dizer que eu parei de comer muito, eu perdi a noção do que eu como, parece que tudo fica meio nublado. Parece que é só comida, não tem muita distinção o que é doce e salgado, é só comida, então eu não sei te dizer exatamente o que eu parei, o que eu comecei, fica meio nublado.”

Helena

Apêndice 24

Unidade de Significado 23: Alimentos que Passaram a ser Consumidos por Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

*“Tomate. [...] Eu tô tentando experimentar e tal, na verdade eu tô tentando experimentar, não sou muito assim, né, mas eu vou tentar comer assim, pra cortar, virar vegetariana. [...] É uma coisa assim, que **apesar que eu não gosto, vou ter que aprender a gostar**, né, faz bem pro corpo e emagrece mais, ajuda mais, imagina, né, você tira todos os carboidratos e tal assim, é muito radical.”*

Daniela

“Verdura foi uma coisa que eu aprendi a comer que eu não, não, nunca gostei muito assim, e hoje eu como bastante.”

Carolina

“E uma coisa que eu passei a comer que eu não comia muito é verdura. Comecei a comer muito alface, beterraba, cenoura, cebola, tomate, rúcula, chuchu, tudo, tudo eu como. Como de tudo hoje, dificilmente tem alguma coisa que eu não como hoje. Eu como de tudo assim. E gosto. Como porque gosto. Até eu estranho pra mim quando tem almoço não tem alguma coisa verde é muito estranho.”

Paula

“Doce eu passei a comer mais, eu já comia doce, mas era uma coisa, vai lá e come e depois pára.”

Helena

Apêndice 25

Unidade de Significado 25: Escolhas Alimentares de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

“Normalmente eu tô olhando as calorias assim, mais pelo gosto também [...] Eu tô comendo um salgadinho, mas eu tô vendo as calorias em baixo, é automático. [...] Um bife, um miojo assim, tem baixas calorias entende, mas não que ele seja calórico, vai caloria, mas tem bem menos calorias que um almoço, bem mais leve.”

Daniela

“Geralmente eu tento é, antes eu tentava geralmente comer o que menos engordasse, hoje eu tenho muita vontade de comer carboidrato. [...] Se eu tô com vontade eu como, só que depois a consciência bate e eu fico algumas horas sem comer, mas eu como porque eu tô com vontade de comer. [...] Doce que eu abro mais a mão assim, mais prioridade, quando dá vontade eu geralmente como. [...] Ah, não escolho (compulsão), o que vim eu como, assim, sabe. [...] Geralmente é o que eu gosto muito assim, mas não é, geralmente é massa, assim, geralmente é pão, geralmente é essas coisas assim que engorda mesmo, aí o que me deixa mal no dia seguinte.”

Julia

“Agora não, assim, no momento eu não tô escolhendo, mas eu já fiz bastante isso, comia, às vezes eu nem gosto tanto de salada, mas comia mais salada assim, e menos comida pra, às vezes eu tinha comido carne vermelha num dia, aí no outro dia eu faço outra coisa pra comer, sabe, pra não comer de novo. [...] Pra não engordar, né... ou como menos.”

Camila

“Eu escolho melhor os alimentos, antes eu comia coisas que eram gordurosas, que as pessoas mandavam eu comer, né. E hoje eu como coisas que são nutritivas, que eu sei que não tem só caloria, ali tem sabor, ali tem, tem aquela coisa gostosa de tu estar comendo, né, e tem as coisas nutritivas, não precisa comer as coisas que são gordurosas, porque existem coisas as vezes, mais gostosas do que aquelas.”

Carolina

“A nutricionista que escolhe. Ela deixa eu escolher também, mas eu prefiro que ela escolhe porque é ruim, não sei o que eu gosto. [...] Acho que hoje eu já consigo comer assim, só não ia ser o mesmo tanto, nem as mesmas coisas (se escolhesse sozinha). [...] Ia comer bastante fruta, tomaria suco. [...] Pão até que eu comeria, mas arroz não.”

Gabriela

“A gente (ela e nutricionista) tentou fazer um cardápio balanceado, no 1º mês segui um cardápio a risca assim, daí depois a gente foi adaptando pra fazer algumas modificações e tal, então eu escolho o que eu vou comer de acordo com aquilo que eu tô, de acordo com a minha vontade. Tem dias que eu acordo com vontade de comer alguma coisa gelada, então eu vou pro iogurte, quando tá mais frio eu tenho vontade de tomar alguma coisa quente, aí eu vou pro café. Então é muito de acordo com a minha vontade. Às vezes, eu sei o que é mais calórico, o que é menos calórico, então quando eu acho que eu tô um pouco a cima do peso eu já sei o que eu posso comer, que vai,

quais são as coisas que tem, qual é a dieta que vai favorecer, e qual que é que é só pra manter, pra equilibrar. Então eu já tenho isso bem claro assim.”

