UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LEILA MARIA QUILES-CESTARI

Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa

Ribeirão Preto

2011

LEILA MARIA QUILES-CESTARI

Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós- Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Processo Saúde- Doença e Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Quiles- Cestari, Leila Maria

Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa.
Ribeirão Preto, 2011.

103p. :Il. ; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentado à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Processo Saúde- Doença e
Epidemiologia.

Orientadora: Ribeiro, Rosane Pilot Pessa.

1. Desempenho de papéis. 2. Anorexia Nervosa.
3. Transtornos Alimentares

FOLHA DE APROVAÇÃO

QUILES-CESTARI, Leila Maria

Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós- Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família, minhas eternas amigas Margareth, Maria e Melany e ao Alexandre, por sempre acreditaram, apoiaram, auxiliaram, estarem ao meu lado me dando força para continuar o caminho que me leva a concretização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço imensamente à minha orientadora Prof^a Dr^a Rosane Pilot Pessa Ribeiro, por aceitar o desafio de orientar-me neste trabalho, pelos ensinamentos compartilhados durante todo este tempo, não só científicos, como também pessoal. Obrigada por acreditar em mim e no nosso trabalho, pelo acolhimento, escuta, apoio, compreensão e amizade.

Agradeço a Prof^a Dr^a Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo, pela leitura carinhosa no início desta pesquisa, pelo acolhimento, escuta e apoio nos momentos difíceis, por auxiliar-me a pensar na cientificidade da Terapia Ocupacional.

Agradeço a Dr^a Luciene Vacaro de Moraes Abmusse pelos primeiros ensinamentos teórico- práticos sobre o tema deste estudo, por me fazer entender a clínica da Terapia Ocupacional com pacientes com anorexia nervosa, pelas supervisões, disponibilidade interna, apoio e amizade.

Agradeço a Dra. Érika Arantes de Oliveira, pelo incentivo sempre, por estar ao meu lado durante este caminho, por fazer as primeiras sugestões e leitura quando esta pesquisa ainda era só um desejo. Obrigada pela amizade, apoio e compartilhar seu conhecimento.

À Prof^a Dr^a Adriana S. Oliveira, por acreditar em mim, auxiliar a encontrar o meu próprio limite, por me dar a oportunidade de aprender a prática docente em sua disciplina, pelos conhecimentos ensinados e por sua amizade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de realizar esse projeto e por tudo o que ele Ele me proporciona na vida.

Ao meu marido Alexandre, pelo carinho, apoio, amor, por dividir comigo momentos fáceis e difíceis na construção dessa etapa em minha vida, por me proporcionar momentos inesquecíveis ao seu lado que me dão forças para continuar e por compreender muitas vezes as minhas ausências necessárias.

Ao meu pai, que nunca mediu esforços para que eu corresse atrás dos meus desejos, que me ensinou da maneira mais amável, delicada e humilde o verdadeiro sentido da vida, o amor e respeito ao próximo, por acreditar em mim e estar sempre ao meu lado em qualquer momento.

À minha mãe, que me auxiliou na busca pela determinação, força e na capacidade de se ter vários papéis ocupacionais e a realizá-los ao mesmo tempo com tamanha competência.

Ao Caio, carinhosamente chamado de “meu caçulinha”, por me ensinar a encontrar o meu próprio limite e a entender que a vida não precisa ser levada tão a sério e como é bom ser “jovem” mesmo que de espírito.

Aos meus avós, meus eternos avós: Carmem, Olívia, Zico e João (*in memoriam*), por trilhar comigo os primeiros, os médios e os longos passos do estudo. Obrigada pelo amor, carinho, dedicação, educação, pela comida que me esperava no almoço quando voltava do colégio, pelos beijos, abraços e as mais verdadeiras demonstração de carinho e amor.

Aos meus padrinhos, Fátima e Mulato, por grande parte do que sou hoje, pelas histórias compartilhadas e ensinamentos sobre o viver neste mundo tão difícil, por acreditar em mim quando às vezes nem eu mesma acredito.

Aos meus sogro, Seu Cézar e D. Zeza e a minha cunhada Veronica, por me proporcionar encontros com tanto momentos de lazer, descontração e risos, onde eu podia esquecer dos problemas e dificuldades e acreditar que sonhos se realizam.

A todos que compõe a equipe do GRATA pela forma com que me acolheram, me fizeram sentir parte da equipe, mesmo com as limitações, e por compartilhar conhecimentos tão importantes para o meu processo de vida e aprendizagem.

Ao Prof. Dr. José Ernesto dos Santos por permitir que eu realizasse esse estudo.

As minhas amigas: Luciene Rebonato, Elke T. Baldo, Cristiane Pereirinha, Giovana Garcia, Mariléia da Silva, Jaqueline da Silva, Paula Carolina do Nascimento, Felicia Bigheti, Tatiane Rezende, Thaís Fonseca de Andrade, Fabiana E.G de Andrade Moura, Laura Vilela e Souza, Christiane Adami Lauand, Marina Monochio, Monise Manfrin, simplesmente por me darem o privilégio de ser amiga de vocês e aprender a cada dia.

À minha equipe de trabalho do Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto: Ana Paula Mastropietro, Letícia Meda Vendrúsculo, Catalina Cabrera, Elaine Bertuso, Flávia Osório, Cybele Leal, Marcela Bigatão, Gisele Brides, Janaína Junqueira, Rodrigo Eboli, Fábio Bronzi, Adriana, Flávia, Danyele Miguel, Daniele Barata Assad, pelo colo, companheirismo, apoio, escuta, conhecimento, paciência, ajuda e amizade.

Aos amigos do CIR- Hospital Estadual de Ribeirão Preto: Claudia, Neto, Chico, Mônica, Flávia, Milena, Mariana, Fabiana, Letícia, Nathalia, Marina L e Marina, pela amizade, apoio, por me auxiliar em algumas etapas desta pesquisa.

Ao Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, por acreditarem no meu projeto e me darem a oportunidade de desenvolvê-lo, aos funcionários, em especial a Shirley, pela ajuda constante e informações nos momentos em que me encontrava perdida.

A CAPES, pelo auxílio financeiro.

A todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a realização de mais este sonho em minha vida.

Á todas as pessoas que aceitaram participar deste estudo, e me auxiliaram na busca pelo aprendizado e compreensão sobre a anorexia nervosa e os papéis ocupacionais.

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios,
nem o lábio amargo.*

*Eu não tinha estas mãos sem forças,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração
que nem se mostra.*

*Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa e tão fácil:*

*Em que espelho ficou perdida a minha face?
(Cecília Meireles- Retrato)*

RESUMO

QUILES-CESTARI, L.M. **Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa.** 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A anorexia nervosa (AN) é um dos principais tipos de transtornos alimentares, caracterizado por uma limitação dietética auto-imposta pelo paciente, com temor intenso de engordar, recusa em manter o peso na faixa normal mínima e alteração na percepção da forma e do tamanho corporais. Geralmente apresenta graves complicações de saúde devido a seu estado nutricional e comorbidades psiquiátricas que dificultam o tratamento. Por esses aspectos, pacientes com AN tendem a apresentar dificuldades na vida cotidiana e no desempenho dos papéis ocupacionais, os quais são responsáveis por auxiliar na organização do comportamento do indivíduo e na construção de sua identidade envolvendo-o em contextos e posições sociais. O objetivo desta pesquisa é entender como se configuram os papéis ocupacionais dos sujeitos com AN. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (processo nº 9109/2008). A casuística foi composta por 11 sujeitos diagnosticados com AN (GE), todos adultos do sexo feminino, que estavam em tratamento no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Um grupo controle (GC) foi formado com 11 mulheres adultas. A metodologia desenvolvida é quali-quantitativa; os dados foram coletados pela aplicação da “Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais” e de uma entrevista semiestruturada audiogravada com 3 mulheres do GE. Os dados quantitativos foram analisados pelo Teste Exato de Fisher e os dados qualitativos pelo método de análise de conteúdo temática. Os resultados obtidos mostraram que de modo geral, houve mudança, com perda de papéis no desempenho ocupacional devido à AN. Na comparação entre os grupos, os papéis que tiveram resultados estatisticamente significativos em relação ao padrão de desempenho foram o de trabalhador, voluntário, amigo, e passatempo amador. Pela análise dos dados qualitativos, quatro temas emergiram das entrevistas: Percepções anteriores ao diagnóstico de AN, Percepções frente ao diagnóstico de AN, Percepção da interferência da AN no desempenho de papéis ocupacionais e Desejos para o futuro. Embora todos os papéis ocupacionais tenham sido influenciados pelo transtorno, as pacientes não percebem as perdas trazidas pela AN. Elas mostraram-se ambivalentes em relação ao adquirir papéis esperados para o adulto em relação ao que se espera para o adolescente, época do início do transtorno. Além disso, apresentavam dificuldade no relacionamento social e familiar, com prejuízo em relação às atividades e participação social o que sugere que o isolamento social, a preocupação com o outro e a diminuição destas atividades poderiam ter iniciado em fases mais precoces, anteriormente à doença. Esses resultados demonstraram a importância de avaliar questões ocupacionais no tratamento da AN, com vistas a diminuir os possíveis prejuízos psicossociais. Ainda, outros estudos tornam-se necessários para compreender essas dificuldades sociais iniciadas na infância e pré adolescência como um possível fator precipitante do transtorno.

Palavras- chaves: Desempenho de Papéis, Anorexia Nervosa, Transtornos Alimentares.

ABSTRACT

QUILES-CESTARI, L.M. **The occupational roles of women with nervous anorexia.** 103 f. Dissertation (Master's degree) – Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2011.

The anorexia nervosa (AN) is one of the main types of eating disorders, characterized by a self-imposed dietary restriction by the patient, with intense fear of gaining weight, refusal to maintain weight in the normal range and change in the perception of body shape. The patient usually presents serious health complications due to his nutritional status and psychiatric comorbidities, which complicate the disease's treatment. Because of that the patient usually has difficulties in daily life and performance of occupational roles, which are responsible for assisting in the organization of individual behavior and get his identity besides involve him in social contexts and positions. The objective of this research is to understand how to configure the occupational roles of the subjects with AN. The study was approved by Ethics Committee in Research of HCFMRP-USP (process n ° 9109/2008). The specific case included a research group with eleven diagnosed subjects with AN (GE - in portuguese *Grupo Experimental*), adult women, who were under treatment at the Assistance Group on Eating Disorders (GRATA – in portuguese *Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares*) of Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto belonging to Medicine College (USP-HCFMRP) . A control group (CG) was created with eleven adult women. The methodology is qualitative and quantitative; the data was collected by applying the "Identification List of Occupational Roles" and through a semi structured interview audio recorded with three GP women. Quantitative data were analyzed by Fisher's Exact Test and the qualitative one by the Thematic Analysis of Content. The results show that there is usually loss of occupational performance roles due to the AN. Comparing the groups, the roles that had significant results regarding the standard of performance were the worker, volunteer, friend and hobby. Through the qualitative data analysis four themes emerged from the interviews: Perceptions before to the Diagnosis of AN, Perceptions With the Diagnosis of AN, Perception of AN Interference in the Occupational Roles Performance and Wishes to the future. Although all occupational roles have been influenced by the disorder, patients do not realize the losses caused by the AN. They had present themselves ambivalent about getting adult expected roles to what is expected for the adolescent, age of onset of the disorder. Moreover, they present social and familiar relationships difficulties, with loss in activities and social participation which suggests the social isolation, but the lack of concern with others and reduction of these activities may have started in a previous stage of the disease. These results demonstrate the importance of occupational activities in the treatment of AN, to reduce the possible psychosocial damage. Still other studies are needed to understand these social difficulties started in childhood or adolescence as a factor that may indicate the development of this disorder.

Keywords: Performance Roles, Nervous Anorexia, Eating Disorders.

RESUMEN

QUILES-CESTARI, L.M. Los papeles ocupacionales de mujeres con anorexia nerviosa. 2011. 103 f. Disertación (Maestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La anorexia nerviosa (AN) es uno de los principales tipos de trastornos alimentares, caracterizado por una limitación dietética auto-impuesta por el paciente, con temor intenso de engordar, recusa en mantener el peso en la línea normal mínima y alteración en la percepción de la forma y del tamaño corporales. Generalmente presenta graves complicaciones de salud debido a su estado nutricional y comorbilidades siquiátricas que dificultan el tratamiento. Por esos aspectos, pacientes con AN tienden presentar dificultades en la vida cotidiana y en el desempeño de los papeles ocupacionales, los cuales son responsables por auxiliar en la organización del comportamiento del individuo y en la construcción de su identidad envolviéndolo en contextos y posiciones sociales. EL objetivo de esta pesquisa es entender como figuran los papeles ocupacionales de los sujetos con AN. EL estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa do HCFMRP-USP (processo nº 9109/2008). LA casuística fue compuesta por 11 sujetos diagnosticados con AN (GP), todos adultos del sexo femenino, que estaban em tratamiento em el Grupo de Asistencia en Trastornos Alimentares (GRATA) del Hospital de las Clinicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Un grupo control (GC) fue formado con 11 mujeres adultas. La metodología desarrollada es cuali-quantitativa; los datos fueron recogidos por la aplicación de la “Lista de Identificación de Papeles Ocupacionales” y de una entrevista semiestructurada audiograbada con 3 mujeres del GP. Los datos cuantitativos fueron analizados por Test Exato de Fisher y los datos cualitativos por método de análisis de contenido temática. Los resultados obtenidos muestran que de modo general, hubo cambio, con pérdida de papeles en el desempeño ocupacional debido a la AN. En la comparación entre los grupos, los papeles que tuvieron resultados estadísticamente significativos en relación al patrón de desempeño fueron el de trabajador, voluntario, amigo, y pasatiempo amador. Por la análisis de los datos cualitativos cinco temas surgieron de las entrevistas: Percepciones anteriores al diagnóstico de AN, Percepciones frente al diagnóstico de AN, Percepción de la interferencia de la AN en el desempeño de papeles ocupacionales, Percepción de pérdidas y Deseos para el futuro. Sin embargo todos los papeles ocupacionales hayan sido influenciados por el trastorno, las pacientes no notaron las pérdidas trajidas por la AN. Ellas se muestran ambivalentes en relación al adquirir papeles esperados para el adulto en relación al que se espera para el adolescente, época donde empieza el trastorno. Además, presentan dificultades en el relacionamiento social y familiar, con perjuicio en relación a las actividades y participación social lo que sugiere que el aislamiento social, la preocupación con los demás y la disminución de estas actividades puede haber empezado en épocas más precoces, anteriormente a la enfermedad. Esos resultados demuestran la importancia de evaluar cuestiones ocupacionales en el tratamiento de la AN, con vistas a disminuir los posibles perjuicios psico-sociales. Aún, otros estudios son necesarios para comprender esas dificultades sociales que empiezan en la niñez y pre adolescencia como un posible factor precipitante del trastorno.

Palabras- clave: Desempeño de Papeles, Anorexia Nerviosa, Trastornos Alimentares.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Papéis	16
1.1.1 Modelo da ocupação humana e papéis ocupacionais	18
1.1.2 Lista de identificação dos papéis ocupacionais	21
1.2 Transtornos alimentares	23
1.2.1 Anorexia nervosa	23
1.2.1.1 Aspectos históricos da anorexia nervosa	24
1.2.1.2 Aspectos psicossociais de indivíduos com anorexia nervosa	26
2. OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo geral	30
Compreender a configuração dos papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa....	30
2.2 Objetivos específicos	30
3. METODOLOGIA.....	32
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Local da pesquisa.....	32
3.3 Sujeitos.....	33
3.3.1 Grupo de experimental (GE).....	33
3.3.2 Grupo controle (GC)	34
3.4 Procedimentos de coleta de dados	35
3.4.1 Primeira fase- quantitativa	35
3.4.2 Segunda fase- qualitativa	36
3.5 Análise de dados	36
3.5.1 Etapa quantitativa.....	36
3.5.2 Fase qualitativa.....	40
3.6 Aspectos éticos.....	40

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 Projeto piloto.....	42
4.2 Resultados da etapa quantitativa.....	43
4.2.1 Grupo experimental.....	43
4.2.1.1 Lista de identificação dos papéis ocupacionais	45
4.2.2 Grupo controle	49
4.2.2.1 Lista de identificação dos papéis ocupacionais	50
4.3 Análise estatística comparativa entre o GE e o GC	54
4.4 Etapa qualitativa.....	58
4.4.1 Caracterização dos participantes da etapa qualitativa	58
 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
 REFERÊNCIAS	83
 ANEXOS	92
 APÊNDICES	103

APRESENTAÇÃO

Após concluir o curso de Terapia Ocupacional em 2005, realizei programa de aprimoramento profissional de “Terapia Ocupacional em Psiquiatria”, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP).

Neste aprimoramento, tive oportunidade de integrar as equipes do Serviço de interconsulta em saúde mental e do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do referido hospital e atender pacientes internados com diagnóstico de transtornos alimentares. Constatei que essa população, apresenta um cotidiano restrito, sem ocupações significativas, e que a intervenção da Terapia Ocupacional era benéfica e importante para eles.

Na busca de referências bibliográficas e embasamento teórico que pudessem me auxiliar na compreensão deste transtorno, encontrava apenas nas áreas da medicina, psiquiatria e psicologia. Não havia nenhum trabalho de investigação científica com esses pacientes com transtornos alimentares, sob o olhar da Terapia Ocupacional.

Apesar da escassez de estudos sobre a vida ocupacional, na prática clínica observa-se intenso prejuízo nos papéis ocupacionais desenvolvidos ao longo do tempo e a vida cotidiana de pessoas com anorexia nervosa, em especial no que se refere ao trabalho, escolaridade, relacionamento social e familiar, amigos e atividades sociais.

Dessa forma, são necessárias e relevantes as investigações que abordem a Terapia Ocupacional e pacientes com transtornos alimentares, a fim de se conhecer o desempenho de papéis ocupacionais e as possíveis perdas que esse quadro clínico pode acarretar, fornecendo subsídios para uma abordagem terapêutica mais eficaz e completa.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Papéis

O termo “papel” possui diferentes sentidos, quando originada do latim *medieval rotulus* (derivado de rota, roda), pode significar “uma folha enrolada contendo um escrito”, ou “aquilo que deve recitar um ator numa peça de teatro”, o termo em francês (*role*), inglês (*role*) e castelhano (*rol*), também indicam este sentido (RUBINI, 1995).

Já no idioma português, a origem etimológica do termo ‘papel’ vem do grego *pápyros*, do latim *papiro*, cujo significado inicialmente era “um arbusto do Egito cuja entrecasca se fazia o papel”, ao qual de forma gradual, foi atribuído à ideia da função social de “personagem representado por um ator”, “atribuição de natureza moral, jurídica, técnica, etc” (MORENO, 1975).

Esta função social surgiu à partir do século XI, principalmente nas Ciências Sociais (RUBINI, 1995). Para Moreno (1975), o papel não é especificamente um conceito sociológico ou psiquiátrico. Inspirado pelo teatro, este autor, psicanalista e criador do método de psicodrama, tornou-se um dos precursores nos estudos referentes aos papéis desempenhados pelos indivíduos na sociedade e os conceitos sociais neles embutidos.