Paula

“Na compulsão, é mais fácil de começar por aí, é que normalmente eu como, tô com fome, então vou comer isso. Aí se eu parar de sentir fome, eu paro de comer. Só que eu não sabia fazer isso antes de ir na nutricionista, não sabia como comer e parar de sentir fome. [...] A minha escolha alimentar é comer salada, eu sou vegetariana, gosto de salada e doce. Sei lá, comeria o dia inteiro.”

Helena

Apêndice 26

Unidade de Significado 26: A Composição das Refeições que Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas Fazem. Florianópolis, 2006.

Almoço

“Dependendo normalmente eu faço miojo, a minha mãe faz comida, mas eu não gosto de tar comendo e tal, como um pãozinho ou alguma coisa assim. [...] O almoço, meio dia e pouco, por aí e tal, daí, tem vezes que eu também não almoço, né. [...] Não tem assim um horário específico [...] No almoço eu saio meio-dia pra almoçar, né, quando dá tempo, daí saio meio-dia, volto 1:30. [...] Quando eu chego no horário que eles tão almoçando, aí até vai, meu pai normalmente almoça na sala sozinho, ele gosta de ver tv e tal, daí eu almoço assim com a minha mãe. É tão rápido assim, a gente nem tem tempo de olhar uma pra cara da outra.”

Daniela

“Não como muito no almoço. [...] Arroz, macarrão, comida bem normal assim mesmo, sabe, como carne, se tiver gordura, geralmente eu como, frango, tudo. [...] Minha mãe (prepara o almoço). Já teve fases de eu querer preparar o meu almoço, pra cuidar em tudo assim, pra não deixar ter óleo, tudo que engordasse, assim, hoje não. [...] No almoço sim, é o horário que eu como menos, assim, daí ela tu não vai comer mais um pouquinho? Mas eu não consigo, assim, daí é onde que ela fala que eu só belisco. [...] Pra mim, ‘ah, mãe, não tô com fome... não to afim de comer’, daí eu não como...acho que é normal assim, já comi suficiente no dia anterior, à noite, no caso, porque daí chega à noite sempre tem o transtorno compulsivo.”

Julia

“Ah, eu como muito pouco, pouquinho, assim. Mas eu como o que tem assim, tipo, feijão, arroz, carne, batata. [...] Um 3 colheres de arroz, um pouquinho de feijão. Bem pouquinho. Um pouquinho de carne. [...] Um pouquinho de carne, pouquinho também. Batata pouco também. [...] Quando eu tava bem em crise, às vezes, eu almoçava antes, longe assim, ou às vezes não comia, dava comida pro cachorro, essas coisas assim. Até esses dias eu acho que eu não comi a comida inteira, eu acho que eu dei, eu não sei pra quem que eu dei comida que eu não comi. [...] Sempre tem aquela coisa, né, tem que acordar cedo ou então tem que acordar bem perto do meio-dia, assim, pra almoçar no horário certo. [...] Eu geralmente (preparo das refeições). Agora ta sendo eu.”

Camila

“Aí o almoço é bem assim, umas 3 colheres de arroz, feijão, aí carne ou frango ou peixe e verdura. [...] Porque o meu prato ao meio-dia é um prato bom, assim, muita salada, muito verde assim, coisa que antes eu não comia mesmo, então eu gosto, eu aprendi a comer, digamos.”

Carolina

“É uma fruta (lanche). [...] Junto com o almoço. [...] Normalmente eu sou obrigada a comer carne, arroz e feijão. E um prato de salada.”

Gabriela

“Arroz integral, eu vario daí entre peixe, uma vez por semana, eu não comia carne, passei a comer carne vermelha, aí uma vez por semana ou duas eu como carne vermelha, bife grelhado, frango grelhado, frango assado, feijão e salada, bastante salada. [...] Eu disfarçava bastante, colocava bastante salada no prato, nunca comia o que colocava no prato, dizia que não tava com fome, dizia que comia depois, botava, comecei com costume, até que minha mãe começou a brigar comigo, botava as coisas no prato e ia pra sala, daí lá eu fingia que comia, pegava, botava numa sacolinha e jogava fora, fazia muita coisa escondida. [...] Nessa época eu escondia, eu costumava fugir, dava um jeito, ia muito pra sala, fingia que tava vendo televisão, costumava botar pouquinho comida, botava no lixo, dava pro cachorro, ninguém via, comia só salada.”

Paula

“Eu deveria fazer um prato de comida, mas não tem tempo, aí eu fico comendo, sei lá, pão, eu fico na rua, porque 3º ano em geral eu não consigo ir para casa almoçar direto. Aí assim, são lanchinhos e duas refeições mesmo, que é o almoço e o jantar.”

Helena

Final de Semana

“Eu trabalho sábado também, sábado é mais corrido pra almoçar, aí no domingo normalmente eu durmo até super tarde, às vezes até pelos remédios que eu tô tomando, daí eu viro o dia, vou acordar de noite. [...] Eu acordo e já vou mexer no meu computador, vivo ali no meu computador, né, daí tomo um refri, alguma coisa, e fica difícil eu comer, né. Alguma coisa eu vou beliscando, concentrada no computador. Aí eu já vou dormir, porque já é de noite. Domingo é um dia que eu não como. [...] Ah, depende o que tem assim, tipo uma bolachinha, varia da bolacha também (belisca no computador).”

Daniela

“É igual assim, domingo. Geralmente no sábado tem dias que eu como mais assim. Mas domingo eu acordo tarde, às vezes eu durmo até 3 horas da tarde no domingo, aí acordo, não como, senão é alguma besteirinha. Tipo um sorvete geralmente, eu ataco daí ou uma sobremesa que tiver na geladeira ou um pedaço de bolo, ou uma coisa assim, aí à noite geralmente eu como lanche, domingo é o dia quase que eu menos como, assim, durante a semana inteira é o dia que eu menos como. [...] Sábado que eu mais como, por que daí sábado geralmente tenho que acordar, eu acordo meio-dia, daí eu almoço, daí eu fico a tarde inteira sábado sem fazer nada, daí tudo que vem eu vou comendo, assim, salgadinho, tudo que tiver de besteira eu vou atacando, vou pegando.”

Julia

“No final de semana eu fico com mais fome porque não tem nada, não trabalho. Não, mas tem que comer naquela hora daí, não, vou deitar um pouco, vou fazer alguma coisa.”

Camila

“Sempre (mesmo cardápio da semana no final de semana).”

Carolina

*“Era pra ser igual, mas **final de semana se eu fico em casa, eu acabo ficando angustiada, eu acabo comendo demais.** Nas últimas duas semanas eu tenho conseguido controlar um pouco isso, apesar de tar comendo demais.”*

Helena

Apêndice 27

Unidade de Significado 29: Relação de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas com nutricionistas que as atenderam. Florianópolis, 2006.

“Eu fui na nutricionista e ela me dava muita coisa gordurosa, mandava eu comer cachorro quente, batata frita, fritura, coisa que eu não conseguia, me dava nojo de olhar, sabe, eu tinha horror a comer, ela mandava fazer pudim de leite, tinha que comer bolo de chocolate, então tipo, eu até, pão doce, sabe, margarina, tudo assim, eu não conseguia nem olhar aquilo, então eu conseguia fazer três dias aquilo, porque eu queria melhorar, eu, eu tava fazendo esforço. [...] Encaminhou pra uma nutricionista (outra), que essa foi minha salvação, que pra mim ela foi quem me salvou assim, na realidade a nutricionista, que ela tem muito conhecimento em anorexia, assim transtornos alimentares. [...] Ela fez um acordo comigo, ela disse, ‘eu não quero te engordar, eu quero te nutrir, não me importa tu ganhar peso, eu só quero que tu fique nutrida pra ti não ficar doente, porque tu tá se sentindo tonta, tu não consegue fazer nada, tu dá dois passos tu vê tudo preto’, então, e realmente eu não engordei nenhuma grama, dessa primeira semana que eu fui nela, e aí o que que ela me dava, ela me dava coisas lights, que eu conseguia comer, sabe, ela disse pra mim não forçar, se eu sentisse dor no estomago não era pra comer tudo e tal, então aos poucos assim, e eu fui aprendendo a comer, que eu sabia que tinha que ter um lanche as dez, além do café da manhã, que tinha que ter um lanchinho a tarde, [...] aí eu fui adorando porque eu tava, eu aprendi que comendo eu não tava engordando, mas aí depois teve um época que eu fiquei desesperada, parei de comer de novo porque eu tinha engordado dois quilos, mas aí a Jaque, ela foi lá e fez aqueles exames pra ver a gordura e tal. [...] Aí ela disse ‘bom, tu diminuiu a tua gordura, mas o que tu engordou na realidade não foi gordura, foi massa muscular, porque tu só aumentou a massa muscular’, ela falou que isso é normal, quando isso aumenta, muitas vezes aumenta e eu diminui as medidas só que aumentava a massa muscular, porque aí eu tava conseguindo fazer caminhadas. [...] (a nutricionista) foi a única pessoa que conseguiu me fazer comer, porque eu não engordava, sabe, eu sentia que eu podia comer que eu não engordava, e ela entendia que eu não queria, ela dizia pra mim, ‘Carolina, não se preocupa porque ninguém gosta de engordar. Até hoje não conheço nenhuma pessoa, por mais magra que seja que gosta de engordar. A maioria das pessoas ficam felizes em diminuir’ ela falou pra mim. Ela disse que até pra uma pessoa normal às vezes ela se vê maior do que realmente que, ela diz. [...] Ela me entendeu. Ela não ficou assim, querendo me engordar, porque a outra não, ‘tu é obrigada a comer isso e não tem outro jeito’. Ela não, ela chegou, ‘o que tu gostas de comer?’ Por que eu dizia pra ela que eu não passava durante o dia de 500 calorias de jeito nenhum. Aí ela foi fazendo meu cardápio, aí até meio-dia deu 500 calorias. Aí ela disse: ‘então tu vai ficar com isso até meio-dia, né?’ ‘Ta, tudo bem, se tu quiser eu vou ficar até contente de ninguém me encher o saco’, ela disse ‘não, não pode ser assim, eu te juro que tu não vai engordar uma grama’, ela falou. Aí eu confiei, foi a primeira pessoa que falou que eu confiei de verdade, as outras eu nunca tinha confiado mesmo, porque ela me provava as coisas, ela não dizia ‘tu tem que comer e deu’, ela dizia porque que eu tinha que comer, ela dizia que durante a noite a gente perde 1000 calorias, então essas coisas que foram me provando que não era tão necessário esse medo de engordar e tal. Então, ela foi muito importante pra mim. E outra coisa assim, ela fica na internet 24 horas por dia assim, no msn, então eu as vezes ficava apavorada assim, porque eu tinha comido alguma coisa, aí eu ia no msn, ela já me acalmava assim, dizia, ‘não, não tem