Para o mesmo autor, o conceito de papel recebe forte influência do método do psicodrama, que o estende para todas as dimensões da existência humana, desde o nascimento, ao longo de toda a vida do indivíduo, enquanto experiência pessoal e participação social.

Sobre isto descreveu que:

(...) o Homem tem um papel a desempenhar e cada indivíduo se caracteriza por uma variedade de papéis que regem seu comportamento e cada cultura se caracteriza por uma série de papéis que, com maior ou menor êxito, impõe a todos os membros da sociedade(...). (MORENO, 1972 P.81).

Para Moreno (1974), o indivíduo se realiza pelo desempenho de papéis na sociedade, sendo este desempenho compreendido como uma função tanto da percepção como da representação de papéis, e que estes são anteriores ao surgimento do EU; acredita-se que o EU é revelado pelo desempenho de papéis (MORENO, 1974).

O “papel” pode então ser definido como “a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos” (MORENO, 1975, p. 27).

Moreno (1984), definiu três tipos de papéis que os indivíduos podem apresentar:

1- *Papéis psicossomáticos*: os primeiros que o indivíduo desempenha; representam as necessidades fisiológicas, interligadas com o meio em que vivem, por exemplo: ingerir alimentos quando bebê.

2- *Papéis Psicodramáticos*: corresponde ao estágio mental de criação, preparando a criança para assumir papéis sociais no futuro, por exemplo: brincadeiras de faz de conta, representar um pai, uma mãe, um amigo, etc.

3- *Papéis Sociais*: correspondem a funções sociais assumidas pelo indivíduo, permitindo-se a relação com o meio social.

Para permitir ao Homem ser aquilo que ele é, dar uma resposta adaptada e pessoal ao mundo e não uma resposta condicionada e aprendida, é preciso que cada um possa abrir e explorar o rol de papéis dentro de si, estes que percorrem todas as dimensões da vida, com início no nascimento e término na morte (MORENO, 1975; WEIL et al., 1967).

Com o decorrer dos anos, a Psicologia Social realizou estudos sobre o conceito de papel e desenvolveu a teoria clássica sobre os papéis que tem como objetivo compreender os papéis sociais dos indivíduos e os elementos simbólicos a eles associados. Pertence a essa teoria a identificação de três tipos de papéis sociais: pessoal-sexual, sócio-familiar e o ocupacional (BOLSONI-SILVA, 2002; CROWE et al., 1996; OAKLEY et al., 1986).

Para Oakley (1986), a Terapia Ocupacional, enquanto profissão e ciência, apropriou-se desse conceito advindo da Psicologia Social e desenvolveu estudos sobre papéis definindo-os como: “o conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, moldados pela cultura, podendo ser moldada e conceituada pelo indivíduo” (AOTA, 2008).

Um dos grandes referenciais teóricos dentro desta profissão é o Modelo da Ocupação Humana (MOH) que explora fortemente o conceito de papel e papel ocupacional e que será aprofundado neste estudo (KIELHOFNER; BURKE, 1990).

1.1.1 Modelo da ocupação humana e papéis ocupacionais

O MOH tem origem na década de 70 nos Estados Unidos da América, devido à necessidade de desenvolver um novo referencial teórico para a profissão Terapia Ocupacional. Este modelo foi influenciado pelo pensamento de Mary Reilly, terapeuta ocupacional norte-americana que desenvolveu o “Modelo do Comportamento Ocupacional”, o qual aborda três conceitos essenciais: a necessidade humana de ser competente e de realizar os aspectos desenvolvimentistas do trabalho e do lazer, a natureza do papel ocupacional, a relação entre saúde e adaptação humana (KIELHOFNER; BURKE, 1990).

Sob essa influência, foi se constituindo a premissa central do MOH definida como:

(...) Toda a ocupação humana brota de uma tendência espontânea, inata do sistema humano a ânsia de explorar e dominar o ambiente. O modelo está baseado na suposição de que a ocupação é um aspecto central da experiência humana. É o impulso inato do homem, em relação a exploração e sua consequente capacidade para simbolizar é o que torna único entre os animais(...) (KIELHOFNER; BURKE 1990, p.56).

Este modelo procura resgatar a perspectiva humanista em Terapia Ocupacional, associada à Teoria Geral dos Sistemas, segundo o qual o Homem é visto como um sistema aberto, cíclico, capaz de sofrer mudanças e desenvolver-se pelas experiências vividas no meio ambiente. Compreende-se que esses sistemas não podem trabalhar como partes isoladas, mas sim, que o meio ambiente e os sistemas resultam numa rede dinâmica de relações (KIELHOFNER, 2002).

O ambiente é compreendido como objetos externos, pessoas ou algo que influenciam a ação do sistema (KIELHOFNER, 2002)

A interação entre o sistema aberto e o ambiente se dá por um processo que envolve diferentes aspectos: *input* (entrada), *output* (saída), *throughput* e *feedback* (retroalimentação).

- O *input* (entrada) é a informação que chega ao sistema, vinda do ambiente; se não existir essa informação o sistema não pode funcionar, ela torna-se a base da habilidade do sistema de agir sobre o ambiente.

- O *output* (saída) consiste nos aspectos mentais, físicos e sociais da ocupação, para ser produzida o sistema utiliza o estoque de informações disponíveis com o objetivo de organizar a ação.

- O *feedback* é a informação a respeito das consequências da ação; por meio dele, é possível informar o sistema sobre o seu próprio output.

– O *throughput* é a interação do *input* e do *feedback* com as estruturas e funções internas do sistema, é a ligação dos outros processos, (*input*, *output* e *feedback*) e completa o ciclo, fazendo com que o sistema se torne autotransformador, ou seja, à medida que o sistema produz *output*, ele cria novas informações que o modificam, como pode-se observar na figura 1 (KIELHOFNER; BURKE, 1990).

Figura 1: O Homem entendido como o sistema aberto pelo MOH (KIELHOFNER;BURKE, 1990).

As partes internas do sistema são divididas em três subsistemas hierarquicamente organizados sendo eles: Vontade, Hábitos e Desempenho (KIELHOFNER, 2002).

Para Kielhofner e Burke (1990), o subsistema da Vontade (ou Volição) é responsável pelas escolhas das ações do ser humano, refere-se à motivação para a ocupação. Apresenta-se no nível hierarquicamente mais alto e tem, como função, ordenar escolhas ou iniciar a ação. Ele possui três componentes:

- 1- Causação pessoal: refere-se ao sentido de capacidade e eficácia, competência ou incompetência.
- 2- Metas valorizadas: referem-se ao prazer associado ao passado e as futuras ações; organizam o tipo de ação que o sistema desenvolverá.
- 3- Interesses: dizem respeito ao prazer pessoal em realizar certos eventos; atraem a atenção e auxiliam o indivíduo a organizar o tempo empregado em suas atividades.

O segundo subsistema é o dos Hábitos (ou Habituação), onde os “comportamentos-padrão” são regulados transformando as ações em comportamentos rotineiros e mecânicos. Os hábitos organizam o tempo objetivando proporcionar maior eficiência no desempenho ocupacional diário e possui dois componentes: hábitos e papéis. Os hábitos podem ser considerados como ações quase automáticas das pessoas; com as repetições de algumas experiências, os sujeitos adquirem formas de comportar-se em ambientes influenciando nas atividades rotineiras, na utilização do tempo e no estilo de vida (KIELHOFNER, 2002). O objetivo do hábito é regular os padrões de ações que são liberados pelo sistema, mantendo a ordem nos outputs. Ele é organizado pelo subsistema da vontade (KIELHOFNER, 2002).

Outro dos componentes deste subsistema dos Hábitos, são os papéis interiorizados, que representam o maior nível de organização e proporcionam uma identidade social, mostram a situação social dos sujeitos, influencia a forma e o conteúdo da interação entre as pessoas (BARRETT; KIELHOFNER, 2002).

Mesmo sendo possível conceber diversos tipos de papéis como, por exemplo, papéis sexuais ou familiares, o MOH enfatiza os papéis ocupacionais (KIELHOFNER; BURKE, 1990), entendendo que são determinantes críticos da produtividade humana; eles organizam o comportamento do indivíduo, auxiliam na construção de sua identidade conduzindo para as realizações sociais e envolvem o indivíduo em contextos e posições sociais. Estes papéis trazem consigo obrigações e posições individuais em cada grupo atendendo as expectativas de comportamento e desempenho próprio de cada papel ou função (BRANHOLM & FUGL-MEYER, 1994).

Para Kielhofner (1990), os papéis ocupacionais estão ligados à ontogênese natural do Homem, considerando -o como um ser ativo que desenvolve ocupações significativas em cada fase de sua vida: infância, adolescência, adulto e velhice. Durante a infância, o papel de brincante é a atividade central do indivíduo, onde é gasta a maior parte do tempo. Por meio desta atividade, a criança prepara-se para as próximas fases da vida e aquisição de novos papéis ocupacionais. Na adolescência, o papel de estudante é onde o indivíduo investe maior parte de sua energia, numa busca constante também pela própria identidade. Os jogos, passatempo pessoais e eventos sociais são uma forma de aprendizado.

Quando adulto, o maior tempo despendido é para o papel ocupacional de trabalhador, a exploração de novas situações auxilia o homem a adquirir novos papéis, como de membro de família e pai. É o papel de trabalhador que satisfaz a necessidade produtiva e auto satisfatória do indivíduo e que pode lhe permitir status e aumento das relações sociais. Já na velhice, o papel mais importante é o de aposentado, quando pode voltar-se às suas atividades

de recreação, auto cuidado e cuidado com a família. É considerado um momento crítico, podendo a aposentadoria ser um marco negativo ou positivo dependendo do indivíduo e de sua capacidade de adquirir novos papéis e enfrentar mudanças (KIELHOFNER, 1990).

Por essas ocupações (ações), o Homem é capaz de organizar-se, ser produtivo, participar de grupos sociais e realizar mudanças em si próprio. Os seres humanos são saudáveis quando exercem seus papéis ocupacionais e quando estão sem ocupação significativa, numa condição de disfunção, podem adoecer (PIZZI, 1989).

Embora consideram que o ser humano é saudável pela quantidade de papéis que desempenham, é importante pensar na qualidade que estes papéis estão sendo desenvolvidos. Quanto mais papéis uma pessoa desenvolver de forma saudável, maior a possibilidade de bem estar, energia, diminuição do isolamento social, saúde física e emocional o indivíduo terá (POSSATTI; DIAS, 2002ab).

Por fim, o terceiro subsistema do MOH é o de desempenho, que envolve as capacidades músculoesqueléticas, perceptivas, neurológicas e do conhecimento (BARRETT; KIELHOFNER, 2002). Ele ocupa o nível hierarquicamente mais baixo, é governado pelo subsistema de hábitos e da vontade, que aprovam e mantém o estoque de habilidades, mas tem função importante de produzir comportamentos solicitados pelos níveis mais elevados (KIELHOFNER; BURKE, 1990).

Baseado nos pressupostos teóricos do MOH, foi desenvolvido um instrumento de avaliação dos papéis ocupacionais denominado originalmente como “*The Role Checklist*” (CORDEIRO, 2007).

1.1.2 Lista de identificação dos papéis ocupacionais

O “*The Role Checklist*” é um instrumento de avaliação baseado no MOH, foi originalmente construído na língua inglesa pela terapeuta ocupacional norte americana Francês Oakley, em 1986. Para ser utilizado no Brasil, o instrumento passou por um processo de tradução, adaptação cultural e validação com casuística composta por pessoas portadoras de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (CORDEIRO et al., 2007).

A “Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais”, como foi denominado na língua portuguesa, é um inventário que tem por finalidade fornecer informações sobre os papéis que cada indivíduo desempenha, sobre a percepção do indivíduo com relação aos papéis

desempenhados ao longo da vida e também o grau de importância de cada papel para o indivíduo (KIELHOFNER, 2002; OAKLEY et al., 1986).

São dez os papéis ocupacionais avaliados por este instrumento: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante em organizações.

São atribuídas quatro dimensões para os papéis: Incumbência Percebida, Carreira de Papéis Ocupacionais, Equilíbrio de Papéis e Importância Designada (OAKLEY et al., 1986).

- Incumbência Percebida refere-se a uma crença individual de que o sujeito desempenha um papel. Indica a percepção com relação aos papéis desempenhados em sua vida e também em que grau o senso de identidade é alcançado.

- Carreira de Papéis Ocupacionais refere-se à progressão dos papéis no decorrer da vida, visto que esta tende a aumentar com a idade, gênero e grupo social que o indivíduo possui.

- Equilíbrio de Papéis refere-se à habilidade de manter os papéis sem conflitos ou sobrecargas; indica a competência para organizar o comportamento ocupacional.

- Importância Designada refere-se ao grau de importância que o sujeito atribui a um papel (OAKLEY et al., 1986).

Este instrumento já foi traduzido para 10 idiomas e vem sendo amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais (CORDEIRO, 2007). No Brasil, vários estudos também o têm adotado segundo levantamento realizado por Cordeiro (2010).

Neste levantamento, é possível observar que a região Sul e Sudeste é a que mais vem utilizando a Lista de identificação de papéis ocupacionais em suas pesquisas, sendo que estas utilizam como casuísticas adolescentes, adultos e idosos com diferentes diagnósticos (Anexo A).

Vários são os estudos, nacionais e internacionais que utilizam a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em diferentes populações, considerando a importância da investigação sobre o desenvolvimento de papéis ocupacionais ao longo da vida, em indivíduos que apresentam alguma doença física ou mental e que podem comprometer o desempenho dos papéis ocupacionais.

1.2 Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares são consideradas doenças psiquiátricas graves, com alterações do comportamento alimentar e intimamente ligados à preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, além de medo intenso de engordar (BORGES et al., 2006).

A etiologia ainda é desconhecida. Porém, estudos têm mostrado que a causa pode ser multifatorial, relacionando fatores genéticos, socioculturais, familiares e individuais como por exemplo; alguma experiência adversa, personalidade e vulnerabilidade psicológica (BIGHETTI et al., 2007; GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006).

Em relação aos aspectos epidemiológicos, acreditava-se que os transtornos alimentares tinham maior incidência de pessoas em países desenvolvidos. Entretanto, nota-se seu crescimento também nos países em desenvolvimento (RIBEIRO et al., 1998).

Observa-se maior prevalência em pessoas do sexo feminino, numa proporção de 1:10 entre homens e mulheres, na idade entre 15 a 22 anos e de diferentes classes sociais (BORGES et al., 2006; HAY, 2002 e KLEIN; WALSH, 2004).

Por afetarem a parte orgânica e mental do indivíduo, estes transtornos devem ser tratados por profissionais em uma equipe multidisciplinar. A intervenção deverá abordar os aspectos nutricionais, psiquiátricos, clínicos, psicológicos, psicossociais e ocupacionais tanto no que diz respeito ao portador quanto para sua família (CABRERA, 2006; SILVA; SANTOS, 2006).

Dentre os transtornos alimentares existentes, são considerados dois: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

1.2.1 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar no qual há uma limitação dietética autoimposta pelo indivíduo, que apresenta recusa em manter o peso na faixa normal mínima, temor intenso de ganhar peso e alteração na percepção da forma e do tamanho corporal (DALGALARRONDO, 2000).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), os critérios diagnóstico deste transtorno são:

- I- Recusa em manter o peso corporal, ideal ou acima do peso mínimo para a idade e altura;
- II- Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo se abaixo do peso ideal;
- III- Distúrbio da imagem corporal;
- IV- Amenorréia em mulheres pós menarca (ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos).

A AN pode ser dividida em dois subtipos: anorexia nervosa do tipo bulímico (AN-B) e anorexia nervosa do tipo restritivo (AN-R). No tipo bulímico acontece compulsão alimentar seguida de métodos compensatórios para evitar a perda de peso, como vômitos, laxantes e diuréticos. Na AN- R, a restrição alimentar é o único meio para obter a perda de peso. Inicialmente, a restrição alimentar se dá em relação aos alimentos ricos em carboidratos e lipídios; o indivíduo pode desenvolver uma dieta até alcançar praticamente o jejum, com a vontade intensa de estar mais magro. Esse subtipo de AN tem maior incidência em pessoas do sexo feminino, com faixa etária de pré-adolescente e adolescente (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006; PACCOLA, 2006).

As maiores complicações clínicas desses quadros ocorrem devido ao estado de desnutrição. O índice de mortalidade de pacientes com anorexia nervosa pode chegar a 20% por complicações clínicas ou suicídio (BORGES et al., 2006).

Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2006), um grande número de pacientes com anorexia nervosa pode apresentar comorbidades psiquiátricas associadas ao transtorno alimentar. As mais encontradas são os transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtorno de humor, dependência química, além de baixa autoestima.

1.2.1.1 Aspectos históricos da anorexia nervosa

A primeira noção histórica relacionada à busca pela perfeição está relacionada a concepção cristã da criação do ser humano, quando colocado-o como à imagem de Deus, ou seja a imagem da perfeição (MIRANDA, 2007).

Durante a idade média, as práticas de jejum eram comuns e compreendidas como estado de possessão demoníaca ou milagres divinos. Bell (1985) descreve o comportamento anoréxico realizado por 260 santas italianas que viveram entre 1200 e 1600, elas pareciam alcançar metas espirituais superiores. Pela supressão de necessidades físicas e sensações básicas como cansaço, fome e dor, esse quadro foi denominado como anorexia sagrada. Embora existam relatos sobre essa prática e a busca do corpo perfeito há séculos, não se pode afirmar que a AN esteja relacionada aos casos de anorexia sagrada (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

As primeiras descrições de transtorno alimentar do tipo anorexia nervosa são de 1691, apresentadas por Richard Morton, um médico que acompanhou um caso de uma jovem com 17 anos de idade do sexo feminino, que apresentava um quadro de recusa alimentar (SOUZA; SANTOS, 2007).

O grande marco histórico na descrição científica da AN foi quando Louis – Victor Marcé relatou em 1859, em um encontro em Paris, o atendimento de duas jovens com distúrbios alimentares, em um trabalho intitulado como “*On a form hypochondriacal delirium occurring consecutive to dyspepsia and characterized by refusal of food*” (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). Acredita-se Marcé não foi reconhecido como o pioneiro a descrever a doença AN, devido à sua morte precoce e a não ascensão ao meio científico (SOUZA; SANTOS, 2007).

Em 1868, o médico inglês Sir Willian Gull, descreveu a primeira referência de uma paciente com uma perda de peso significativa e severa, denominado “*apepsia hystérica*”, sendo que essa denominação foi corrigida em 1874 para Anorexia Nervosa pelo próprio Gull. Em seu estudo, ele descreveu um quadro de três pacientes que apresentavam características semelhantes, como perda de peso severa, amenorréia, constipação, agitação, edema e hipotermia (SOUZA; SANTOS, 2007)

Em 1873 na França, o psiquiatra Ernest- Charles Lasegue relata um quadro que denominou como “anorexia histérica”, conhecida também como anorexia mental. Seu trabalho científico foi intitulado “*L’anorexia hystérique*”, tendo investigado 8 mulheres com 18 a 32 anos, focalizando os aspectos emocionais da doença, como insegurança pessoal, a negação da doença e a contribuição familiar para o agravamento dos sintomas (LASEGUE, 1873 apud GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006).