problema', ou 'tem, tenta não comer isso', e tal. Então isso foi muito importante pra mim, porque as outras, muitas eu não conseguia falar sabe e ela não, ela está a disposição dos pacientes assim, sabe, ela tem o msn só pras meninas dela, ela diz, só o pessoalzinho que ela atende, então é muito importante assim, eu achei."

Carolina

"Eu fui numa nutricionista, nós fizemos uma dieta, [...] eu escondi muita coisa dela, tanto da nutricionista como da minha mãe, [...] o que ela me passou assim foi uma dieta bem natural assim, com bastante folhas, verduras, sucos bem extravagantes. [...] Como eu tenho acompanhamento nutricional com a nutricionista (outra nutricionista) eu como de tudo, eu como tudo que eu gosto, [...] mas se é uma coisa que sai da minha rotina, já fico pensando, 'será que tem problema?', daí ligava pra minha nutricionista, aí, coisas que a gente vai ajeitando daí. [...] Eu não comi carne vermelha por um bom tempo. Mas, daí, a pedido da nutricionista eu voltei a comer."

Paula

Apêndice 28

Unidade de Significado 30: A Percepção do Julgamento do Outro de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas. Florianópolis, 2006.

*Mas já tá tão na rotina pra ti (vomitar), o pessoal ainda fica por perto, [...] **'vai no banheiro, já vai vomitar', um monte de gente pegando no teu pé, fica aquela coisa.***
Daniela

*“O fato de ter tomado anfetaminas que mexeu totalmente com meu psicológico, não tem concentração nenhuma mais, não consigo estudar, não consigo trabalhar, tudo tem que ter muita força de vontade, às vezes falta porque é muito complicado lidar com isso, é **complicado fazer os teus pais entenderem o que que tu passa.** Às vezes tu tem vontade de ficar sozinha, as vezes tu tem vontade de não comer nada, ficar dias sem comer, ficar 48 horas as vezes só no liquido e às vezes tem vontade de comer compulsivamente assim, sem parar.”*

Julia

*“Às vezes eu vou botar, quando eu to mais gorda as, **não dá vontade de sair, as pessoas me verem, sabe, vou numa loja provar uma roupa, é uma dificuldade, sabe? Pra usar blusa tem que ficar tapando a barriga, tem que, tá todo mundo te notando, 'ah, aquela guria tá gorda'.** [...] Só gente mais conhecida (falou), 'ah, tá mais gordinha', alguma coisa assim, sabe, mas gente desconhecida não. [...] **A minha irmã (julga).** [...] **Só que ela não entende que, eu até falo pra ela, se eu tomar o sorvete, eu vou comer um monte de coisas.** [...] **Aí quando eu vou deixar de comer alguma coisa ela fala, 'não, come, nada a ver'.** **Geralmente quando eu recebo, principalmente uma crítica dela, (fico) bem mal.** [...] **Ah, me dá uma dor no peito, assim, eu me sinto um lixo, assim, às vezes a gente briga.**”*

Camila

*“Hoje eu consigo comer na frente das pessoas, né. **Antes, nem pensar comer na frente das pessoas.** [...] Na hora do almoço eles (família) ficavam ali, aquilo pra mim, **eu não conseguia enfiar um garfo na boca, não conseguia de jeito nenhum comer na frente das pessoas.** [...] **Eu achava que as pessoas iam me achar gulosa, porque eu me achava gulosa, então, por eu estar comendo eu me achava gulosa, então achava que as pessoas iam me achar muito gulosa, que iam me achar uma morta de fome, e tal, sabe, então eu não conseguia comer de jeito nenhum.** [...] Pra mim eles falam: 'ah, que legal que tu tá comendo', pra mim tava dizendo: 'que morta de fome, já tá comendo', sabe, **pra mim era isso, sabe, eu me sentia dessa forma.**”*

Carolina

*“Eu saía de casa todo mundo ficava falando desse problema, **todo mundo ficava falando desse problema, e a maioria das pessoas não entende esse problema, então, era bem complicado [...] bem chato.**”*

Carolina

*“(as pessoas) **Não sabem direito como é, elas acham que é apenas um complemento na vida da pessoa, ela por pra fora o que ela come. Mas isso não é. Pelo menos pra mim.** [...] **Eu tenho medo que as pessoas pensem assim em relação ao que eu como, vão pensar 'não, é uma gorda', assim, eu tenho medo, sabe.** [...] Não conseguia me*

olhar no espelho, olha no espelho ‘ai eu tô gigantesca, eu não vou caber na minha roupa’, já pensa todo mundo vai rir de mim na rua. [...] Parar de julgar tanto a pessoa pelo corpo dela, porque as vezes você tá brincando, ‘ah sua gorda!’, pode ser uma brincadeirinha, mas aquilo vai ficar na cabeça da pessoa, se você ficar falando, falando, falando. Não faz sentido sabe, vai magoar. Então não faz. Porque é um inferno. É um inferno. Não desejo isso pra ninguém. [...] Não, sei lá, acho que não é obrigação das pessoas me entenderem porque elas não tão passando pela mesma situação. [...] Mas, sei lá, eu tento não falar ‘oh eu sou incompreendida’, porque ninguém compreende realmente a outra pessoa de forma completa, ninguém, porque a gente não tá na pele de outra pessoa, então não tem como. E eu compreendo eles (quase chora), mas às vezes eu fico um pouco triste, porque não é porque você não entende que você tem que jogar na minha cara, que eu sou uma merda.”

Helena

“Tanto é que quando eu tô perto de amigos, em geral, eu tento comer o mínimo possível. Eu tenho vergonha de comer perto dos outros. Como se fosse ficar muito obesa perto deles. Sei lá, eu me sinto julgada, não sei se é coisa da minha cabeça, todo mundo come na frente dos outros, parece tão natural.”

Helena

Apêndice 29

Unidade de Significado 31: Relação de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas com os Pais. Florianópolis, 2006.

Pais

*“Ah, eu tenho medo de ficar doente assim, sabe, tenho medo de parar no hospital, **tenho medo de depois meus pais colocarem a culpa em mim**, aquela coisa toda assim, ‘ó o que tu fez, olha, isso tu não deveria fazer’, não sei o que, mas mesmo assim eu faço, continuo fazendo.”*

Julia

“Meus pais são separados. [...] Eu tinha 4. Mas a separação eu aceitei numa boa, assim, mas pode ser que inconscientemente.”

Camila

*“Aí, e os meus pais eles queriam entender, mais ao mesmo tempo eles não conseguiam, eles me viam definhando, cada vez mais, e aparecendo os meus ossos e tudo mais, eles não conseguiam acreditar que eu me achava gorda, mas é uma coisa que eu também não conseguia evitar. [...] A minha mãe e o meu pai **tavam naquele desespero e me faziam sentir mal, que eu acabava me sentindo mal de ver eles daquele jeito e ficava pior.**”*

Carolina

*“Eu gostaria que as pessoas soubessem o que eu passo, assim, e sentissem como eu sinto, pra entender, porque meu pai e minha mãe **brigam muito comigo, mas é porque eles não entendem, eu sei.** Mas, tem vezes que, sei lá, me deixa muito pra baixo isso. É muito ruim. [...] Eles não entenderem e brigar comigo, dizer que é um capricho meu, que não é. Capricho meu, acho que não tem nada a ver. [...] **Sofro bastante. Sei que eles também sofrem, mas eu sofro duas vezes. Sofro por eles e sofro por mim, né, com o que eu tô passando, assim.**”*

Gabriela

*“O meu pai sempre ficava um pouco... ele trabalhava, **minha mãe sempre tentava esconder um pouco as coisas dele assim**, porque ele é policial, né, então sempre foi muito rígido, muito certinho, e então ela sempre escondia as coisas dele, o que ela pudesse fazer pra melhorar assim, sem incomodar ele, ela fazia. [...] A minha mãe **tinha esse hábito de resolver tudo sem envolver meu pai**, principalmente por ser policial e trazer muita coisa, ele tentava não trazer nada do trabalho pra casa, então ela se sentia na obrigação de não atarefar mais ele.”*

Paula

Mãe

*“**Só a minha mãe (sabia que tomava medicamento).** Ela assim, na verdade eu disse pra ela que tinha um certo perigo de causar dependência, mas que era mínimo, por que eu não ia ter que tomar muito tempo, aí, a partir do momento que eu já tinha emagrecido e continuava tomando ela começou a se preocupar e querer que eu parasse e eu ‘não, não, é só mais um determinado tempo’. Foi assim, e hoje ela fica bem mal por ter deixado eu tomar, porque ela também não sabia muito bem o que que era assim.”*

Julia

“A minha mãe é dependente química, ela não, eu moro com a minha vó, né, e a minha mãe mora junto, só que ela está internada agora, e ela nunca foi mãe, assim, de verdade, por esses problemas, assim, mais a minha avó assim. Aí, eu sou bem insegura, eu não sei porquê assim, pode ser alguma relação com isso. [...] Tem 40 (anos). Mas ela já usa há mais de dez anos, assim, minha infância toda foi um pouquinho ruim, assim. [...] Já me acostumei, até ela ta, já foi várias vezes internada, a última vez foi maio do ano passado, ela ficou 8 meses sem usar, agora voltou de novo, e eu não tenho esperança.”