Por volta de 1889, Charcot, foi o primeiro a observar o conceito de “*idée fixe d’obésité*”, como eixo central da anorexia nervosa. O prestígio de Charcot na França fez com

que vários médicos interessados pela doença contribuíssem para o aumento da cientificidade dos estudos sobre o assunto (SOUZA; SANTOS, 2007).

No início do século XX, Pierre Janet investigou várias pacientes anoréxicas resultando na discussão de duas formas da doença: uma do tipo obsessivo e outra, histérica (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). No tipo obsessivo, a sensação de fome estava mantida e a recusa pela ingesta alimentar devia-se ao medo de engordar. No tipo histérico, havia uma perda real do apetite com sintomas somáticos, como por exemplo, vômitos e regurgitação.

No período de 1900 a 1940, a doença e seu tratamento eram vistos como essencialmente biológicos, sendo os aspectos psicossociais e psicanalíticos pouco observados. Entretanto, a partir desta data, ressurgem as teorias de causa psicológica para anorexia nervosa (SOUZA; SANTOS, 2007).

No ano de 1950, Hilde Bruch descreveu a anorexia como primária, onde a busca implacável em direção a magreza é o eixo central, diferenciando de outros tipos de estudos onde apontavam a anorexia como sendo secundária as doenças psiquiátricas, como por exemplo, a depressão, a esquizofrenia e a histeria (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006).

Em 1970, Gerald Russel sugeriu critérios diagnósticos tendo como eixo central o medo mórbido de engordar, além de distúrbios endócrinos (SOUZA; SANTOS, 2007). A partir dessa data, eles começaram a ser desenvolvidos sistematicamente e constantemente revisados até os dias atuais. Observa-se, nesse período, uma grande evolução, tendo em vista as pesquisas científicas e os conhecimentos desenvolvidos sobre as características e o curso da doença, assim como do seu impacto psicossocial sobre os indivíduos acometidos.

1.2.1.2 Aspectos psicossociais de indivíduos com anorexia nervosa

Estudos sobre qualidade de vida e transtornos alimentares relatam que pessoas com AN apresentam dificuldades relacionadas à percepção de bem-estar, autonomia e organização das atividades que sustentam a vida ocupacional, tanto pelos aspectos clínicos quanto emocionais (DE LA RIE; NOORDENBOS; VAN FURTH, 2005; DOLL et al., 2005).

O tempo despendido em sua vida ocupacional está relacionado com o comer, o padrão alimentar, na preocupação com o ganho de peso, nas calorias dos alimentos e diálogos envolvendo esses aspectos (MORAIS, 2006). Indivíduos com AN apresentam um

funcionamento relacionado à busca incessante pela perfeição, não só representado com a busca pelo corpo feito, o que acreditam ser capazes de alcançar, mas também, com relação às atividades que realizam no decorrer da vida cotidiana. Eles dificilmente admitem erros e errar, são exigentes consigo mesmo, o que pode não só dificultar, mas até impedir a realização de atividades; pois além do perfeccionismo, apresentam também o medo da exigência do outro em relação a si próprios (BULIK et al., 2003; FORBUSH; HEATHERTON; KEEL 2007).

O perfeccionismo é um importante aspecto que aparece nos transtornos alimentares, porém, mostra-se mais intensificado com relação à pacientes com AN do tipo restritivo e no sexo feminino. Para alguns autores como Bulik et al. (2003), Forbush, Heatherton e Keel (2007), e Nilsson, Sundbom e Hagglof (2008), o comportamento perfeccionista está relacionado à etiologia da doença, sendo considerado também um fator de risco para desenvolvimento da mesma, perdurando mesmo durante a recuperação do estado nutricional.

Outro aspecto importante da AN que dificulta a realização de atividades que sustentam o cotidiano são as comorbidades psiquiátricas associadas. Dentre elas, as mais comumente encontradas são os transtornos do humor, de ansiedade e de personalidade

Segundo Godart et al. (2006), não existe diferença significativa em relação aos subtipos da AN quanto à presença de transtornos depressivos e ansiosos; observa-se que os transtornos compulsivos e fobia social são encontrados com maior frequência.

Os indivíduos com AN apresentam constantemente, sentimento de menos valia, baixa autoestima e desesperança, hipersensibilidade a críticas e dificuldade relacionadas à autonomia e independência, assim como distorção da imagem corporal (BEHAR; ARRIAGADA; CASANOVA, 2005; SANTOS, 2006). Essas comorbidades e sentimentos podem dificultar a realização de projetos, atividades de autocuidado e relacionamento social podendo levar a tentativas de suicídio, sendo esta a maior causa de mortalidade em pessoas com AN (BULIK; THORNTON; PINHEIRO, 2008).

A impulsividade é encontrado principalmente em indivíduos com anorexia nervosa do subtipo bulímico; surgem como uma das possíveis justificativas para as elevadas taxas de tentativas de suicídio neste grupo após o controle dos sintomas depressivos (ROSVAL et al., 2006).

Indivíduos com AN mostram menor conhecimento e diferenciação de si com o outro, dificuldade em definir uma identidade própria, além de dificuldade de reconhecer emoções tanto visuais quanto auditivas. Tendem ao isolamento, criando uma onipotência de si, com dificuldade em manter relacionamentos sociais com sentido e significado, juntamente com um empobrecimento da comunicação interpessoal e falta de empatia (COZZI; OSTUZZI, 2007).

Quanto a qualidade de vida, Doll et al. (2005) relatam que os indivíduos com AN apresentaram maior prejuízo quando comparados a outros grupos com transtornos mentais, independente do subtipos de AN. Os autores observaram que o prejuízo na avaliação do bem estar emocional foi maior quando comparado ao bem estar físico, sendo que os indivíduos com AN relataram maior prejuízo quando comparados aos outros tipos de transtornos alimentares.

Esses aspectos, associados ao próprio quadro clínico e nutricional, interferem não só emocionalmente, mas também fisicamente nos indivíduos com AN. Contribuem para a diminuição das atividades de vida cotidiana, sejam elas atividades de vida diária (autocuidado, cuidado com afazeres domésticos), atividades de vida prática (trabalho e escola) e também atividades de vida social (sair de casa, relacionar-se com os outros e com a família).

Baseado nos aspectos psicossociais e nos papéis ocupacionais apresentados surge a necessidade de investigar sobre como as mulheres com AN estruturam esses papéis em sua vida ocupacional, visto a complexidade física e mental que este transtorno acarreta.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a configuração dos papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a organização e importância dos papéis ocupacionais (de estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, atividades domésticas, amigo, membro de família, religioso, atividade de passatempo, participante de organizações e outros) de mulheres com anorexia nervosa;
- Avaliar a ocorrência de perdas dos papéis ocupacionais após o diagnóstico de anorexia nervosa

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa que utiliza uma metodologia mista, no qual integra métodos quantitativos e qualitativos para alcançar os seus objetivos.

A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, trabalha no universo das motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, corresponde a um processo mais profundo das relações e que não pode ser reduzido a números (MINAYO, 1994). Já as pesquisas quantitativas trazem hipóteses teóricas ocultas sugerindo novas possibilidades (TRIVIÑOS, 1992).

Dessa forma, justifica-se a necessidade de utilizar instrumentos objetivos como a aplicação de protocolo, e também a entrevista semiestruturada, como instrumentos mais subjetivos.

Esta pesquisa foi dividida em duas etapas, a primeira sendo de natureza quantitativa e a segunda, qualitativa.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada junto ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

O GRATA – HCFMRP/USP iniciou suas atividades na década de 80 atendendo às pessoas com transtornos alimentares e seus familiares (DOS SANTOS, 2006). Atualmente a equipe multidisciplinar é constituída por um médico residente da nutrologia, um médico nutrólogo, um médico psiquiatra, cinco nutricionistas, cinco psicólogos, uma terapeuta ocupacional observadora das reuniões clínicas, além de estagiários de nutrição e psicologia.

Os atendimentos são realizados no ambulatório individualmente, às sextas-feiras no período vespertino com médico residente da nutrologia, psiquiatra e nutricionista, e atendimento psicoterápico com psicólogo deste grupo. A psicoterapia é realizada em outro horário e local e também é oferecida ao familiar de forma individual.

Com relação à abordagem grupal, existem quatro tipos de grupos, sendo dois oferecidos aos pais e familiares: Grupo de Apoio Psicológico aos Familiares, coordenado por duas psicólogas e Grupo de Orientação aos Familiares, cuja coordenação é feita por uma médica psiquiatra. Para os pacientes são oferecidos o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes, coordenado por dois psicólogos e o Grupo de Orientação Nutricional, coordenado por duas nutricionistas.

Os pacientes deste serviço são encaminhados para o mesmo por meio da guia de referência do Sistema Único de Saúde (SUS); inicialmente passam por uma triagem realizada pelo médico residente da nutrologia e se preencherem critérios do serviço é agendado uma avaliação com a equipe, respeitando o protocolo deste serviço.

A avaliação é composta por quatro momentos diferentes, sendo o primeiro: avaliação com nutricionista e médico residente da nutrologia; o segundo: avaliação da médica psiquiatra; o terceiro: avaliação e discussão do caso na reunião clínica com a equipe multidisciplinar, onde o diagnóstico é concluído para transtornos alimentares do tipo anorexia nervosa e seus subtipos ou bulimia nervosa, além de discutir o plano de tratamento que será oferecido para cada paciente. O quarto momento é a assinatura do plano de tratamento pelo paciente, familiar; estes são orientados por duas psicólogas do GRATA em relação ao tratamento que irão receber, além dos seus direitos e deveres.

Na época da coleta de dados, o GRATA oferecia atendimento para 22 pacientes com TA, sendo 21 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

3.3 Sujeitos

Foram formados dois grupos de estudos, a saber: grupo experimental (GE) e Grupo Controle (GC).

3.3.1 Grupo de experimental (GE)

Todos os sujeitos do estudo eram pacientes com AN em tratamento no GRATA-HCFMRP-USP e estavam em seguimento no ano de 2009. Foram selecionados por uma amostra de conveniência, ou seja, foram selecionados todos os pacientes do sexo feminino

que estavam em tratamento pelo GRATA com diagnóstico de AN, com idade entre 18 e 50 anos .

Como critério de exclusão, foram consideradas as mulheres grávidas e com deficiência física, por poder comprometer a avaliação nutricional e do desempenho de papéis ocupacionais.

Portanto, o grupo final do estudo foi constituído por 11 participantes.

3.3.2 Grupo controle (GC)

Este grupo foi constituído por sujeitos do sexo feminino com idade entre 18 e 40 anos, consideradas saudáveis, por apresentarem os seguintes critérios de inclusão: a) Índice de Massa Corporal (IMC) entre 19 e 25 Kg/m², ou seja, dentro da normalidade; b) resultado inferior a 21 pontos no questionário *Eating Attitudes Test* (EAT-26), um instrumento de rastreamento de TA por identificar sinais e sintomas desses quadros. Acima desse valor, considera-se fator de risco para o desenvolvimento de TA.

O EAT-26 (Anexo B) é um instrumento autoaplicável desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979) e validado para a população brasileira (BIGHETTI et al., 2004). Esse instrumento é um dos mais utilizados atualmente, por ser um teste psicométrico com o objetivo de medir sintomas da síndrome de maneira mais fácil e rápida, favorecendo assim, o rastreamento do transtorno e conseqüentemente, a precocidade do diagnóstico e tratamento. O resultado do EAT-26 é obtido pela somatória dos pontos conferidos a cada uma das 26 questões, tipo Likert, tendo como ponto de corte 21 pontos. Acima desse valor, o teste é considerado positivo e pode indicar possíveis casos de doença.

Para seleção desse grupo, ou seja, um grupo de mulheres que não apresentavam sinais ou sintomas dessas doenças (identificados pelo EAT-26), foi utilizado o método *snowball*. A seleção desta amostra implicou em um método de amostragem, no qual emprega investigação de uma população com um número frequentemente baixo de participantes ou devido a sensibilidade do tema. Esta técnica de amostragem utiliza relações interpessoais e conexões entre as pessoas, tanto para incluir quanto para excluir os indivíduos. Conseqüentemente, o método *snowball* não só oferece os resultados do recrutamento de amostras como também auxilia em ampliar o tamanho da amostra, ou seja, dos participantes para a investigação (PATTON, 1990).

Este grupo foi composto por 11 sujeitos, pareados um a um com o GE em relação ao gênero, idade e escolaridade.

Além disso, com o objetivo de manter um grupo homogêneo com relação ao aspecto econômico, foi avaliado a classificação econômica dos sujeitos, utilizando o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil - CCEB (Anexo C). Este instrumento foi elaborado pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) para estimar o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas, com base no Levantamento Socioeconômico do IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística), classificando-os por classes econômicas (CCEB, 2010).

3.4 Procedimentos de coleta de dados

3.4.1 Primeira fase- quantitativa

Nesta primeira etapa, os pacientes foram convidados a participarem desta pesquisa, quando vieram até o HCFMRP-USP para retorno ambulatorial no GRATA, sendo respeitados os aspectos éticos e os critérios de inclusão para este estudo.

Esta coleta de dados teve início no dia 30 de outubro de 2009 e término no dia 12 de fevereiro de 2010, sendo que cada entrevista teve duração média de 20 minutos.

Foram coletados os dados sociodemográficos (profissão, escolaridade, tempo de tratamento, data de nascimento, sexo e renda familiar), os dados clínicos em relação ao tempo de doença e tempo de tratamento. Além disso, foi realizada a avaliação do estado nutricional, pela aferição do peso e da altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) cuja fórmula é o peso (Kg) dividido pela altura (em metros) ao quadrado (WHO 2000).

Para avaliar os papéis ocupacionais foi aplicado o protocolo da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais(Anexo D).

3.4.2 Segunda fase- qualitativa

Para a realização da segunda etapa da pesquisa (fase qualitativa), os participantes selecionados foram aqueles que apresentaram maior comprometimento no desempenho de papéis ocupacionais.

Este comprometimento foi determinado pelo maior número de perdas de papéis que consideram de muita importância, segundo a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, aplicada na primeira etapa (CORDEIRO, 2005). Por amostra por saturação o grupo foi constituído por três sujeitos.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com roteiro norteador (Apêndice A), buscando compreender os aspectos subjetivos, ou seja, o motivo para a perda de papéis, as dificuldades encontradas, entre outros, com o objetivo de ilustrar as respostas obtidas com o uso da Lista de Papéis Ocupacionais. As entrevistas foram realizadas em um ambiente preservado, com utilização de um gravador de áudio. Estas tornam-se indispensável em uma pesquisa qualitativa, porém, como determina alguns autores, insuficiente se aplicada independente (BOGDAN; BIKLEN, 1991).

3.5 Análise de dados

3.5.1 Etapa quantitativa

Os dados sociodemográficos foram analisados de forma descritiva e o IMC analisado segundo as categorias preconizadas pela World Health Organization (WHO 2000) para adultos ilustrada a seguir:

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal. Ribeirão Preto, 2010.

<i>Estado Nutricional</i>	*IMC (Kg/m²)
Desnutrição Grave	< 16,0
Desnutrição Moderada	16,0 – 16,9
Desnutrição Leve	17 – 18,4
Eutrofia	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidade Leve	30- 34,9
Obesidade Moderada	35 – 39,9
Obesidade Grave	>40,0

*IMC – Índice de Massa Corporal

Fonte: Modificado de WHO (2000)

Para análise dos resultados referentes à classificação econômica dos indivíduos foram seguidas as orientações do documento Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/ 2010 – O novo critério de classificação econômica Brasil (CCEB, 2010). Os valores correspondentes às alternativas escolhidas pelos indivíduos, quando questionados sobre a quantidade de itens que possuíam em sua casa, encontram-se no quadro abaixo.

Quadro 2 – Pontos de corte para as classes econômicas, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2010.

Classes	Pontuação
Econômicas	
A1 - *RFM= R\$9733,47	42 a 46 pontos
A2 - RFM= R\$6563,73	35 a 41 pontos
B1 - RFM= R\$3479,36	29 a 34 pontos
B2 - RFM= R\$2012,67	23 a 28 pontos

* Renda familiar mensal.

Os dados coletados na Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foram tratados respeitando as recomendações específicas do protocolo. De acordo com Dias (2010), Gil (2009) e Souza (2008), os dados foram agrupados de acordo com perdas, ganhos, mudanças, ausência e /ou continuidade de papéis e foram analisados considerando todas as combinações possíveis entre papéis desempenhados no passado, presente e futuro, configurando-se em oito tipos de padrões de desempenho possíveis definidos como:

Perda 1: caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a ausência desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Perda 2: Caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a ausência desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Ganho 1: Caracterizado pela ausência de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Ganho 2: Caracterizado pela ausência de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Contínuo 1: Caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Contínuo 2: Caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Mudança: caracterizado pela ausência do exercício de determinado papel no passado, em combinação com a ausência do exercício desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Ausente: caracterizado pela ausência do exercício de determinado papel no passado, em combinação com a ausência do exercício desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

Na análise dos padrões de desempenho destes papéis ocupacionais, foram calculados os valores médios.

Para visualizar melhor o Padrão de Desempenho de acordo com o que o sujeito desempenhou no decorrer do tempo, foi feita um quadro, onde 0 é quando o papel não foi desempenhado e 1 quando o papel foi desempenhado.

Quadro 3- Padrão de Desempenho de acordo com as modificações do tempo. Ribeirão Preto, 2010.

Padrão de desempenho	Passado	Presente	Futuro
Desempenhado somente no passado PS (Perda1)	1	0	0
Perda somente no presente P (Perda2)	1	0	1
Ganhou somente no presente G (Ganho1)	0	1	0
Desempenhado a partir do presente PF (Ganho2)	0	1	1
Desempenhado até o presente PF (Contínuo 1)	0	1	1
Novo papel no futuro N (Mudança)	0	0	1
Contínuo C (Contínuo 2)	1	1	1
Ausente A (Ausente)	0	0	0

Legenda: 1- papel desempenhado, 0- papel não desempenhado.

Para a avaliação da importância designada ou grau de importância foram considerados: nenhuma, alguma ou muita importância.

Para a comparação estatística entre os grupos GE e GC, foram utilizados testes não paramétricos, Teste Exato de Fischer, admitindo-se como probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie (alfa) o valor de 5% (GIL, 2009).