Camila

“A minha mãe tentava me entender, mas é mãe, né, fica preocupada com estar emagrecendo, coisa assim, minha mãe ‘come assim, não vai te engordar um pouquinho’, aí eu dizia: ‘mãe, não estressa, pelo amor de Deus!’, aí ela dizia: ‘tá bom, se tu tá comendo pelo menos já é um progresso.’”

Carolina

“Aí ela (irmã mais velha) falou pra mãe, e a minha mãe imediatamente me levou no médico. Foi quando a minha mãe chegou do trabalho, ela simplesmente mandou eu ir pro carro, ficou perguntando porque eu tinha feito isso, que a culpa era toda dela. Seria melhor que ela tivesse dito que a culpa era toda minha, eu ia me sentir, pelo menos, ‘pô, pelo menos a culpa é minha’, mas não, ela jogou a culpa nela mesma. Isso, sei lá, é pior, né. Como se eu não tivesse controle, sei que eu não tenho, mas me fez sentir muito idiota. Aí foi horrível. [...] A minha mãe diz, ‘ah, não sei o que, a mídia que influencia as pessoas, ficam dizendo que elas precisam ser todas magras, como se fossem todas feitas em forma, você é tão inteligente, não sei como você caiu nessa’. Assim, ela fala indignada com a mídia. Não como se ela tivesse indignada comigo, mas a impressão que me dá é essa.”

Helena

Pai

“Quer ver o meu pai, quando o meu pai sabe ele fica falando, ‘ai, eu não tô dormindo direito por causa disso’, sabe, aí dá, faz aquela pressão, aí eu fico mal, e não quero nem ver ele, pra não ficar falando nada pra mim, sabe.”

Camila

“Sabe, e aí o meu pai mesmo era o que mais sofria, porque ele era durão e tal, mas ele é muito apegado a mim assim, e ele tinha muito medo assim, ele vivia dizendo: ‘Carol, tu ainda vai ter que ir pro hospital, tu vai ser internada, tu vai ser obrigada a comer querendo ou não, com aqueles canos, e tal.’”

Carolina

“Mas o meu pai assim, ele é bem preocupado com a aparência. [...] É. Ele pega no pé da minha mãe, da minha irmã. [...] E comigo assim, não muito, só às vezes ele falava. Falava da minha barriga, assim, mas, quando eu tava internada no hospital ele falava. [...] É (com 21kg). Ele dizia que a minha barriga era grande. [...] Ah, é ruim, assim, porque ele eu sei que não ia mentir, assim. Eu tava pegando peso, ele dizia que eu tava com o braço, tudo fino, mas a barriga não. Aí pra mim era ruim. Só que ele

disse que eu sou bem magra, só que também falava isso e pra mim isso era pior. [...] É, sei lá, porque parece que ele ta me mentindo. [...] Pra mim comer.”

Gabriela

*“Teve uma época que eu não conseguia conversar com meu pai, nem com meu namorado, não aceitava nada que o meu pai dizia, parecia que o meu problema era com os homens em geral. Depois disso passou, hoje meu relacionamento com meu pai é maravilhoso, foi uma das pessoas que mais me apoiou em tudo. Quando ele soube **ele deu muita força pra fazer tratamento, ele que foi atrás**, pela primeira vez disse que eu liguei quando tava aqui pedindo ajuda e ele, ele que falou não tem problema, ele que foi atrás dos médicos.”*

Paula

*“**Meu pai, ele é bem delicado pra falar essas coisas, ele fala bem baixinho** ‘você ainda vomita?’, é engraçado. **Mas ele quase não fala a respeito comigo, ele é mais na dele.**”*

Helena

Apêndice 30

Unidade de Significado 32: Relação de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas com irmãos. Florianópolis, 2006.

“A minha irmã (pega no pé). [...] Mais nova. [...] ‘Aí, pára, come isso, não vai te engordar, come uma vez ou outra’, sabe, ou eu digo, ‘Ah eu tô com vontade de tomar sorvete, mas eu não vou tomar, porque eu não quero engordar’, aí, ‘Toma, vai lá e toma, tu não vai engordar’. Só que ela não entende que, eu até falo pra ela, se eu tomar o sorvete, eu vou comer um monte de coisas. Ela, ‘Não, tu não vai, não vai acontecer isso, fica tranqüila, eu vou cuidar pra tu não fazer isso’. Mas eu, não dá. Aí quando eu vou deixar de comer alguma coisa ela fala, ‘Não, come, nada a ver.’”

Camila

“Mais velho, ele (irmã) tem 22. [...] Ele me ajudou muito assim, às vezes tava todo mundo chorando e ele tava mais assim, forte assim, do meu lado, então ele foi assim, um braço mais forte assim.”