O Teste Exato de Fisher foi usado para avaliar os papéis ocupacionais nos tempos: passado, presente e futuro. Esse teste mede diferenças entre dois grupos independentes, em relação a uma variável qualquer que só admita duas alternativas como resposta e que leva à construção de uma tabela de contingência 2 x 2. Esse teste é particularmente adequado para pequenas amostras (caso em que o teste do qui-quadrado estaria contra-indicado) e para que tenha uma diferença significativa entre os grupos o *P-valor* tem que ser menor que 0,05 (5%).

3.5.2 Fase qualitativa

Para a análise qualitativa, os dados da entrevista foram transcritos na íntegra, a fim de compreender melhor os conteúdos relatados pelos entrevistados. Foi utilizado o método de análise de conteúdo temático, ou seja, a tentativa de descobrir núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja frequência significarão algo para o objetivo analítico (MINAYO, 1994). Essa análise é composta por três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação.

Na fase de pré-análise é realizada a organização do material que será analisado. Por meio dos objetivos e questões de estudo são definidas as unidades de registro, unidades de contexto, trechos significativos e categorias. Foi preciso fazer uma leitura do material para tomar contato com a estrutura, descobrir orientações para a análise e registrar impressões sobre a mensagem.

A fase de exploração do material é considerada a fase mais longa, é o momento de fazer o que foi determinado na fase anterior, é administrar as decisões tomadas, e muitas vezes será necessário fazer outras leituras do mesmo material.

A fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação geralmente é o momento de desvendar o conteúdo subjacente ao que está manifesto, buscando também fatores ideológicos, tendências e características dos fenômenos que estão sendo analisados.

3.6 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por se tratar de um estudo com seres humanos (protocolo n. 9023/2009- Anexo E).

Antes da coleta de dados, foi solicitada a assinatura do termo consentimento livre e esclarecido para os sujeitos, firmando caráter voluntário da participação e a possibilidade de desistência sem prejuízo de qualquer natureza (Anexo F).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste momento, serão apresentados os resultados desta pesquisa.

4.1 Projeto piloto

Foi realizado o projeto piloto para que a pesquisadora adquirisse habilidade na aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais e identificasse necessidade de ajustamento ou não.

Este foi realizado com duas mulheres que estavam em tratamento no GRATA-HCFMRP-USP, que foram convidados a participarem do estudo pela pesquisadora, enquanto aguardavam o atendimento ambulatorial.

Compreendendo que o diagnóstico de AN é um marco importante na vida do sujeito, estabeleceu-se que o tempo passado é período que antecedeu o diagnóstico do transtorno. O tempo presente corresponde ao período compreendido entre o diagnóstico até o momento em que a entrevista para a coleta de dados para esse estudo foi realizada. O tempo futuro corresponde aos papéis ocupacionais que o sujeito pretende realizar a partir do dia seguinte ao da entrevista.

Como resultado do projeto piloto, observou-se que pacientes tiveram dificuldade na compreensão dos seguintes papéis: membro de família, cuidador, passatempo/amador e participante em organizações.

Os dados analisados, foram considerados satisfatórios, sem comprometimento para obtenção dos resultados. Sendo assim, inclui-se estes dois participantes no grupo experimental.

4.2 Resultados da etapa quantitativa

4.2.1 Grupo experimental

O quadro abaixo apresenta os dados sociodemográficos, IMC, tipo de anorexia, tempo de doença e tempo de tratamento no GRATA dos sujeitos do grupo experimental (GE), sendo que os nomes são fictícios.

Quadro 4- Caracterização sócio-demográfica, antropométrica e do tratamento dos sujeitos do GE (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Participante*	Idade	Estado civil	Filhos	Escolaridade	Profissão	Tipo de AN	IMC (kg/m²)	Tempo de doença (anos)	Tempo de tratamento no GRATA (anos)
Fátima	24	Solteira	Não	EMC	Vendedora	AN-B	22,3	10	6
Verena	39	Solteira	Não	EMC	Auxiliar de enfermagem	AN-B	20,7	14	14
Maria	37	Casada	Sim	EMC	Decoradora	AN-B	19,4	9	6
Lia	47	Solteira	Não	ESC	Enfemeira (aposentada) e estudante	AN-R	14,6	13	13
Margareth	29	Solteira	Não	ESC	advogada	AN-B	20,1	16	12
Valéria	21	Solteira	Não	ESI	Estudante	AN-B	16,2	3	2
Francisca	18	Solteira	Não	ESI	Estudante	AN-R	22,9	3	2
Carmem	23	Solteira	Não	ESI	Estudante	AN-R	16,8	10	4
Mônica	30	Divorciada	Não	EMC	Auxiliar administrativo	AN-B	15,8	3	1
Raquel	21	Solteira	Não	ESI	Estudante	AN-R	19,1	6	4
Luzia	40 anos	Solteira	Não	EMC	Empregada doméstica	AN-R	22,4	21	21
Mediana	29						19,4	10	6
Quartil 1	22						16,5	4,5	3
Quartil 3	38						21,5	13,5	12,5

Legenda: EMC= Ensino Médio Completo, ESC= Ensino Superior Completo, ESI= Ensino Superior Incompleto, AN-B= Anorexia Nervosa do subtipo Bulimico, AN-R= Anorexia Nervosa do subtipo restritivo.

*nomes fictícios

Pode-se verificar que seis participantes (54,5%) apresentavam diagnóstico de AN do subtipo Bulímico (AN-B) e cinco participantes (45,4%) apresentavam AN do subtipo Restritivo (AN-R).

Com relação à escolaridade, cinco participantes (45,4%) concluíram o ensino médio e duas (18,2%) o ensino superior; quatro estavam cursando o ensino superior (36,4%).

Todas (100%) mantinham-se ativas como trabalhadoras ou estudantes e apenas uma delas estava aposentada, mas cursava outro curso de nível superior.

Conforme as categorias de classificação do estado nutricional, segundo o IMC, percebe-se que quatro pacientes (36,3%) apresentavam diferentes estados de desnutrição, diferenciando quanto à gravidade: duas delas (18%) apresentavam desnutrição grave; duas (18%) foram avaliadas com desnutrição moderada. No entanto, a maioria (63,6%) apresentava estado nutricional de eutrofia, considerado normal.

4.2.1.1 Lista de identificação dos papéis ocupacionais

Os dados referentes a distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo e ao ao padrão de desempenho para o GE dessa fase do projeto são apresentados no gráfico e quadro respectivamente.

Gráfico 1: Distribuição dos Papéis Ocupacionais ao longo do tempo dos sujeitos do GE (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Quadro 5- Distribuição do padrão de desempenho de papéis ocupacionais em porcentagem dos sujeitos GE (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Papéis Ocupacionais	Perda 1	Perda 2	Ganho 1	Ganho 2	Contínuo 1	Contínuo 2	Mudança	Ausente
Estudante		36,4%		9,1%		54,5%		
Trabalhador		9,1%		27,3%	9,1%	27,3%	27,3%	
Voluntário	9,1%	18,2%				9,1%	63,6%	
Cuidador					9,1%	36,4%	54,5%	
Serviço Doméstico		9,1%			18,2%	45,4%		27,3%
Amigo	9,1%	27,3%		9,1%		45,4%	9,1%	
Membro Familiar		9,1%				72,7%	18,2%	
Religioso	18,2%	18,2%		9,1%		36,4%	9,1%	9,1%
Passatempo Amador		45,4%		9,1%		18,2%	27,3%	
Participante em organizações							36,4%	63,6%

Legenda: **Perda1:** papel desempenhado no passado, não desempenhado no presente e não pretendido para o futuro.

Perda2: papel desempenhado no passado, não desempenhado no presente e é pretendido para o futuro.

Ganho1: papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e não é pretendido para o futuro.

Ganho2: papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e é pretendido para o futuro.

Contínuo 1: papel desempenhado no passado, no presente e não é pretendido para o futuro.

Contínuo2: papel desempenhado no passado, no presente e é pretendido para o futuro.

Mudança: papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, mas é pretendido para o futuro.

Ausente: Papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, nem é pretendido para o futuro.

Somando a quantidade de papéis desempenhados em cada unidade de tempo e dividindo pelo número de sujeitos dessa amostra, obtém-se a mediana de papéis ocupacionais do GE com o objetivo de quantificar este desempenho, a seguir demonstrado.

Quadro 6- Papéis ocupacionais desempenhados pelos sujeitos do GE em mediana e quartil. Ribeirão Preto, 2010.

Período	Mediana	Primeiro quartil	Terceiro quartil
Passado	6	5,5	6,5
Presente	5	3,5	5,5
Futuro	8	8	9

De modo geral, observou-se que os entrevistados tiveram, em maior ou menor grau, perda dos papéis ocupacionais, sendo que somente não tiveram perda com relação ao papel de cuidador e o de participante em organizações. Entretanto, estes papéis foram, na sua maioria,

pensados para o futuro e ausente, respectivamente. Também tiveram interesse em realizar novos papéis ocupacionais no futuro.

De dez papéis avaliados, oito destes apresentaram algum tipo de perda: o de estudante, trabalhador, voluntário, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso e passatempo/amador.

Em relação ao padrão de desempenho, o papel que teve maior porcentagem de perda 1 foi o de religioso, duas (18,2%) participantes perderam este papel; seguido pelo papel de voluntário e amigo com uma (9,1%) participante perdendo cada papel. Na perda 1, é importante ressaltar que estas participantes tiveram perdas e não demonstraram o desejo de resgatar este papel no futuro.

O papel que teve maior porcentagem de perda 2 foi o de passatempo/amador, com cinco participantes (45,4%) que perderam este papel. Em seguida, o papel de estudante e de amigo, onde quatro (36,4%) e três (27,3%) participantes perderam este papel respectivamente.

O papel de religioso e voluntário também tiveram perda 2, sendo que, em cada papel duas (18,2) participantes apresentaram perda. Os papéis de membro da família, trabalhador e serviço doméstico tiveram as menores porcentagens de perda 2 com 1 participante (9,1%) perdendo cada papel.

Foram oito os papéis listados com perda 2, o que trás o interesse destas mulheres em resgata-los no futuro.

Com relação ao ganho de papel, não houve ganho 1, ou seja não houve ganho sem que o participante não desejasse realizá-lo no futuro. Foram cinco os papéis listados com ganho, sendo que o de trabalhador foi o papel com a maior porcentagem de ganho, com três sujeitos (27,3%). Os outros identificados foram o de estudante, amigo, religioso e passatempo/amador, sendo que este foi ganho por 1 participante cada (9,1%).

Com relação à continuidade dos papéis desempenhados, nove foram listados e somente não foi incluso o de participante em organizações. O papel de membro familiar foi o que teve a maior porcentagem, com oito dos participantes (72,7%) mantendo este papel, seguido pelo de estudante com seis dos sujeitos (54,5%) mantendo este papel. O papel com menor porcentagem listado como contínuo foi o de voluntário.

Sobre o desempenho de mais papéis ocupacionais no futuro, caracterizado como mudança, oito papéis foram incluídos, sendo que o de voluntariado e o de cuidador foram os que tiveram maior porcentagem com sete (63,6%) e seis (54,5%) participantes cada uma respectivamente.

O papel de participante de organizações foi o de maior índice de ausência de desempenho, sendo que sete sujeitos (63,6%) que não desempenharam este papel no passado, não desempenhavam no presente e não tem pretensão de desempenhar no futuro.

Observou-se que os entrevistados não incluíram a categoria outro, ou seja, não desempenhavam e não tem a intenção de desempenhar outros papéis além dos que já foram contemplados na lista.

Pode-ser observar que existe maior desejo em realizar papéis ocupacionais no futuro, tanto comparado com o presente e com o passado, o que pode indicar o interesse dessas mulheres em resgatar ou adquirir novos papéis ocupacionais no futuro, que auxiliem na reestruturação da vida ocupacional, prejudicada após o diagnóstico de AN.

Os dados da segunda etapa da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais trazem a importância designada a cada papel e está demonstrada no gráfico abaixo.

Gráfico 2: Distribuição do grau de importância designado aos papéis ocupacionais (em %) dos sujeitos do GE (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Para a análise da coluna relativa à importância designada ao papel, consideramos o valor (nenhuma, alguma ou muita importância) aos papéis que foram perdidos (desempenhados no passado, mas não desempenhados no presente).

O papel de passatempo/amador foi perdido por cinco participantes (45,4%), sendo que para duas delas, este papel era muito importante e para três, tinha alguma importância.

O papel de estudante quando somado perda 1 e perda 2 foi perdido por quatro participantes (36,4%), sendo que três destas consideram o papel com muita importância e

uma, com alguma importância. O mesmo ocorre com o papel de amigo, quando somados perda 1 e perda 2, este papel foi perdido por quatro participantes (36,4), sendo que metade delas consideravam este papel muito importante e outra metade, com alguma importância.

Já para o papel de religioso, somando perda 1 e perda 2, o mesmo foi perdido por quatro participantes (36,4%), porém, uma considera muito importante este papel e três acreditam que tem alguma importância.

Para o papel de voluntário, houve perda para três participantes (27,3%), somando perda 1 e perda 2, sendo que uma relata que este papel é muito importante e duas, que tem alguma importância.

Com relação aos papéis de trabalhador e serviço doméstico, ambos tiveram apenas uma pessoa com perda (9,1%), sendo esta a mesma pessoa e que considera os papéis com alguma importância e nenhuma importância, respectivamente.

Com relação ao papel de membro familiar, este foi perdido por uma participante (9,1%) considerado de muita importância para ela.

De modo geral, o papel considerado mais importante por esse grupo é o de estudante com 91% dos participantes tendo esta avaliação, seguido pelo de membro de família e de trabalhador com 81,8% cada um.

4.2.2 Grupo controle

O quadro a seguir apresenta os dados sociodemográficos e IMC dos sujeitos do grupo controle (GC).

Quadro 7- Caracterização sócio-demográfica e antropométrica dos sujeitos do GC (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Participante	Idade (anos)	Estado Civil	Filhos	Escolaridade	Profissão	IMC (kg/m ²)
Cristiane	24	Casada	Não	EMC	Auxiliar de enfermagem	24,8
Ligia	39	Casada	Sim	EMC	Auxiliar de enfermagem	24,6
Fabiola	36	Solteira	Sim	EMC	Doméstica	23,2
Rita	47	Casada	Sim	ESC	Pedagoga	23,0
Isabela	29	Solteira	Não	ESC	Terapeuta ocupacional	24,9
Solange	22	Solteira	Não	ESI	Estudante	19,3
Kátia	19	Solteira	Não	ESI	Estudante	20,3
Cecília	23	Solteira	Não	ESI	Estudante	23,2
Andressa	30	Solteira	Não	EMC	Auxiliar de enfermagem	22,8
Roberta	21	Solteira	Não	ESI	Estudante	
Marli	40	Solteira	Sim	EMC	Auxiliar de enfermagem	23,2
Mediana	29					23,2
Primeiro quartil	22,5					22,6
Terceiro quartil	37,5					23,9

Legenda: EMC= Ensino Médio Completo, ESC= Ensino Superior Completo, ESI= Ensino Superior Incompleto, AN-B= Anorexia Nervosa do subtipo Bulimico, AN-R= Anorexia Nervosa do subtipo restritivo.

Com relação à escolaridade, cinco participantes (45,4%) concluíram o ensino médio e duas (18,2%) o ensino superior; quatro (36,4%) estavam cursando o ensino superior.

Todas as participantes do GC mantinham-se ativas como trabalhadoras ou estudantes.

4.2.2.1 Lista de identificação dos papéis ocupacionais

Os dados referentes à distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo e o padrão de desempenho para o GC são apresentados nos gráfico e quadro a seguir, respectivamente.

Gráfico 3: Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo em porcentagem do GC (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Quadro 8- Distribuição do padrão de desempenho de papéis ocupacionais em porcentagem do GC (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Papéis Ocupacionais	Perda 1	Perda 2	Ganho 1	Ganho 2	Contínuo 1	Contínuo 2	Mudança	Ausente
Estudante	9,1%	9,1%				54,5%	9,1%	18,2%
Trabalhador						72,7%	27,3%	
Voluntário		9,1%		18,2%			36,4%	36,4%
Cuidador						54,5%	36,4%	9,1%
Serviço Doméstico			9,1%	9,1%	9,1%	63,6%		9,1%
Amigo		9,1%				90,9%		
Membro Familiar		9,1%				90,9%		
Religioso	27,3%	27,3%				18,2%	9,1%	18,2%
Passatempo Amador	9,1%					63,6%	18,2%	9,1%
Participante em organizações				9,1%		63,6%	18,2%	9,1%

Legenda: **Perda1:** papel desempenhado no passado, não desempenhado no presente e não pretendido para o futuro.

Perda2: papel desempenhado no passado, não desempenhado no presente e é pretendido para o futuro.

Ganho1: papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e não é pretendido para o futuro.

Ganho2: papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e é pretendido para o futuro.

Contínuo 1: papel desempenhado no passado, no presente e não é pretendido para o futuro.

Contínuo2: papel desempenhado no passado, no presente e é pretendido para o futuro.

Mudança: papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, mas é pretendido para o futuro.

Ausente: Papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, nem é pretendido para o futuro.

Somando a quantidade de papéis desempenhados em cada unidade de tempo e dividindo pelo número desta amostra, obtem-se a mediana de papéis ocupacionais do GC, com o objetivo de quantificar este desempenho, abaixo demonstrado.

Período	Mediana	Primeiro quartil	Terceiro quartil
Passado	6	5,0	7,5
Presente	6	4,5	6,0
Futuro	9	5,5	9,5

Quadro 9- Papéis Ocupacionais desempenhados dos sujeitos do GC (n=11), em mediana e quartil. Ribeirão Preto, 2010.

De modo geral, observou-se que os entrevistados do GC tiveram poucas perdas e ganhos; tiveram os papéis desempenhados de forma contínua ao longo do tempo e com o desejo de continuar realizando no futuro.

Em relação ao padrão de desempenho dos papéis ocupacionais, três papéis ocupacionais foram listados com perda 1, religioso, estudante e passatempo amador. O papel de religioso foi o que teve maior porcentagem de perda, com duas (27,3%) participantes perdendo este papel; seguido pelo de estudante e passatempo amador com uma (9,1%) participante perdendo cada papel. Neste tipo de perda, o participante não demonstrou interesse em resgatar esse papel no futuro.

O papel de religioso também obteve maior porcentagem de perda 2, com duas (27,3%) participantes perdendo este papel, seguidos pelos papéis de estudante, voluntário, amigo e membro familiar com uma (9,1%) participante perdendo cada papel. Neste tipo de perda, o participante apresentou o interesse em resgatar o papel perdido no futuro.

Foram três os papéis listados com ganho: o de voluntário com dois participante (18,2%) que relataram ganho, o de participante em organização com um sujeito (9,1%) e o de serviço doméstico, somando ganho 1 e ganho 2, dois participante (18,2%). Porém, com relação ao ganho de papel, apenas uma pessoa (9,1%) em um papel (serviço doméstico), teve ganho no presente mas não deseja realizá-lo no futuro. Os demais participantes têm o desejo de continuar realizando no futuro.

Com relação à continuidade dos papéis desempenhados, nove foram listados e somente o papel de voluntário não foi incluído. O papel de amigo e membro familiar foi o que teve a maior porcentagem, com dez participantes (90,9%) mantendo esse papel ao longo do

tempo, seguido pelo de trabalhador com oito participantes (72,7 %) e o de passatempo amador, participante em organizações e serviço doméstico com sete participantes cada (63,6%). O papel com menor porcentagem listado como contínuo foi o de religioso, com apenas dois participantes dando continuidade e com intenção de realizar no futuro. Apenas um sujeito no papel de serviço doméstico listou como contínuo sem o desejo de realizá-lo no futuro.

Quando pensado sobre desempenhar mais papéis no futuro e acrescentar papéis ocupacionais ao longo da vida, sete papéis foram incluídos, sendo que o de cuidador e voluntariado foram os que tiveram maior porcentagem (36,4% cada).

O papel de voluntário e o de religioso tiveram o maior índice de ausência de desempenho com quatro (36,4%) e dois (18,2%) sujeitos, respectivamente.

Os entrevistados não incluíram a categoria outro, ou seja, não desempenhavam e não tinham a intenção de desempenhar outros papéis além dos que já foram contemplados na lista.

Pode-se observar que existe maior desejo em realizar papéis ocupacionais no futuro tanto comparado com o presente e com o passado, entretanto para o GC os papéis ocupacionais foram apresentados de forma contínua ao longo da vida, diferentemente do que acontece com o GE, onde ocorreu diminuição dos papéis ocupacionais ao longo da vida.

Os dados da segunda etapa da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais trazem a importância designada ao papel, e está demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 4: Grau de importância dos papéis ocupacionais do GC (n=11). Ribeirão Preto, 2010.

Para a análise da coluna relativa à importância designada ao papel, consideramos o valor (nenhuma, alguma ou muita importância) aos papéis que foram perdidos (desempenhados no passado, mas não desempenhados no presente).

Entre perda 1 e perda 2 o papel de religioso foi perdido por seis participantes (54,6%) sendo que para cinco delas, este papel tinha alguma importância e para uma participante ele tinha muita importância.

Já o papel de estudante foi perdido por duas participantes (18,2%), somando perda 1 e perda 2, sendo que as duas consideravam o papel com muita importância.

O papel de amigo foi perdido por uma participante (9,1%), sendo que esta considerava-o com alguma importância. O papel de passatempo amador e de voluntário foi perdido por uma participante (9,1%) cada, sendo que estes participantes consideravam os papéis com alguma importância.

Com relação ao papel de membro familiar, este foi perdido por uma participante (9,1%) que o considerou com muita importância.

De modo geral, os papéis considerados mais importantes, ou seja, avaliados com muita importância por esse grupo foram os de trabalhador, o de estudante e o de membro familiar, com 100% das participantes tendo esta avaliação. Segue-se pelo de cuidador com 90,9% das participantes que consideravam este papel com muita importância.

4.3 Análise estatística comparativa entre o GE e o GC

A seguir encontram-se os papéis ocupacionais que apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos desta pesquisa, em relação ao padrão de desempenho ocupacional.

1- Papel de Trabalhador

No papel de trabalhador, houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,043$) ao comparar o padrão de desempenho contínuo 2, entre o GE e GC, conforme ilustra o quadro 10.

Quadro 10- Comparação da distribuição do Padrão de Desempenho do papel ocupacional de trabalhador nos grupos estudados. Ribeirão Preto, 2010.

Padrão de Desempenho do papel ocupacional	Grupo de Pacientes		Grupo Controle	
	N	%	N	%
Contínuo 1	3	100%	0	0%
Contínuo 2*	3	50%	8	50%
Ganho	1	100%	0	0%
Mudança	3	50%	3	50%
Perda 2	1	100%	0	100%

*p- valor = 0,043

Pode-se verificar que oito participantes do GC desempenharam o papel de trabalhador no passado, no presente e têm pretensão de continuar realizando no futuro. No GE, somente três participantes tiveram continuidade do papel de trabalhador e com intenção de continuar desempenhando-o no futuro.

Pode-se pensar na hipótese de que as mulheres do GE perderam este papel no presente, após o diagnóstico de AN, ou ainda, que elas não realizavam este papel no passado e, portanto não seria um papel contínuo em sua vida.

3- Papel de voluntário

Neste papel, houve diferença estatisticamente significativa no padrão de desempenho ausente ($p = 0,045$). Pode-se verificar que todos os sujeitos do GE tinham interesse em realizar o papel de voluntário no futuro, enquanto que para o GC, quatro sujeitos não realizavam esse papel no passado nem no presente, e também não tinham interesse em realizá-lo no futuro, conforme quadro a seguir.

Quadro 11- Comparação da distribuição do Padrão de Desempenho do papel ocupacional de voluntário nos grupos estudados. Ribeirão Preto, 2010.

Padrão de Desempenho do papel ocupacional	Grupo de Pacientes		Grupo Controle	
	N	%	N	%
Ausente*	0	0%	4	100%
Contínuo 1	0	0%	2	100%
Contínuo 2	1	100%	0	0%
Mudança	7	636%	4	36,4
Perda 2	2	667%	1	33,3%
Perda1	1	1005	0	0%

*p-valor= 0,045

6- Papel de Amigo

Houve diferença estatisticamente significativa no padrão de desempenho contínuo 2 ($p = 0,032$), onde os papéis são realizados no passado, presente e com desejo de realizar no futuro. Embora o valor do padrão de desempenho perda 2, que é relacionado a perda, não tenha dado diferença estatisticamente significativa, pode-se perceber que para este papel houve perda em relação ao GE, o que pode estar implicando na continuidade desse papel no presente, conforme ilustra o quadro 12.

Quadro 12- Comparação da distribuição do Padrão de Desempenho do papel ocupacional de amigo nos grupos estudados. Ribeirão Preto, 2010.

Padrão de Desempenho do papel ocupacional	Grupo de Pacientes		Grupo Controle	
	N	%	N	%
Contínuo 1	1	100%	0	0%
Contínuo 2*	5	333%	10	66,7%
Mudança	1	100%	0	0%
Perda 2	3	75%	1	25%
Perda1	1	100%	0	0%

*p-valor= 0,032

Pode-se sugerir como hipótese de que este papel foi perdido pelas mulheres do GE, no tempo presente, após o diagnóstico de AN, mas também, pode sugerir que este papel não era realizado no tempo passado, anteriormente a doença, o que poderia implicar na continuação deste papel ao longo da vida.

9- Papel de Passatempo Amador

Neste papel, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos padrões de desempenho contínuo 2 ($p=0,040$) que está relacionado à continuidade do papel ao longo do tempo. O mesmo foi observado no perda 2 ($p=0,018$) que é a perda do papel no presente, mas com intenção de retomar o papel no futuro, conforme quadro abaixo.

Quadro 13- Comparação da distribuição do Padrão de Desempenho do papel ocupacional de passatempo amador nos grupos estudados. Ribeirão Preto, 2010.

Padrão de Desempenho do papel ocupacional	Grupo de Pacientes		Grupo Controle	
	N	%	N	%
Contínuo 2*	2	222	7	77,8
Perda 2**	5	100	0	0
Contínuo 1	1	100	0	0
Mudança	3	60	2	40
Perda	0	0	1	100%
Ausente	0	0	1	100%

* $p=0,040$ ** $p=0,018$

Em relação a este papel, de passatempo amador, pode-se sugerir que as mulheres do GE não conseguiram dar continuidade ao mesmo, no tempo presente, pois obtiveram perda deste papel após o diagnóstico de AN.

Para os papéis de estudante, cuidador, serviço doméstico, membro familiar, religioso e participantes em organizações, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao padrão de desempenho.

Diante dos resultados quantitativos obtidos, foram constatadas diferenças estatisticamente significativas em diversos papéis ocupacionais e seus padrões de desempenho. Papéis estes relacionados às atividades sociais: trabalho, amigo, passatempo amador e voluntariado.

Para Moraes (2006) e Santos (2006), as pessoas com AN apresentam dificuldades para realizar atividades sociais, bem como empobrecimento da vida ocupacional, comumente são pessoas com dificuldade em relacionar-se e comunicar-se com o outro, tendem ao isolamento social, o que pode interferir no desempenho destes papéis ocupacionais.

Contudo, com os resultados quantitativos não foi possível identificar o que aconteceu para que o padrão de desempenho do papel ocupacional apresentasse diferença estatisticamente na comparação entre os grupos. Considerou-se então necessário e relevante completar a análise proposta utilizando dados qualitativos, que possibilitam o aprofundamento da investigação e compreensão em relação aos motivos que levaram a tais mudanças para compreender melhor o significado dessas alterações.

4.4 Etapa qualitativa

4.4.1 Caracterização dos participantes da etapa qualitativa

Quadro 14: Caracterização sócio-demográfica, antropométrica e do tempo de tratamento dos participantes da etapa qualitativa. Ribeirão Preto, 2010.

Participantes	Mônica	Luzia	Lia
Idade (em anos)	30	40	47
Estado civil	Divorciada	Solteira	Solteira
Escolaridade	EMC	EMC	ESC
Profissão	Auxiliar administrativo	Empregada doméstica	Enfermeira (aposentada) e estudante)
Tipo de AN	AN-B	AN-R	AN-R
IMC (Kg/m ²)	15,8	22,4	14,6
Tempo de doença (em anos)	3	21	13
Tempo de tratamento no GRATA (em anos)	1	21	13

Legenda: EMC: Ensino médio completo, ESC: Ensino Superior Completo, AN-R: Anorexia Nervosa do subtipo restritivo, AN-B: Anorexia Nervosa do subtipo Bulímico

Quadro 15: Papéis ocupacionais perdidos e grau de importância designado do grupo dos participantes da etapa qualitativa. Ribeirão Preto, 2010.

Participantes	Mônica	Luzia	Lia
Papéis Ocupacionais perdidos com muita importância	Amigo Membro familiar	Estudante Amigo Passatempo amador	Amigo Passatempo amador
Papéis Ocupacionais perdidos com alguma importância			Religioso Trabalhador
Papéis ocupacionais perdidos com nenhuma importância			Serviço doméstico

Pode-se observar que as participantes que tiveram maiores perdas de papéis ocupacionais apresentaram alta variabilidade em relação à idade, tempo de doença e tempo de tratamento. Mesmo com esta variabilidade, a participante que tem maior tempo de doença, com 21 anos de história, apresentou menos papéis ocupacionais perdidos ao longo do tempo quando comparada aquela que possuía 13 anos de doença, ou seja, a participante Luzia teve três papéis ocupacionais perdidos e Lia teve 5 papéis ocupacionais perdidos totalizando-os o que considera com muita importância, alguma importância e nenhuma importância. A participante que apresentou menos papéis ocupacionais perdidos (2) é a que tinha o menor tempo de doença diagnosticado, 3 anos.

Os dados indicam que ocorre uma cronificação deste transtorno, com o passar dos anos as perdas se mantêm ou aumentam no decorrer deste processo de adoecimento. O resgate da saúde e a possibilidade do resgate destes papéis ocupacionais parece distante e difícil dada a complexidade da AN.

A seguir serão apresentados os resultados e discussão dos dados qualitativos apresentando os temas e subtemas que emergiram das entrevistas, para melhor compreensão e visualização estes são apresentadas no quadro abaixo:

Temas	Subtemas
Percepções anteriores ao diagnóstico de anorexia nervosa	-Vida ocupacional - Participação Social e Amigos - Relacionamento pessoal e familiar
Percepções frente ao diagnóstico de anorexia nervosa	- Aspectos Físicos - Vida ocupacional - Principais dificuldades
Percepção da interferência da AN no desempenho de papéis ocupacionais	- Papéis influenciados: Trabalho Amigos e Passatempo amador Serviço Doméstico Estudante
Desejos para o futuro	- Papel de voluntário - Relacionamento social

Quadro 16: Temas e subtemas definidos a partir da análise qualitativa dos resultados. Ribeirão Preto, 2010.

Os temas e subtemas apresentados serão aprofundados a seguir de acordo com o referencial metodológico já apresentado anteriormente.

1- Percepções anteriores ao diagnóstico de AN

Este tema revela algumas percepções em relação à estruturação dos papéis ocupacionais no cotidiano destas mulheres, antes do diagnóstico de AN. Mostra os papéis ocupacionais mais importantes desenvolvidos em seu cotidiano, se tinham dificuldades em relação a alguns aspectos em sua vida e como eram os relacionamentos e atividades sociais.

- Vida ocupacional

Em relação à vida ocupacional e aos papéis que a estruturavam, uma participante relatou que o papel de estudante era o que preenchia o período da adolescência, considerada a atividade mais importante e além disso, referiu atividades relacionadas ao cuidar da casa e

familiares como atividades complementares ao estudo, o que pode ser observado nas falas abaixo:

“Eu estudava né, ficava em casa, tomando conta da casa, dos meus irmãos durante o dia e a noite eu estudava” (Luzia).

Para outra participante, ela relata os papéis ocupacionais ao longo de sua vida e como eram desempenhados segundo a mesma, recorda-se da infância e adolescência e início da fase adulta, assim ilustrado na fala abaixo:

“Era estudar, quando criança brincar e até um certo tempo quando comecei a trabalhar, era fazer as atividades normais. Estudar, brincar, trabalhar” (Mônica).

Para uma participante, o papel principal realizado em seu cotidiano era o de trabalhador, referindo não ter lazer e viver em função deste papel, porém realizando de forma a buscar a perfeição, conforme observado na fala:

“Eu vivia para o trabalho, do trabalho para casa, mas eu tinha assim, animo para trabalhar, eu, eu, queria fazer tudo direitinho, eu fazia hora extra, então minha vida era casa- trabalho, trabalho casa, então não tinha lazer não tinha nada”(Lia).

Embora as três participantes desta etapa do estudo atualmente encontram-se na fase adulta, duas delas, tiveram início do transtorno na adolescência e uma com início tardio, já na fase adulta.

Pode-se verificar que dentro da estruturação da vida cotidiana, estes sujeitos mostravam-se ativos e participativos, desempenhando os papéis ocupacionais esperados para o desenvolvimento do ser humano de acordo com a faixa etária em que encontravam-se e realizavam estas atividades de brincar, estudar e trabalhar aparentemente sem dificuldades.

O brincar na infância é a atividade principal realizada, é essencial ao bem estar da criança, colaborando para o desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social. Pode ser considerada como fonte de adaptação, formação e manutenção da saúde (FONTES et al., 2010).

Segundo Campolina e Oliveira (2009), para o adolescente a atividade principal, onde é gasto a maior parte do tempo é para desempenhar o papel de estudante. Na escola iniciam-se

os primeiros questionamentos a respeito do próprio corpo e da sexualidade, sobre a vida profissional, além de ser o local onde constitui-se as redes sociais do adolescente.

Quando adulto o papel principal esperado é o de trabalhador, é nesta atividade que o indivíduo marca a transição de adolescente para uma nova fase. O trabalho é a atividade que demanda maior tempo na vida cotidiana de um adulto, através dela que este consegue o reconhecimento social e financeiro (KIELHOFNER, 1990).

Observa-se que embora estes sujeitos realizassem as atividades esperadas pela sociedade e de acordo com o seu desenvolvimento, uma delas relatou a busca pela perfeição em seu papel ocupacional principal. Para Bulik et al., (2003) Forbush, Heatherton e Keel (2007), e Nilsson, Sundbom e Hagglof (2008) essa característica pode ser considerada como um fator desencadeante da AN, um fator de risco para o desenvolvimento da mesma.

Participação Social e Amigos

Para as três participantes, a participação social e o papel de amigo anterior ao diagnóstico da doença não foi intensamente marcada, observou-se que estas pessoas apresentavam anteriormente à doença, traços de isolamento e dificuldade no relacionamento social, o que pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Para uma entrevistada, havia certa dificuldade em abrir-se para novos relacionamentos sociais mostrando-se introspectiva, conforme narrativa abaixo:

“ Saia pouco, saia pouco. Em termos de amigos, eu era uma pessoa muito fechada, apesar de ter amigos, mas eu era sempre muito fechada, como se eu tivesse um mundinho só meu” (Mônica).

Para outra participante, observa-se que houve momentos de construir amizades e participar de atividades sociais. Porém não conseguiu sustentá-las; relatou ainda, perda de interesse e da vontade de sair e conversar com amigos, e como consequência o afastamento dos mesmo, anterior ao diagnóstico de AN.

“Eu tinha amigas, mas eu quase não saía de casa né ? Aí depois eu fiz novos amigos , aí eu passei a sair bastante né, passei a me divertir, aí depois tudo foi mudando de novo, aí eu fui ficando triste, ficando apagada, sem vontade de sair, sem vontade de conversar, de ver os amigos, fui me afastando” (Luzia).

Já a terceira entrevistada, relatou aspectos de sua infância, demonstrando timidez, dependência do outro e dificuldade em realizar atividades sociais, observados na fala a seguir:

“De criança eu tinha muita vergonha, então de criança eu não comprava nada sozinha, eu morria de vergonha de pedir, de ficar na fila e pedir para comprar, tinha vergonha de comer perto dos outros... não tinha coragem de ir lá e enfrentar a fila e pedir o que eu queria... Na faculdade eu não saía, não participava da festa da turma” (Lia).

Nota-se que as três participantes relataram dificuldades em relação às atividades sociais e construção ou manutenção de amizades anteriormente ao diagnóstico de AN e que estes aspectos permearam a fase da infância e da adolescência.

Para Schimidt e Mata (2008), as características psicológicas de indivíduo com AN surgem em confluência a aspectos próprios da adolescência podendo ser alterações no humor, irritabilidade e isolamento social. Por esperar isso do adolescente, esses sinais podem passar despercebidos durante algum tempo, porém com a doença já em curso.

Para Oliveira e Santos (2006), os pacientes com AN apresentam características psicológicas específicas como baixa autoestima, tendência a buscar aprovação externa, hipersensibilidade à crítica e conflitos referentes à questão de autonomia e independência.

Os indivíduos com AN exibem com frequência retraimento social, preocupação com o comer em público, espontaneidade social limitada, iniciativa e expressão emocional reprimidas (CAÑETE; VITALLE; SILVA, 2008).

Ainda sobre isso, Santos (2006), descreve que pacientes com transtornos alimentares apresentam como características o isolamento social com prejuízo das relações sociais, humor deprimido e afeto desorganizado.

Apesar de vários estudos apontarem as dificuldades e isolamento social como algo próprio da doença AN, como foi citado acima, porém, o que observa-se nesta pesquisa, é que o isolamento social, a preocupação com o olhar do outro, a dificuldade em frequentar grupos e atividades sociais, mostraram-se anteriores ao diagnóstico, ainda na fase da infância e da adolescência e intensificado durante o curso do transtorno.

Na adolescência, quando espera-se que o sujeito amplie sua rede social, busque sua própria identidade, encontre-se em grupos, experimente relacionamentos afetivos, aumente a participação social, frequentando festas, cinemas e bares. No entanto, para as participantes desta pesquisa, isso não se caracterizou como algo intenso; ao contrário relataram dificuldades em realizar estas atividades sociais.