Carolina

“Tudo que eu faço ela (irmã mais velha) diz ‘você nem precisa comer isso que você vai vomitar mesmo’. Aí, sei lá, faz a pessoa meio que se sentir um lixo, sabe. [...] Eu, ela que é a mais velha, tem 21 anos e uma irmã de 10 anos. Só que a de 10 anos não opina muito a respeito. [...] A minha irmã foi e falou pra mãe, eu implorei pra ela, ela disse que não, que era pro meu bem. [...] Ela surtou comigo num restaurante, começou a falar que eu era, eu era fraca, que eu ficava vomitando só pra chamar a atenção e isso me fez sentir realmente mal. [...] A minha irmã mais velha tá acima do peso realmente, tem inveja de mim porque eu consigo por pra fora e ela não. Ela só comia e não punha pra fora. A minha irmã mais nova ela é, é magrinha, assim, faz exercício, é saudável. [...] A minha irmã mesmo um dia falou pra mim, ‘Ah, você não tem bulimia, se você tivesse bulimia, você estaria magérrima’. Ou seja, ela me chamou de gorda.”

Helena

Apêndice 31

Unidade de Significado 33: Relação de Adolescentes Portadoras de TA's Entrevistadas com o namorado. Florianópolis, 2006.

“Na época eu namorava também, eu não queria ver meu namorado de jeito nenhum, até na época eu culpei um pouco ele, porque ele era muito ligado em ginástica e alimentação, então eu achei que tudo que tinha começado era por causa dele, assim. Porque ele queria, ele sempre buscava a perfeição e eu não me sentia à altura, então depois eu fiquei culpando um pouco ele. [...] A gente não se via durante a semana inteira, e aquilo me deixava pior ainda, eu achava que durante a semana eu tinha que fazer de tudo pra estar magra, pra quando chegar final de semana tar bonita pra ele, e não era bem assim, não. [...] Eu não conseguia, chegava na 5ª e 6ª feira eu só conseguia comer e ficava horrível, nessa época eu cheguei a pesar 56 kg. [...] Como eu to começando a namorar faz pouco tempo ainda, não me equilibrei direito, mas eu acabo indo pra casa dele, ou ele vai na minha, aí na minha casa tem churrasco, então lá eu consigo manter mais ou menos a mesma coisa. Mas aí na casa dele eles tem uma alimentação diferente, não é muito de salada, não são muito salada, são bem de bastante sobremesa, daí é camarão, strogonoff de camarão, essas coisas assim, pra mim acabam atrapalhando a rotina, por opção ainda me adaptar, fiquei um pouco mal, acabei comendo demais essa semana, acabei passando aqui e ficando mais na casa dele, mas também são acostumados com janta, e tal, ao invés de comer sanduíche, acabava comendo frango grelhado a noite, não é que eu não fico bem. [...] Com esse namorado, eu tento deixar tudo bem claro, tudo que eu puder falar pra ele eu falo, quando eu não me sinto a vontade pra alguma coisa eu conto. Isso tem me ajudado bastante pra eu me sentir mais segura e mais confiante. Principalmente na questão de não esconder nada, assim, nem dele nem da família dele. Na primeira oportunidade que eu tive eu contei pra eles que eu tava tomando remédio, que eu tava fazendo tratamento, contei porquê, e aos pouquinhos eu vou contando mais coisas de como aconteceu, e essas coisas assim, depois, contei pra família dele também, pra mãe dele, num almoço então, pra mim até mais fácil de lidar com essas coisas, assim.”

Paula

APÊNDICE 32
APROVAÇÃO DOS COMITÊS DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 013/06

I - Identificação:

- Título do Projeto: TRANSTORNOS ALIMENTARES: A VEZ E A VOZ DOS ADOLESCENTES

- Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

- Compreender a vivência dessas adolescentes referente à sua relação com o ambiente;
- Identificar o nível de conhecimento das adolescentes sobre seu transtorno;
- Identificar os motivos que essas adolescentes imaginam que as levou a desenvolver determinada relação com o alimento;
- Identificar que expectativas tinham em relação ao comportamento alimentar adotado.

III - Sumário do Projeto

A) INFORMAÇÃO GERAL

1) TÍTULO DO PROJETO: TRANSTORNOS ALIMENTARES: AVEZ E AVOZ DOS

LESCENTES ADOLESCENTES

QUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR): Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

QUISADOR PRINCIPAL: Arlene Leite Nunes

Data proposta para início da coleta de dados: 03/2006 Término

previsto: 12/2006 previsto: 12/2006

5) Indique onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade e Clínica

Particular

a. Este projeto não foi apreciado anteriormente pelo Comitê de Ética.

- Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. Os transtornos alimentares são comuns, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens, produzindo

ADU
2) PI
Vas
3) PI
'4) J

IV
alimentar a

sérios prejuízos, biológicos, sociais, acarretando um aumento de morbidade e mortalidade nesta população. Esses transtornos são considerados doenças emergentes, características das sociedades pós-modernas. Diz o projeto que, a cada ano, milhões de pessoas são acometidas de TA. Destas, mais de 90% são adolescentes do sexo feminino. Por isso há necessidade de se estudar a nutrição *anua a psicologia, porquanto não se quer apenas aprender o que acontece no corpo dessa pessoa, mas também o que ocorre no emocional, pois o ser humano é um todo e deve ser compreendido como tal. Há um plano para obtenção do* consentimento livre e esclarecido. Consta como os participantes serão recrutados e incluindo os modos de divulgação e quem irá obter o consentimento.