Embora os aspectos relacionados ao prejuízo e dificuldade em realizar as atividades sociais não estejam inclusos entre os fatores que podem desencadear o transtorno, pode-se sugerir neste momento, que este deve ser melhor investigado, pois talvez seja um aspecto relevante para o desencadeamento do mesmo, ou os primeiros sinais a surgir da AN.

Relacionamento pessoal e familiar

Duas participantes relataram as vivências no relacionamento familiar como dificuldades anteriores ao diagnóstico, em função da desestruturação familiar, separação de casal e citam principalmente a ausência da figura paterna. Além disso, uma participante trouxe as dificuldades vivenciadas no relacionamento amoroso na adolescência, como pode ser observada nas falas abaixo:

“O meu relacionamento familiar num todo foi muito complicado, o relacionamento com o meu pai né, o relacionamento amoroso que eu tive na época que eu era adolescente que não deu certo, então tudo isso foi coisas que mexeu comigo” (Luzia).

“A minha família é muito desestruturada, então assim eu tenho problemas com meu pai, a gente não se dava, meus pais são separados já muitos anos, eram né, porque meu pai já faleceu, eram separados há muitos anos, eu tinha brigado com o meu irmão tal, aí a gente ficou dois anos sem se falar, então o clima ficou muito ruim” (Lia).

A literatura aponta que os aspectos familiares estão fortemente envolvidos na gênese dos TA. Foi pela observação de famílias com filhas com AN, que Souza e Santos (2006) perceberam que estas apresentavam características semelhantes em seu funcionamento, fazendo com que o papel da família no desenvolvimento dos transtornos alimentares despertasse interesse científico para sua compreensão.

Porém os estudos sob o tema são relativamente recentes, pois foi a partir da década de 70, por meio do modelo criado por Salvador Minuchin (1975) das “famílias psicossomáticas”, que surge o interesse pela compreensão da AN. Esse modelo preconiza que características do funcionamento familiar, como, evitação de conflitos entre os seus membros, repertório familiar não flexível e pouca capacidade de resolução de problemas, influenciam no surgimento de algumas doenças (MINUNCHIN et al., 1975). Nessa vertente, surge o que se

denominou de “famílias anorexigênicas”, compreendida como a origem das perturbações alimentares de seus filhos (GOWERS; BRYANT-WAUGH, 2004).

Para Pallazoli *apud* Souza e Santos (2006), os conflitos intraconjugais dos pais, também podem desencadear AN, como uma resposta da filha a esses conflitos.

Segundo Souza e Santos (2007), em relação ao risco familiar que acompanha o aparecimento do transtorno alimentar, este é 11 vezes maior para AN quando comparado a outro transtorno alimentar.

Vale ressaltar que, embora os estudos trazem a importância do papel da família como desencadeador da AN, é necessário compreender que não são causas isoladas, mas sim um fator predisponente da mesma (BRYANT-WAUGH; LASK, 1995).

A etiologia da AN embora desconhecida é considerada como multifatorial podendo ter componentes genéticos, neurológicos, culturais, emocionais e sociais interagindo entre si (AVILA; NUNES, 2006). Nota-se por meio das narrativas das participantes, que a família parece desempenhar um papel importante neste sentido e corroboram com a literatura sobre a influência familiar precocemente ao diagnóstico de AN.

1. Percepções frente ao diagnóstico de NA

Para compreender as percepções das participantes em relação a doença AN, quando foram diagnosticadas, é preciso conhecer como que para elas fora vivenciada a vida ocupacional, se houve dificuldade na realização de atividades e o motivo, e o que para elas foi mais difícil em decorrência do transtorno.

Aspectos físicos

Em relação aos aspectos físicos, as três participantes relataram que tiveram dificuldade para realizar atividades que necessitavam de esforço físico, como por exemplo caminhadas, subir escadas, andar de ônibus e realizar atividades domésticas, como pode ser observado nas falas abaixo:

“Teve época que eu não consegui andar, o esforço físico era muito grande, às vezes eu não conseguia nem subir escadas pra ter uma idéia, esforço físico era zero era muito difícil” (Mônica).

“Eu já não estava mais conseguindo ir para a escola,. Eu sentia muita fraqueza, eu ia da minha casa para a escola eu ia a pé eu ia andando muito devagar, eu estava me sentindo muito mal mesmo, eu estava me sentindo assim, tipo assim , dependente, eu dependia da minha mãe para tudo” (Luzia).

“Eu tenho dificuldade para realizar atividades físicas andar de ônibus, realizar tarefas domésticas, sair à noite” (Lia).

Um dos primeiros sinais observados por familiares, acompanhantes ou amigos de indivíduos com AN, ocorre em relação ao comportamento alimentar. Estes, tendem a alimentar-se de forma isolada, selecionam alimentos, cortam em pedaços pequenos, possuem grande conhecimento e interesse a respeito de produtos ligh/diet e dietas de forma geral (BARRETO; FIGUEIRÓ; SOARES, 2006).

Com o objetivo de perder peso, os sujeitos com AN iniciam dieta restringindo a ingestão alimentar, fazem poucas refeições ao dia e jejuam no restante. Não é raro exercitarem-se de forma detalhista e exagerada, ou utilizam métodos purgativos como laxantes e indução de vômitos (SICCHIERI et al., 2006).

A avaliação nutricional no início da doença é um procedimento importante pois por meio dela, obtêm-se dados em relação a antropometria, ao estado nutricional bem como a forma como se realizam as refeições e a quantidade da mesma (BARRETO; FIGUEIRÓ; SOARES, 2006).

Duas das participantes desta etapa do estudo apresentaram no dia da coleta de dados o IMC $< 16,0 \text{ Kg/m}^2$, classificado como desnutrição de grau severo, o que justifica ao narrarem dificuldades em relação às atividades que necessitem de esforço físico. Schmidt e Mata (2008) relatam que quando a perda de peso é significativa, geralmente com IMC $< 17,5 \text{ Kg/m}^2$, ocorrem alterações clínicas importantes nos sistemas gastrointestinal, cardiovascular, renal, hematológico, reprodutivo, metabólico, endócrino e pele. Alguns sinais e sintomas clínicos podem ser avaliados durante a avaliação inicial, para melhor compor o diagnóstico da doença, entre eles: amenorréia, hiperatividade, irritabilidade, transtornos do sono, dor de cabeça e cansaço, pele amarela, baixa temperatura corporal, bradicardia, hipotensão, entre outros (QUINTANA; ASSUMPÇÃO, 2006).

Os indivíduos com AN, assim que diagnosticados, ou seja, quando chegam a um serviço em busca de tratamento, apresentam IMC geralmente menor que 15 Kg/m^2 , classificado como desnutrição grave (SICCHIERI et al., 2006). Devido a esse grau de

emagrecimento, as atividades como caminhar, correr, subir escadas tornam-se difíceis de serem realizadas surgindo assim, os sintomas acima apresentado.

Por essas questões nutricionais a AN é a doença que apresenta maior taxa de mortalidade dentre todas as outras doenças psiquiátricas, e em geral decorre de suicídio, das complicações cardiovasculares e insuficiência renal causadas pela desnutrição (QUINTANA; ASSUMPÇÃO, 2006).

Vida ocupacional

Em relação a este subtema duas participantes relataram a estruturação de sua vida ocupacional após a instalação da AN. Para elas a vida ocupacional foi toda tomada pela própria doença, como pode-se observar nas falas abaixo:

“Era péssimo, era péssimo, era assim eu só vivia focada na doença...eu não pensava em estudar, eu não pensava em namorar, eu não pensava em sair, eu não pensava em nada,nada, nada,, minha cabeça.girava só em torno da doença” (Mônica).

“A minha vida depois disso se tornou o que: hospital, psiquiatra, casa, terapia, amigos zero” (Lia).

Embora exista escassez na literatura sobre a vida ocupacional e pacientes com AN, pode-se perceber através das narrativas das participantes que estas apresentaram prejuízos relacionados às atividades que sustentam a vida ocupacional.

Precedente ao surgimento da doença, como foi possível evidenciar no tema apresentado anteriormente, a vida ocupacional era adequada à faixa etária e ao desenvolvimento normal do ser humano em relação aos papéis sociais esperados pela sociedade.

Entretanto, após o diagnóstico, ficou evidente que a ocupação prioritária passou a ser a própria doença, o tratamento, o duelo entre comer ou não comer , ganho e perda de peso, onde este é o tema central que determina as próprias ações, mostrando um tempo não vivido (MORAIS, 2006).

Além da AN, outras doenças crônicas com populações distintas, como por exemplo pacientes com HIV+ ou submetidos ao transplante de medula óssea, apresentaram também

prejuízo para realização das atividades que sustentam sua a vida ocupacional (MASTROPIETRO, 2003; GIL, 2009).

Para Mastropietro (2003), esses pacientes apresentam cotidiano restrito, marcado principalmente pela espera da hora de tomar remédio, de ir ao retorno médico, ao banho, a hora de tomar água, não existindo um sujeito para viver esse tempo, mas sim ao contrário.

A vida ocupacional para estas mulheres com NA que antes apresentava-se dividida entre papéis de estudante, trabalhador, serviço doméstico e membro familiar, passou a ser interrompida em função da própria doença. É comum neste momento apresentarem intensificação do isolamento social, diminuição das atividades sociais, empobrecimento ou perda dos papéis ocupacionais, maior dependência em relação ao outro e dificuldade no relacionamento social e familiar (MORAIS, 2006; SCHIMIDT; MATA, 2008; SEIJAS; SEPULVEDA, 2005).

Para Moraes (2006), não é raro encontrar pessoas com AN que referem passar a maior parte do seu dia em casa ou ainda na cama, necessitando do auxílio de outras pessoas para conseguir realizar alguma atividade, como passeios ou mesmo ir a consultas.

Principal dificuldade percebida

Para uma participante do estudo, a principal dificuldade estava no duelo entre comer e não comer, na ambivalência de sentimentos, do desejo de morte *versus* o desejo de vida, nos conflitos que permeiam o transtorno alimentar.

“Aceitar que eu precisava comer, e eu tive uma época assim também, que eu também assim não queria mais viver, não pensava mais em viver, então eu acho que foram as coisas mais difíceis para mim. Não pensar em viver, na verdade pensar em morrer e pensar que eu tinha que comer para poder vive” (Mônica).

Para Santos (2006), pacientes com transtornos alimentares colocam em risco a própria vida, agem como se desdenhassem da morte, onde a mesma parece estar distante e inconcebível.

Para o mesmo autor, esses pacientes muitas vezes expressam verbalmente o seu desejo pela morte, o que difere de outros pacientes com outras doenças crônicas, onde a morte é um momento para intervir, auxiliar na reflexão e revisar projetos de vida. A possibilidade de

morrer parece não ser um problema aos olhos dos pacientes com AN, ao contrário, o medo da vida parece prevalecer.

Para outra participante, o aspecto mais difícil, no decorrer da doença, aconteceu devido à necessidade de ser hospitalizada em decorrência do agravamento da doença, e com isso a separação da mãe, ilustrado na fala a seguir:

“Eu nunca tinha separado da minha mãe, porque a minha mãe também coitada quase morreu coitada, ela falava que ficava longe olhando o prédio lá de fora, a primeira vez que eu internei, ela ficava preocupada comigo (Lia).

De modo geral, pacientes que precisam ser hospitalizados são os mais sintomáticos, tanto pelo próprio curso longo da doença e suas consequências clínicas, como também pelo aparecimento de complicações médicas graves ou psiquiátricas (ÀVILA; NUNES, 2006).

A hospitalização é considerada uma forma de intervenção eficaz quando indicada no momento certo e composta por uma equipe multidisciplinar, afim de intervir junto as necessidades específicas de cada paciente (ÀVILA; NUNES, 2006).

Entretanto, para De Carlo, Bartalotti e Palm (2004), durante a internação o paciente sofre uma ruptura de sua vida ocupacional, ficando submisso à rotina hospitalar, ao afastamento de familiares, amigos e outras pessoas do círculo social. Ocorre ainda a perda dos papéis ocupacionais e vivências e conflitos sobre a morte e a vida.

Para as pacientes com AN, o distanciamento especificamente de sua mãe, pode ser considerado um fator estressante e de sofrimento intenso para ambas.

Estudos sobre o relacionamento mãe e filha com AN, tem sido realizados afim de melhor compreender essa relação, em sua maioria inspirados pela corrente da psicanálise.

Segundo Espindola e Blay (2009), existem indícios que essas famílias apresentam-se em uma fusão, onde existe ausência de limite, superproteção, controle exagerado e grande dificuldade em lidar com a separação e independência de seus membros.

Para Stocche (2001), a recusa da paciente com AN em alimentar-se expressam seu temor e medo de se tornar independente e crescer.

No estudo de Moura (2007), esta refere que relação mãe e filha com AN é uma relação “simbiótica” onde existe uma tendência a intensificar a proximidade e a confusão mental, acreditam que são unidades fundidas, numa tentativa de manter o controle sobre os impulsos destrutivos.

3- Percepção da interferência da AN no desempenho de papéis ocupacionais

Neste tema será abordado a interferência que a AN pode causar no desempenho de papéis ocupacionais, buscando compreender como influência, o porque das dificuldades para realizar estes papéis e também a percepção das participantes em relação a própria vida ocupacional.

Papéis influenciados:

Neste tema serão abordados os papéis ocupacionais que as pacientes acreditaram que receberam interferência em sua vida ocupacional devido a AN.

Abaixo encontra-se algumas falas das participantes desta pesquisa em relação a esta percepção, neste momento só ocorre a apresentação dos papéis influenciados, que serão discutidos individualmente neste tema.

“São os papéis que mais recebem influencia. Amigos, membro familiar, trabalho ...tudo isso acaba sendo influenciado”(Mônica).

“Ela influencia no trabalho, muito no meu trabalho nos afazeres doméstico na minha casa, é... passeio com os amigos”... “E de estudante também” (Luzia).

Com relação a esta percepção, pode-se observar nos resultados quantitativos que os papéis ocupacionais que tiveram influenciaram no padrão de desempenho estatisticamente significativo foram: trabalhador, voluntário, amigo e passatempo amador. Porém, quando questionados sobre esses aspectos, os sujeitos perceberam que além desses, outros papéis também sofrem influência como o de membro familiar, serviço domésticos e de estudante, ou seja de 10 papéis ocupacionais avaliados, 7 são influenciados pelo quadro de AN. Sugere-se, neste momento, que as atividades que sustentam a vida ocupacional ficam prejudicadas por conta do transtorno, fazendo com que a restrição não aconteça somente na alimentação, mas também aos papeis ocupacionais.

Ao desempenhar vários papéis, os indivíduos não acumulam apenas obrigações, mas também desfrutam de privilégios, o que trará ganhos para sua personalidade e bem estar mental, mas é necessário considerar a qualidade dos papéis desempenhados (MARKS, 1977; POSSATI; DIAS, 2002ab; SIEBER, 1974).

Trabalho:

O papel de trabalhador foi citado pelas três participantes desta fase da pesquisa, como tendo sofrido influencia pela AN. Para uma delas, o papel sofreu grande influência, fazendo com que a mesma interrompesse várias vezes sua realização devido a dificuldades físicas e mentais advindas do próprio transtorno, como mostra a fala abaixo:

“Eu tive que sair várias vezes de licença, de férias, ficar afastada, porque eu já não tinha condição, eu já não tinha condição de trabalhar.... nem mental nem psicológica e nem física” (Mônica).

Para outra entrevistada, o papel de trabalhador ainda parece sofrer muita influência da AN, durante 21 anos de doença, esta refere que não apresentava mais o vigor que tinha anteriormente e também a falta de ânimo para realização desta atividade, observa-se abaixo:

“Eu queria trabalhar como antes, ter aquele vigor para trabalhar, né, aquela vontade mesmo de trabalhar, não sair para trabalhar porque ce tem que ir, porque é necessário, porque você precisa do dinheiro né, eu gostaria de recuperar aquele vigor para trabalhar, aquele animo que eu tinha” (Luzia).

Para a terceira participante, sofreu grande interferência, pois a mesma relata que devido às condições físicas precárias em decorrência do agravamento do transtorno, não conseguiu retornar a exercer este papel, sendo necessário aposentar por invalidez como determinou a lei:

“ai fiquei 4 anos afastada, ai depois , ai eu fui fazer perícia no INSS, na época que por exemplo você ficava dois anos afastada, você ia fazer perícia , ou você voltava a trabalhar ou você aposentada por invalidez por lei, e eu fazia 4 e eu estava com sonda, com baixo peso, não dava para eu voltar, então eu aposentei” (Lia).

Nota-se pelas falas das entrevistadas que o duelo corpo e mente está sempre caminhando lado a lado neste transtorno e foi possível encontrar relatos em relação a própria dificuldade clinica, advinda possivelmente do grau de desnutrição grave em que as pacientes se encontravam e duas delas ainda se encontram.

Para a entrevistada que apresenta o IMC de eutrofia, considerado normal, o relato principal, a dificuldade principal para realizar este papel está intimamente ligada as condições emocionais, ao desânimo e a falta de motivação para a realização da atividade de trabalhadora.

Segundo Porto e Tamayo (2003), o trabalho possui valores individuais e função social, onde por meio dele se consegue o sustento humano, a participação e status sociais e saúde quando exercida de forma prazerosa para o individuo. No trabalho ampliam-se as relações sociais, que podem trazer tanto sofrimento quanto felicidade (GUIMARÃES; MARTINS, 2010).

Pode-se pensar neste momento sobre a dificuldade das pacientes com AN em relacionar-se com o outro, e o quão pode ser difícil essa relação para si mesma e para o outro que convive.

Souza (2008) ao realizar um estudo sobre os papéis ocupacionais em mulheres com diagnóstico clínico de fibromialgia, verificou que um dos papéis que tiveram maior influência foi o de trabalhador, pois as mulheres devido às dores, falta de motivação e cansaço adquiridas na doença, passaram a realizar este papel de forma mais lenta e fragmentada, tal como acontece com as pacientes com AN.

Um outro estudo, utilizando a avaliação dos papéis ocupacionais em pacientes portadores de HIV+ (GIL, 2009) concluiu que o papel de trabalhador foi o que apresentou maior dificuldade para ser desempenhado, devido também a perda da capacidade física para sua realização.

Para exercer o papel de trabalhador, exige-se tanto a capacidade emocional quanto a capacidade física do sujeito, e observa-se que com o adoecimento este papel pode ficar comprometido, sofrendo alterações e até interrupções em decorrência das doenças.

No caso da AN, por ser um transtorno que trás complicações físicas e também emocionais o papel de trabalhador pode ficar comprometido, tanto para aquisição quanto para a manutenção do mesmo ao longo da vida e com isso o individuo pode também sofrer as implicações de não se ter um trabalho remunerado e reconhecido socialmente.

Estes dados, obtidos por este estudo, corroboram com a literatura existente onde na assistência da terapia ocupacional, pode-se observar as dificuldades relacionadas ao desempenho no trabalho pelos afastamentos e faltas, mas também por dificuldades em relação às relações interpessoais (MORAIS, 2006).

Amigos e passatempo amador

O papel de amigo foi citado por duas das entrevistadas, sendo que estas interligaram com o papel de passatempo amador, já que costumavam realizá-lo com os amigos.

Na fala de uma participante, observa-se que a diminuição das atividades sociais, a realização dos papéis de amigo e passatempo amador estão relacionados entre si e ocorrem devido a dificuldade vivenciada em relação a alimentação, deixando de frequentar lugares que tem comida, como festas e restaurantes, além das dificuldades nas relações interpessoais, abaixo demonstrado:

“Com amigos, você se torna uma pessoa mais fechada, você por exemplo deixa de participar de reunião com amigos, de uma festinha de umas coisas, justamente para não ter que pensar em comida, para não ter que enfrentar por exemplo uma reunião que vai ter comida (Mônica).

Outra participante refere que não tem participação social alguma, sendo sua vida ocupacional sustentada pelas atividades do cuidado com a casa e do trabalho. Porém, esta relata que tem amigas, mas que possui dificuldade para encontrá-las, conforme fala abaixo:

“Eu não saio muito, quer dizer eu não saio muito, eu nem saio ,eu fico em casa, só trabalho eu vou para casa. Eu tenho amigas, são poucas amigas, eu tenho amigas, a gente se vê, mas é muito raro, não é sempre não tem aquela constancia assim” (Luzia).

Para Oliveira e Santos (2006), a forma precária que o individuo com AN apresenta em seu relacionamento com o outro, pode ser resultado do relacionamento empobrecido que estabelece com seus próprios pais. Estas relações se tornam prejudicadas e são evitadas, pois são consideradas ameaçadoras para estas pacientes, que temem o relacionamento mais profundo.

Indivíduos com AN mostram menor conhecimento e diferenciação de si com o outro, dificuldade em definir uma identidade própria, apresentam dificuldade para reconhecer emoções, tendem ao isolamento, criando uma onipotência de si, com dificuldade em manter relacionamentos sociais com sentido e significado juntamente com um empobrecimento da comunicação inter pessoal e falta de empatia. (SANTOS, 2006; COZZI; OSTUZZI, 2007).

Essas dificuldades de relacionamento interferem na realização do papel de amigo e também no de passatempo amador, visto que na maioria das vezes são realizados com outras pessoas. Segundo Moraes (2006), as dificuldades nas relações interpessoais prejudicam intensamente a participação das atividades sociais e de lazer, tornando estas pessoas afastadas de amigos e familiares.

Em um estudo sobre papéis ocupacionais em pacientes psiquiátricos, onde houve uma avaliação dos papéis ocupacionais e satisfação com a vida antes e após o período de 1 ano de intervenção de terapia ocupacional, foi concluído que o papel de amigo foi mantido durante todo o período de intervenção do estudo, com este papel sendo realizado, pacientes tinham lazer e também apresentaram maior satisfação com a vida (EKLUND, 2001).

Vale ressaltar que os papéis de amigo e passatempo amador foram avaliados por 60% das participantes deste estudo na etapa quantitativa como tendo muito importância para as mesmas, e por 40% como tendo alguma importância, parecendo não ser um papel extremamente importante em sua vida ocupacional.

Além disso, pode-se observar no primeiro tema apresentado, que essas pacientes já apresentavam anteriormente à doença traços de isolamento social, dificuldade em estar com o outro e em relação a receber o olhar e crítica do outro. Com o adoecimento pode-se pensar como hipótese que ocorre uma piora dos sentimentos em relação ao outro e também um prejuízo maior nas atividades de passatempo amador, sintomas já presentes que foram provavelmente, intensificados com a doença.

Serviço Doméstico

O papel de serviço doméstico foi citado por duas participantes como um papel que foi alterado pelo transtorno, sendo que estas atribuíram principalmente às dificuldades em relação às condições físicas. Uma delas também atribuiu às dificuldades emocionais como falta de motivação e interesse, conforme pode-se observar nas falas abaixo:

“Eu tenho muita dificuldade em cuidar da minha casa, antes eu cuidava muito da minha casa, né, deixava sempre tudo em ordem , tudo arrumado sabe , hoje eu não tenho mais disposição para isso, antigamente quando eu estava muito critica, eu não tinha disposição física e tal, mas eu fazia o possível, fazia força né, agora não, agora não, a minha disposição física até dá para fazer, mas eu não tenho vontade” (Luzia).

“Eu tenho dificuldade para realizar atividades físicas, andar de ônibus, realizar tarefas domésticas, sair à noite devido ao grande número de medicamentos que eu uso e viajar” (Lia).

O papel de serviço doméstico está intimamente ligado aos papéis desenvolvidos pelas mulheres, porém, com o a mudança e aquisição de novos papéis entre eles o de trabalhador, as mulheres passam a ter uma sobrecarga em relação às atividades e papéis desempenhados, necessitando de melhores condições físicas e emocionais para realizá-las (ALMEIDA, 2007; CAIXETA; BARBATO, 2004).

É importante neste momento resgatarmos as dificuldades em realizar atividades que exigem maiores condições físicas para pacientes com AN, conforme foi apresentado no tema anterior. Uma hipótese seria que este papel seja fortemente influenciado pelo grave estado nutricional que geralmente os pacientes com transtorno alimentar apresentam.

No estudo desenvolvido por Souza (2008), o papel de serviço doméstico foi um dos papéis ocupacionais que mais sofreu interferência negativa da doença fibromialgia para sua realização, sendo que estas pacientes mesmo com fortes dores, cansaço e desmotivação realizam as atividades num duelo entre a responsabilidade e a incapacidade. Porém, para essas mulheres, o serviço doméstico não é dividido com ninguém; elas se responsabilizam e comprometem-se na execução do mesmo.

No entanto, o que observamos com as pacientes com AN, é que mesmo em idade adulta, elas não apresentam o serviço doméstico como algo de sua inteira responsabilidade, geralmente é dividido com outras pessoas ou apresentam o fazer dependente de seus familiares (MORAIS, 2006).

Papel de estudante:

Neste subtema serão abordados as percepções de pacientes em relação às perdas de papéis ocupacionais e o que levou a essa perda.

Para duas participantes desta etapa da pesquisa, o papel que teve perda foi o de estudante, conforme podemos observar nas narrativas abaixo:

“Em 2008 eu comecei fazer faculdade de educação artística, só que eu tive que parar por ca.... por conta da doença, por causa da internação e daí desde lá eu estou com a matrícula trancada e não voltei” (Mônica).

“Eu perdi um pouco na parte do estudo, perdi, porque eu tenho vontade de estudar, de voltar, eu quero fazer uma faculdade né ? Mas só que eu me sinto assim, eu não me sinto preparada para freqüentar a faculdade, para estudar” (Luzia).

Já para uma participante o papel ocupacional que para ela teve perda foi o de trabalho e o de amigo, conforme frase abaixo:

“Eu tive algumas perdas em decorrência da doença: eu parei de trabalhar, fui obrigada a aposentar por invalidez, e o valor da minha aposentadoria é baixo. A minha mãe e o resto da minha família perderam a esperança de que eu venha a me curar um dia. Outra perda foi o isolamento que a doença acentuou mais “ (Lia).

O papel de estudante foi considerado pelas participantes deste estudo como o papel ocupacional mais importante dentro os papéis avaliados.

Embora na etapa quantitativa as entrevistadas desta parte do estudo relataram perdas em relação a outros papéis como por exemplo: amigo, passatempo amador, membro familiar, religioso e serviço doméstico, nesta fase qualitativa as percepções de perdas ficam restritas a dois papéis o de estudante e o de trabalhador.

O papel de estudante segundo Kielhofner (1990) sofre alterações ao longo do desenvolvimento do ciclo de vida, e é esperado que seja substituído pelo papel de trabalhador, como uma mudança da fase de adolescência para a fase adulta.

Dias (2010), realizou um estudo sobre papéis ocupacionais dos pacientes transplantados de medula óssea (TMO) na fase pós- TMO tardio e observou que eles relataram perda em relação ao papel de estudante e de trabalhador. O papel de estudante neste estudo foi compreendido como não ter sido afetado pela doença, mas como um processo normal do ciclo de vida, os pacientes deixaram de realizar o papel de estudante para adquirir um novo papel (o trabalhador), sendo que este sim sofreu influência do adoecimento. Corroborando esses achados, Souza (2008), identificou que pacientes com fibromialgia deixaram de realizar o papel ocupacional de estudante para iniciar o de trabalhadora.

Esses resultados não foram semelhantes ao presente estudo, cujas pacientes deixaram de realizar o papel ocupacional de estudante em decorrência da AN e sua gravidade. Além disso, não conseguiram ainda resgatar este papel que consideram de muita importância sem sua vida.

Também, as pacientes relataram dificuldade em retomar esse papel, pois tem receio de iniciar e não conseguir executar. Nesse sentido, vários autores citam que pacientes com AN, apresentam muita dificuldade em lidar com frustrações, baixa autoestima e sentimento de menos valia, muitas vezes deixando de fazer novas tentativas pelo medo de errar ou pensar na própria incapacidade tendendo sempre a perfeição (BULIK et al, 2003; FORBUSH; HEATHERTON; KEEL, 2007; NILSSON; SUNDBOM; HAGGLOF, 2008).

Para uma paciente o papel de trabalhador foi perdido em decorrência da AN, esse aspecto corrobora com a literatura encontrada sobre os papéis ocupacionais. Nos estudos de Dias (2010), Gil (2009) e Souza (2008), os participantes estudados respectivamente pacientes transplantados de medula óssea, Aids e fibromialgia apresentaram perda do papel devido as condições impostas pelo adoecimento e tratamento destas doenças.

5- Desejos para o futuro

Neste tema será abordado os desejos que os pacientes tem em relação aos papéis ocupacionais e sua realização no futuro.

Papel de voluntário

O papel de voluntário apresentou diferença estatisticamente significativa na etapa quantitativa, sendo que todas as participantes do GE relataram desejo de realizar este papel no futuro. Na fase qualitativa, duas participantes relataram o interesse em adquirir este papel no futuro, observado abaixo:

“Tem papel de voluntário, de participante em organização nunca assim parei para pensar, talvez seria interessante, porque eu acho que é uma coisa que faz a gente se sentir mais útil” (Mônica).

“Tenho sim... o de voluntário. Não sei eu acho muito interessante, eu acho muito, além de achar interessante, eu acho muito bonito um pessoa que tem essa disponibilidade, que tem essa vontade, que se dispõe a fazer esse papel voluntário, de ajudar uma pessoa” (Luzia).

Uma participante relata o desejo de retomar as atividades de vida social com mais facilidade, além do desejo de não ter mais a doença.

“Eu quero muito conseguir me relacionar socialmente com pessoas diferentes do meu círculo de colegas de faculdade, terapeutas e família” (Lia).

Em relação aos papéis desejados para o futuro, nota-se que os pacientes do GE demonstraram interesse em adquirir novos papéis ao longo da vida, com desejo de dobrar o número de papéis realizados no presente, conforme quadro apresentado na fase quantitativa.

Em relação especificamente ao papel de voluntário, algumas hipóteses podem ser levantadas. Talvez estas pacientes desejam auxiliar o outro, possam melhorar a autoestima, o humor, a motivação e o isolamento social, sentindo-se com função e valor para o outro. Porém são necessárias novas pesquisas que busquem compreender esse desejo em relação a aquisição deste papel.

Porém, pode-se observar que para estas participantes do estudo, a aquisição de novos papéis parece ser algo distante, passando muito tempo de vida e deixando de viver o presente, podemos compreender como se adquirir novos papéis ocupacionais dessem incentivo a vida e elas se encontram em conflito constante com a morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral conhecer a configuração dos papéis ocupacionais de mulheres com AN e como hipótese, que esta estruturação poderia interferir na vida ocupacional destas mulheres.

Os resultados mostraram que as participantes apresentaram muitas perdas em relação aos papéis ocupacionais, pois dos dez papéis avaliados, oito foram listados com perdas, seja em maior ou menor porcentagem. O único papel que houve ganho foi o de trabalhador, o que teve continuação do desempenho foi o de cuidador e o papel ausente na vida ocupacional destas participantes foi em relação à participação em organização.

Embora todos os papéis tenham sido perdidos pelas mulheres deste estudo ao longo da vida, ao comparar com os resultados do GC, houve diferença estatisticamente significativa nos papéis de trabalhador, amigo, passatempo amador e voluntário.

Em relação ao papel de trabalhador, as participantes do GC tiveram a continuidade deste papel em relação aos sujeitos do GE. Evidencia-se que o papel de trabalhador não foi contínuo para o GE, ou seja, pode-se pensar que para algumas mulheres com AN, houve início do desempenho do papel de trabalhador mas elas não conseguiram dar continuidade em sua vida. As pacientes identificam que a AN influencia a realização deste, embora para algumas delas, este papel não se caracteriza como perda, pois o mesmo foi resgatado.

O papel de amigo também foi considerado contínuo para as mulheres do GC, mas para as portadoras de TA não houve continuidade deste papel ao longo da vida, ou seja, este papel foi desenvolvido no passado, mas não foi possível mantê-lo no presente, embora elas tenham o desejo de resgatá-lo no futuro. Observou-se que esse papel foi alterado pela complexidade da doença; elas relatam que ele era realizado no passado, mas com dificuldade, com timidez, introspecção e receio do olhar e crítica do outro. A partir do diagnóstico do transtorno, estas características foram intensificadas sugerindo que foram por esses aspectos que não houve a continuação deste papel.

Já em relação ao papel de passatempo amador, este foi considerado contínuo para o GC e não contínuo para o GE, além de ser caracterizado como um papel perdido quando analisado de forma estatística. Ao se pensar que este papel geralmente é desempenhado juntamente com outras pessoas e não de forma isolada, com a dificuldade em manter o papel de amigo, as mulheres com AN podem apresentar dificuldade em relação à realização deste.

As falas das participantes revelam que esse é um papel que elas não realizam ou tem dificuldade para realizar devido à gravidade da própria doença que afeta não só aspectos físicos como também, os de natureza mental.

Quando analisado o papel de voluntário, não foi identificado perda ou dificuldade em sua realização, mas o desejo intenso das mulheres com AN em adquirir este papel para o futuro quando comparado aos resultados encontrados pelas participantes do GC.

Com a configuração observada em relação aos papéis ocupacionais em mulheres com AN, pode-se sugerir que este estudo teve sua hipótese confirmada ao observar que elas apresentam prejuízo no desempenho dos papéis ocupacionais que estruturam a vida ocupacional, principalmente em atividades de vida social. Essa característica é anterior ao diagnóstico, visto que são pessoas com dificuldade em relacionar-se, sair de casa, realizar compras e alimentar-se na presença de outras pessoas.

Os resultados encontrados, inéditos nessa área de conhecimento, revelam a importância desse estudo no sentido de apontar a importância de se avaliar as questões ocupacionais em pacientes com TA com a finalidade de fornecer subsídios para o planejamento de estratégias terapêuticas mais específicas. Nesse sentido, a Terapia Ocupacional, que tem como objetivo auxiliar no desempenho ocupacional das pessoas que por motivos físicos, mentais ou sociais, apresentam dificuldade na realização das atividades que sustentam a vida ocupacional, é uma área do saber que pode contribuir sobremaneira no tratamento dos transtornos alimentares.

Frente aos prejuízos psicossociais causados provavelmente pelo impacto da AN na vida cotidiana, o profissional pode ajudar os pacientes na construção de espaços mais saudáveis onde o fazer cria possibilidades de resgate dos papéis ocupacionais, independência e autonomia, em busca de novas paixões além do alimento.

Embora este estudo tenha limitações, principalmente no que se refere à casuística constituída a partir de uma amostra por conveniência, ele traz importantes contribuições para o aprimoramento da assistência dos transtornos alimentares na perspectiva de integralidade do cuidado. O desenvolvimento de novas investigações poderá trazer maior compreensão e aprofundamento da estruturação dos papéis ocupacionais na hipótese de ser um dos fatores precipitantes do transtorno alimentar e não um aspecto desencadeado após o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.S D. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, v.19, n. 2, p. 411-422, Jul./Dez. 2007

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational Therapy practice framework: domain and process. **American Journal of Occupational Therapy**, 2 ed, v.62, p.625-683, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders**. Washington, DC, jul. 2006.

_____. **DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. Washington, DC, 2002.

ÁVILA, B.N; NUNES, M.A. Risco e prevenção dos transtornos alimentares In: NUNES, M. A; APPOLINARIO, J. C; GALVÃO, A. L; COUTINHO, W e col.. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2006. p. 95-103.

BARRETO, A.L.H.; FIGUEIRÓ, A.S.; SOARES, R.M. Padrão alimentar e manejo nutricional dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A; APPOLINARIO, J. C; GALVÃO, A. L; COUTINHO, W e col.. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2006. p 117-124.

BARRETT, L.; KIELHOFNER, G. Teorias Derivadas de Perspectivas do Comportamento Ocupacional. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **WILLIARD & SPACKMAN - Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 9 º edição, 2002. p. 488-497.

BEHAR A, R; ARRIAGADA S, M.I; CASANOVA ZA, D. Transtornos de La conducta alimentaria y transtornos afectivos: um estudio comparativo. **Rev Méd Chile**, v.133, p. 1407-1414, 2005.

BELL, R. **Holy anorexia**. Chicago: University of Chicago, 1985.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do eating attitudes test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **J. Bras. Psiquiatr.**, n. 53, v. 6, p. 339-346, 2004.

BIGHETTI, F. et al. Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosa. In: KALINOWSKI, C.E. et al. **PROENF- Programa de atualização em enfermagem, saúde do adulto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.9-45.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1991.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, vol. 6, n. 2, p.233-242, jul/dez. 2002

BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares: quadro clínico. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.

BRANHOLM & FUGL-MEYER, I.B. On non-work activity preferences: relationships with occupational roles. **Disability and Rehabilitation**, v. 16, n.4, p.205-216, 1994.

BRYANT-WAUGH, R.; LASK, B. Eating disorders: an overview. **J Fam Ther**, v. 17, p. 13-30, 1995

BULIK, C. M. et al. The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. **Am J Psychiatry**, v. 160, n.2, p. 366-368, Fev. 2003.

BULIK, C. M.; THORNTON, L.; PINHEIRO, A. P. Suicide Attempts in Anorexia Nervosa. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, p.378-383, 2008.

CABRERA, C. C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 375-380, 2006.

CAIXETA, J.E; BARBATO, S. Identidade feminina: um conceito complexo. **Paidéia** vol.14, n.28, p. 211-220, 2004.

CAMPOLINA, L. O; OLIVEIRA, M.C.S.L.D. Cultura escolar e práticas sociais: episódios cotidianos da vida escolar e a transição para a adolescência. **Educ. Pesqui**, vol.35, n.2, p. 369-380, 2009.