A qualquer momento os participantes poderão desistir. No que tange ao princípio

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OPINIONÁRIO CONSUBSTÂNCIADO No. 016/2006

TÍTULO DO PROJETO: Transtornos alimentares: a vez e a voz dos adolescentes

INVESTIGADOR: Arlene Leite Nunes

ORIENTADOR: Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes Vasconcelos

OBJETIVOS DO PROJETO

GERAL:

Compreender percepções e vivências, relacionadas ao alimento, de adolescentes do sexo feminino com transtornos alimentares à luz da fenomenologia.

ESPECÍFICOS:

- Descrever e analisar os hábitos alimentares de adolescentes com transtorno alimentar antes e durante o mesmo;
- Descrever e analisar a percepção dessas adolescentes a respeito do alimento;
- Compreender a vivência dessas adolescentes referente à sua relação com o alimento;
- Identificar os motivos que essas adolescentes imaginam que as levou a desenvolver determinada relação com o alimento;
- Identificar que expectativas tinham em relação ao comportamento alimentar adotado.

SUMÁRIO DO PROJETO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com a finalidade de compreender as percepções

e vivências de adolescentes com transtornos alimentares acerca de sua relação com o alimento. Utiliza a abordagem fenomenológica no delineamento do estudo. A coleta de dados se processará através de entrevistas com adolescentes do sexo feminino que apresentem transtornos alimentares. Na análise dos dados serão utilizadas estratégias qualitativas baseadas nas indicações de Coppe(2001) e Amatuzy(2003) que buscam dar conta do discurso e da estrutura da experiência humana dos sujeitos da pesquisa em torno da questão apresentada.

JUSTIFICATIVA DO PROJETO

A pesquisa é relevante uma vez que os conhecimentos por ela gerados irão propiciar melhor entendimento dos transtornos alimentares e, portanto, melhor e mais adequada maneira de ser o seu adequado manejo terapêutico.

METODOLOGIA	
1. DELINEAMENTO	Estudo retrospectivo, transversal.
2. CÁLCULO E TAMANHO DA AMOSTRA	250
3. PARTICIPANTES DE GRUPOS ESPECIAIS	Menores de 18 anos
4. RECRUTAMENTO	Atendimentos no ambulatório da HIJG.
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO	Ver comentários
6. ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS - BENEFÍCIOS	Não implica em riscos aos sujeitos.
7. USO DE PLACEBO	Não se aplica
8. MONITORAMENTO DA SEGURANÇA DOS DADOS	Adequado
11. AVALIAÇÃO DOS DADOS	Adequado
12. PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE	OK
13. ADEQUAÇÃO AS NORMAS E DIRETRIZES	OK
14. CRONOGRAMA	OK
15. ORÇAMENTO	OK
COMENTÁRIOS	
Todos os atendimentos em ambulatório planejado serão iniciados no estado.	

METODOLOGIA	SITUAÇÃO
1. DELINEAMENTO	OK
2. TAMANHO DA AMOSTRA	OK
3. CÁLCULO DA AMOSTRA	NÃO SE APLICA
6. ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS - BENEFÍCIOS	OK
7. USO DE PLACEBO	NÃO SE APLICA
9. PERÍODO DE SUSPENSÃO DE DROGAS	NAO SE APLICA
10. MONITORAMENTO DA SEGURANÇA E DADOS	NÃO SE APLICA
11. AVALIAÇÃO DOS DADOS	OK
12. PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE	OK
13. ADEQUAÇÃO AS NORMAS E DIRETRIZES	OK
14. CRONOGRAMA	OK
15. ORÇAMENTO	OK

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO OK

PARECER FINAL APROVADO

Conforme Resolução 196/92, capítulo III.2.n, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. Desta forma, seu relatório está previsto para DEZEMBRO/2006.

Jucélia Maria Guedert
 Coordenadora do CEP-HIJG
JUCÉLIA MARIA GUEDERT

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - HIJG.

* Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão: registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005.

APÊNDICE 33
O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “Transtornos Alimentares: a vez e a voz dos adolescentes” para desenvolvimento de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Para tanto, autorizo a psicóloga e mestranda Arlene Leite Nunes – CRP 12/04000 a coletar e utilizar os dados coletados, compostos por entrevista, medidas de peso e altura, para fins de desenvolvimento de sua pesquisa, sendo assegurados os princípios e direitos éticos conforme Resolução 196/96 e 251 de 07/08/97, do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa tem como objetivo maior compreender, a partir da fala de quem tem um transtorno alimentar, como é passar por isto.

Participante da Pesquisa

Responsável pela Adolescente

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)