CAÑETE, M.C.C.; VITALE, M.S.; SILVA, F.C. Anorexia nervosa: estudo de uma abordagem de sucesso. **Fractal Rev. Psicol**, vol.20, n. 2, p.377-86, July- Dec. 2008.

CCEB, Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil: **O Novo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2010** Disponível em: < <http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>. Acesso em: 20 jul. 2010.

CORDÁS, T.A; CLAUDINO, M.A Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, p. 3-6, 2002.

CORDEIRO, J. J. **R Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil**. 2005. 111p. Dissertação de Mestrado. UNIFESP, São Paulo, 2005.

CORDEIRO, J. R. et al. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 61, p. 33-40, 2007.

CORDEIRO, J.R **Lista de Identificação de papéis ocupacionais no Brasil**. Disponível em: <http://juniacordeiro.blog.terra.com.br/2010/03/> . Acesso em 20 ago.2010.

COZZI,F; OSTUZZI, R. Relational competence and eating disorders. **Eat Weight Disord**, v.12, n.2, p. 101-117, Jun 2007.

CROWE, T.K .et al. Role perception of mothers with youg children: the impact og a child´s disability. **American Journal of Occupational Therapy**, v.51,n.8, p.651-661,1997.

DALGALARRONDO, P Síndromes relacionadas ao comportamento alimentar In: _____. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DE CARLO, M. M. P.; BARTALOTTI, C.C.; PALM, R.D.C.M. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: DE CARLO, M. M. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física E Contextos Hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. cap.1, p. 3-28.

DE LA RIE, S. M; NOORDENBOS, G.; VAN FURTH, E. F. Quality of life and eating disorders. **Qual Life Res**, (Holanda), v. 14, n. 6, p. 1511-22, Aug, 2005.

DIAS,V.N **Os papéis ocupacionais de sujeitos transplantados de medula óssea na fase pós- TMO tardio**. 2010. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto,2010.

DOLL, H. A. et al. Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. **Qual Life Res** (Holanda), v. 14, n. 3, p. 705-717, Apr, 2005.

DOS SANTOS, J.E. GRATA: Nossa história, trabalho e desafios. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 323-326, jul./set. 2006.

EKLUND, M. Psychiatric patients' occupational roles: Changes over time and associations with self-rated quality of life. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 8, p.125-130, 2001.

ESPINDOLA, C.R; BLAY, S.L Percepção de familiares sobre anorexia e bulimia: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, vol.43, n.4, pp. 707-716, 2009.

FONTES, C.M. et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Rev. bras. educ. espec**, vol.16, n.1, pp. 95-106, 2010.

FORBUSH, K.; HEATHERTON, T. F.; KEEL, P. Relationships Between Perfectionism and Specific Disordered Eating Behaviors. **Int J Eat Disord (EUA)**, v. 40, n. 1, p. 37-41, Jan, 2007.

GALVÃO, A. L; CLAUDINO, A. M; BORGES, M. B. F. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, M. A; APPOLINARIO, J. C; GALVÃO, A. L; COUTINHO, W e col.. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2006. p. 31-50.

GALVÃO,A.N; PINHEIRO,A.P; SOMENZI,L. Etiologia dos transtornos alimentares.In: NUNES, M. A; APPOLINARIO, J. C; GALVÃO, A. L; COUTINHO, W e col.. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2006. p 59- 71

GIL, N. A. N **Os papéis ocupacionais de pacientes hospitalizados em decorrência da Aids e as contribuições da terapia ocupacional** 2009. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.2009.

GODART, N.et al. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? **Int J Eat Disord (USA)**, v. 39, n. 8, p. 772-778, Dec, 2006.

GOWERS,S; BRYANT-WAUGHT,R.Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 45, p. 63-83, 2004.

GUIMARAES, F.A.L; MARTINS, M.C.F Valores e prazer-sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais de nível superior. **Estud. psicol.**, v. 27, n.2, p. 133-145, 2010.

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Bras. Psiquiatria**, v. 24, p 13-7. 2002. Suplemento III.

KIELHOFNER, G. **Modelo of human occupation: theory and aplication**. 3 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.

KIELHOFNER, G; BURKE, J. Modelo de ocupação humana: parte I. **Revista de Terapia Ocupacional - USP**, v. 1, n. 1,p.55-67, 1990.

KIELHOFNER,G. Modelo de ocupação humana: parte II. **Revista de Terapia Ocupacional-USP**, v. 1, n. 2, p. 114-123,1990.

KLEIN,D.A; WALSH,T. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Pshyiology & Behaviour*, v.81,n.2,p.359-374, 2004.

MARKS,S. R. Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitment. **American Sociological Review**, v.42, p. 921-936, 1977.

MASTROPIETRO, A.P **Reconstrução do cotidiano dos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea: readaptação funcional e reinserção ocupacional**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINUCHIN,S. et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. **Arch Gen Psychiatry**, v. 32, p.1031-1038, 1975.

MIRANDA, M.R O corpo na contemporaneidade. In: **Anais do III Simpósio sobre Transtornos Alimentares Anorexia Nervosa e Bulimia na contemporaneidade: da teoria a prática**. Ribeirão Preto, São Paulo, p.28 – 29, set 2007.

MORAIS, L. V. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 381-385, jul./set., 2006.

MORENO, J. L **Fundamentos de la sociometria**. Buenos Aires: Editorial Paidos, 1972.

_____. **O Teatro da espontaneidade.** (1923). São Paulo: Summus Editorial, 1974.

_____. **O psicodrama.** São Paulo: Editora Cultrix, 1975.

MOURA, F.E.G.A. **O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe- filha nos transtornos alimentares.** 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem em saúde pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.

NILSSON, K.; SUNDBOM, E.; HÄGGLÖF, B. A Longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa- restricting type. **Eur Eat Disord Rev**, (Inglaterra), v. 16, n. 5 p. 386-94, Sep, 2008.

OAKLEY, F. et al. The role checklist; development and empirical assessment of reliability. **The Occupational Therapy Journal of Research**, v.6, p.157-170, 1986

OLIVEIRA, E. A; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 353-360, jul./set. 2006.

PACCOLA, A. T. Escuta do psiquiatra: sinais e sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 349-52, 2006.

PATTON, M. Qualitative evaluation and research methods. In: SAMPLING, S. Newbury California: Sage Publications, 1990.

PIZZI, M. The model of human occupation and adults with HIV infection and AIDS. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 44, p. 257-64, 1989.

PORTO, J.B ; TAMAYO, Á. Escala de valores relativos ao trabalho: **EVT. Psic.: Teor. e Pesq**, vol.19, n.2, p. 145-152, 2003.

POSSATTI, I. C; DIAS, M. R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, 2000a.

_____. Parâmetros psicométricos das escalas de qualidade dos papéis desempenhados pela mulher: mãe e trabalho pago. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, 2002b.

QUINTANA, A.B.M; ASSUMPÇÃO, C.R.L.D. Diagnóstico e manejo das condições clínicas associadas aos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A; APPOLINARIO, J. C; GALVÃO,

A. L.; COUTINHO, W e col.. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2006. p.195-208

RIBEIRO, R.P.P .et al. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 31, p. 45-53, 1998.

ROSVAL, L. et al. Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention? **Int J Eat Disord**, v.39, p.590-93, 2006.

RUBINI, C. Conceito de papel no psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 3, n. 1, 1995.

SANTOS, M. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 386-402, jul./set. 2006.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. *Anorexia e Bulimia: Conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor, SP, 2007.

SCHIMIDT, E; MATA, G.F.D Anorexia nervosa: uma revisão. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n.2, p.387-400, Jul/Dez. 2008.

SEIJAS, D; SEPÚLVEDA,X. Transtornos de La conducta alimentaria(TCA) **Rev. méd Clín. Condes**, n.16,v.4, p.230-235,oct 2005.

SICCHIERI, J.M.F et al. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**. v. 39, n. 3, p. 371-374, jul./set. 2006.

SIEBER, S.D. Toward a theory of role accumulation. **American Sociological Review**, v.39, p. 567-578, 1974

SILVA, L. M; SANTOS, M. A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**. v. 39, n. 3, p. 415-24, jul./set. 2006.

SOUZA, C. C. M. **Os papéis ocupacionais da mulher fibromiálgica**. 2008. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.2008.

SOUZA,L.V; SANTOS, M. A. A família e os transtornos alimentares. **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2006.

STOCCHÉ, T.M. Entre viver com fome e a fome de viver: o dilema do paciente anoréxico. **Trabalho apresentado em reunião científica do GEPRP**, Ribeirão Preto em 03 de março de 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, SP, 1992.

WEIL, P. et al. **Dinâmica de grupo e desenvolvimento em relações humanas**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1967.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO consultation. WHO Technical report Series 894**. Geneva: Word Health Organization, 2000.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Lista de identificação dos papéis ocupacionais no Brasil.

Nome	Local de Desenv. do Projeto	População (diagnóstico)	Faixa etária (anos)	Tipo de aplicação	Tipo de instituição e contexto
Alfredo Fernandes Baptista Júnior	Joinville - SC	Pessoas na comunidade	adolescentes	Sócio-comunitária (prática de estágio supervisionado)	Centro comunitário
Alfredo Fernandes Baptista Júnior	Joinville - SC	População de rua	adultos e idosos	Sócio-comunitária (prática de estágio supervisionado)	Centro comunitário
Aline Carvalho Pereira Gonzaga e Carolina Rebelatto	São Paulo - SP	Idosos	80	Clínica	Residencial de idosos
Ana Lucia Branquinho Germer	São Paulo - SP	Mulheres na comunidade	20 a 60	Sócio-comunitária	Centro comunitário
Aurea Maria de Oliveira Bueno	Campinas - SP	Adolescentes com deficiência visual	16 a 18	Clínica	Clínica
Aurea Maria de Oliveira Bueno	Itu - SP	Distúrbios psiquiátricos	18 a 70	Clínica	Consultório
Beatriz Bittencourt Granjo Schlecht	São Paulo - SP	Problemas cognitivos	adultos e idosos	Clínica	Consultório
Daniel Marinho Cezar da Cruz	São Carlos-SP	Pós-Acidente vascular encefálico	20 a 50	Pesquisa	Clínica universitária
Daniel Marinho Cezar da Cruz / Dorien Dezotti	São Carlos-SP	Trabalhadores com dor nos membros superiores	acima de 18	Pesquisa	Clínica universitária
Livia Garcia Couto; Luma Cardoso; Milena Felitte	São Paulo - SP	Adolescentes na comunidade	16 a 18	Pesquisa (trabalho de conclusão de curso de graduação)	Escola
Marysia M. P. De Carlo / Clarissa Castrighini Macedo de Sousa	Ribeirão Preto - SP	Mulheres com fibromialgia	30 a 60	Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa FAPESP)	Clínica universitária
Marysia M. P. De Carlo / Karina Reis	Ribeirão Preto - SP	Transplantados de medula óssea		Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa Santander)	Hospital geral - internação
Marysia M. P. De Carlo / Leila Maria Quiles	Ribeirão Preto - SP	Anoréxicos	acima de 18	Pesquisa (projeto de mestrado)	Clínica universitária
Marysia M. P. De Carlo / Natália Augusto Nunes Gil	Ribeirão Preto - SP	HIV /AIDS	acima de 18	Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa FAPESP)	Hospital geral - internação e ambulatório
Marysia M. P. De Carlo / Vivian Dias	Ribeirão Preto - SP	Transplantados de medula óssea		Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa FAPESP)	Hospital geral - internação

Nome	Local de Desenv. do Projeto	População (diagnóstico)	Faixa etária (anos)	Tipo de aplicação	Tipo de instituição e contexto
Milton Carlos Mariotti / Andressa Santi	Curitiba - PR	Renais crônicos	48	Pesquisa (projeto de iniciação científica)	Clínica
Patrícia Cotting Homem de Mello	São Paulo - SP	Idosos com problemas ortopédicos	acima de 60	Clínica	Centro-dia de idosos
Patrícia Cotting Homem de Mello	São Paulo - SP	Idosos pós-acidente vascular encefálico	acima de 6	Clínica	Centro-dia de idosos
Rachel Fernanda Albuquerque Camargo Nanuncio	Valinhos - SP	Deficiência mental leve	16 a 50	Clínica	Clínica
Tacyanne Bilro de Miranda	Natal - RN	Ortopédicos	45	Pesquisa (trabalho de conclusão de curso de graduação)	Hospital geral - ambulatório
Tatiane Grigolatto	Ribeirão Preto - SP	Esquizofrenia	18 a 55	Pesquisa (projeto de mestrado com bolsa FAPESP)	Clínica universitária
Tiago Ribeiro da Silva	São Paulo - SP	Distúrbios psiquiátricos	acima de 18	Clínica	Hospital -dia
Tiago Ribeiro da Silva	São Paulo - SP	Pessoas na comunidade		Sócio-comunitária	Centro -dia de saúde mental
Vanessa Idargo Mutchnik	São Paulo - SP	Homens executivos	acima de 45	Pesquisa (projeto de mestrado)	Empresa
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva	Natal - RN	Obesidade	50 a 80	Clínica (projeto de extensão universitária)	Clínica universitária
Wilma Guimarães	Belo Horizonte - MG	Transplantados de medula óssea	adolescentes e adultos	Clínica	Hospital geral - internação
Wilma Guimarães	Belo Horizonte - MG	Câncer de mama	adultas	Clínica	Hospital geral - internação

ANEXO B- *Eating Attitudes Test (EAT-26)*

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 - Evito comer quando estou com fome.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 - Vomito depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 - As pessoas me acham muito magra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 - Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 - Demostro auto-controle diante dos alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 - Sinto desconforto após comer doces.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 - Faço regimes para emagrecer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

ANEXO C-CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ANEXO D – LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS

Data: ____/____/____

Nome: _____.

Idade: _____.

Sexo: Masculino Feminino

Você é aposentado (a)? Sim Não

Profissão: _____. Situação Produtiva: _____.

Estado Civil: Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo

Procedência: _____.

O Propósito desta lista é identificar os principais papéis em sua vida.

A lista de identificação, que é dividida em 2 partes, apresenta 10 papéis e define cada um.

PARTE 1

Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados ao filho, esposo, parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: <i>Pelo menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado de casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
MEMBRO FAMILIAR: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , com membro da família, tal como filho, esposo, pais ou parentes.			
RELIGIOSO: Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto religioso)			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

PARTE 2

Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados ao filho, esposo, parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: <i>Pelo menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado de casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
MEMBRO FAMILIAR: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , com membro da família, tal como filho, esposo, pais ou parentes.			
RELIGIOSO: Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto religioso)			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			

<p>PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES</p> <p>Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i>, em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.</p>			
<p>OUTRO: _____</p> <p>Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).</p>			

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA DO HCFMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 16 de setembro de 2009

Ofício nº 3088/2009
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“TRANSTORNOS ALIMENTARES: AVALIAÇÃO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS EM PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 295ª Reunião Ordinária realizada em 14/09/2009, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 9023/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DR. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
LEILA MARIA QUILES
PROFª. DRª. ROSANE PILOT PESSA RIBEIRO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Leila Maria Quiles, sou Terapeuta Ocupacional e aluna de pós graduação, nível mestrado, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa cujo título é: “Transtornos Alimentares: Avaliação dos Papéis Ocupacionais em pacientes com Anorexia Nervosa” sob a orientação da Profª Drª Rosane Pilot Pessa Ribeiro e gostaria de convidá-la para participar deste trabalho.

Esse estudo pretende compreender os papéis ocupacionais que desenvolvemos ao longo de nossa vida, como por exemplo de ser pai, mãe, trabalhador, estudante, de termos amigos, etc. Verificando se existe alguma mudança nos papéis dos indivíduos antes e após o diagnóstico de Anorexia Nervosa, e se houve, quais foram essas mudanças.

Ao participar desse estudo você poderá contribuir para maior compreensão sobre o desempenho ocupacional de pessoas com esse transtorno e novas possibilidades de tratamento para os portadores.

Para isso você deve estar ciente de que:

1. Sua participação é voluntária e sua recusa não implicará em prejuízos ao seu atendimento ou de qualquer familiar;
2. As informações, o material fotográfico e as gravações das entrevistas, que eventualmente sejam realizados, poderão ser utilizados para fins didáticos e em eventos ou trabalhos científicos, mas não serão expostos de forma que a identifique e sua identidade assim como as informações que você fornecerá serão sempre preservadas;
3. Caso você aceite participar, poderá ser realizada duas entrevistas, de acordo com a necessidade do estudo, durante a qual será utilizado um gravador; será aplicado um questionário, cujo procedimento é simples, rápido e dispensa qualquer conhecimento especial, esta será realizada em um ambiente preservado com duração média de 30 minutos.
4. Não existe nenhum risco previsto ou eventual à sua saúde em participar deste estudo e nenhum gasto para você;
5. Você é livre para desistir de participar deste trabalho a qualquer momento sem prejuízo no seu tratamento;

Tendo recebido essas informações eu _____ RG nº _____ aceito participar deste estudo e declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa. Recebi uma cópia deste termo e tive a possibilidade de lê-lo, com o qual concordo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora: _____

Leila Maria Quiles

Rua: Arnoud Antunes Maciel, 185 apto 141

Bairro: Jd América – Ribeirão Preto - SP

Fone: (16) 9187-9636

Orientadora da Pesquisa: _____

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Fone: (16) 3602-4319

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNCIDE A

Roteiro de Entrevista Semi- estruturada

Instruções: Você participou do estudo sobre Os Papéis Ocupacionais respondendo um instrumento de avaliação que possuía 10 tipos de papéis ocupacionais sendo eles: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro familiar, religioso, passatempo/ amador participante em organizações e/ou outros.

Esse instrumento é dividido em duas partes, sendo que na primeira você avaliou o desempenho dos papéis em sua vida ao longo do tempo: passado, presente e futuro, e na segunda parte você identificou o grau de importância destes papéis em sua vida.

Assim, como já foi explicado anteriormente, gostaríamos de conversar um pouco mais sobre isto, com o objetivo de compreender melhor a sua percepção em relação ao desempenho dos papéis ocupacionais, influência da doença na realização destes papéis e os projetos futuros. Podemos começar?

- 1- Como era o seu dia a dia antes do diagnóstico de anorexia nervosa?
- 2- Como você descreve sua vida atual, comparando com a vida que você tinha antes de ter anorexia nervosa?
- 3- Você acha que a doença anorexia nervosa influencia o desempenho dos papéis ocupacionais em sua vida? Se sim, em quais papéis? Porque?
- 4- Você acha que houve perdas em relação aos papéis ocupacionais desempenhados? Se sim, em quais? Porque?
- 5- Tem alguma coisa que você tem mais dificuldade em realizar por conta da doença?
- 6- Tem algo que você gostaria de mudar em sua vida?
- 7- Tem papéis que gostaria de resgatar? (no caso de perda).
- 8- Tem papéis que você nunca realizou que gostaria de iniciar? Porque?

9- Você conhece Terapia Ocupacional? Se sim, o que você acha que essa profissão poderia lhe auxiliar ?