UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E TRANSTORNOS
ALIMENTARES: AS FACES DO CUIDAR EM
ENFERMAGEM**

Lucia Helena Grando

Orientadora: **Profa. Dra. Marli Alves Rolim**

SÃO PAULO
2000

LUCIA HELENA GRANDO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E TRANSTORNOS
ALIMENTARES: AS FACES DO CUIDAR EM
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de
“Mestre em Enfermagem”.

Orientadora:

Profª Drª MARLI ALVES ROLIM

**SÃO PAULO
2000**

**Ficha catalográfica preparada pelo Serviço
de Biblioteca e Documentação da EEUSP**

Grando, Lucia Helena
Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do
cuidar em enfermagem / Lucia Helena Grando. -- São Paulo: L. H.
Grando, 2000.
122p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem - Universidade
de São Paulo.

I. Título. II. Anorexia nervosa. III. Bulimia nervosa.
IV. Enfermagem psiquiátrica. V. Psicologia social.

Desde a criação do mundo, o homem busca
explicar as coisas da natureza.

É um ser que pensa.

Assim, criou os mitos, a ciência, as leis...

É um ser que sente e que sofre.

E sofre com as coisas da natureza.

E porque pensa e sofre, cria e recria.

E transforma a natureza.

A mulher, parte integrante

da natureza, modela e se remodela.

Esculpe a natureza e a si.

Constrói e reconstrói; elabora e re-elabora.

E, de modo significativa, busca uma forma
mais confortável de estar nesse mundo.

SUMÁRIO

	pag.
RESUMO	
ABSTRACT	
1 - INTRODUÇÃO.....	01
1.1 . Objetivos.....	08
2 - REVISÃO DE LITERATURA.....	09
3 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
4 - ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	36
4.1 . Natureza do estudo.....	37
4.2 . Local do estudo.....	39
4.3 . População.....	41
4.4 . Coleta de dados.....	42
4.5 . A sistematização e análise dos dados.....	44
5 - OS SUJEITOS E SUAS REPRESENTAÇÕES.....	49
5.1 . Perfil dos entrevistados.....	50
5.2 . A construção do conhecimento.....	52
5.3 . O campo das ações/sentimentos.....	75
5.4 . Considerações finais — as categorias em relação.....	98
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS	

GRANDO, L. H. **Representações sociais e transtornos alimentares:** as faces do cuidar em enfermagem. São Paulo, 2000. 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

RESUMO

Este estudo tem por objetivos identificar as representações sociais da equipe de enfermagem acerca da anorexia e bulimia nervosa e dos indivíduos portadores desses transtornos, bem como correlacionar essas representações com as intervenções realizadas no cotidiano do trabalho desses profissionais em um hospital psiquiátrico. Para realizá-lo, foram feitas entrevistas semi-estruturadas, individuais, junto a 12 componentes da equipe de enfermagem de um hospital universitário. A teoria moscoviciana de representação social foi adotada como referencial teórico-metodológico e os dados submetidos à análise de conteúdo segundo Bardin. Dessa análise emergiram temas como sintomas físicos e psíquicos além dos fatores psicossociais, que constituíram a categoria “A Construção do conhecimento”. A construção desse conhecimento mostrou-se ancorada essencialmente em um discurso médico – científico veiculado na instituição, numa interface com o conhecimento prático que a vivência cotidiana possibilita. Já a outra categoria delineou-se a partir do “Campo das Ações/ Sentimentos”, constituída por temas como controle/limite, onde o sofrimento psíquico do trabalhador é mais evidente, principalmente na iminência do suicídio. Por outro lado, é por meio de temas como a escuta, o vínculo de confiança e o cuidar individualizado que os profissionais conseguem expressar o prazer no trabalho.

Palavras chaves: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Enfermagem psiquiátrica, Psicologia social.

GRANDO, L. H. **Social Representations and Eating Disorders: the Nursing Care's Face.** São Paulo, 2000. 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ABSTRACT

This study intends to identify the social representations of nursing staff about anorexia and bulimia nervosa and about carries of these eating disorders as long as to correlate these representations with the interventions made in the se professionals daily life, inside of a psychiatric hospital. Semi-structured, and individuals interviews were made with twelve members of the nursing staff of a university hospital. The moscovician theory of social representation was adopted as referential-methodological referential and the data were submitted for content analysis in Bardin' s point of view. From this analysis emerged themes as physical and psychic symptoms, besides psychosocial factors, which constituted the category "knowledge Construction". The construction of knowledge seemed to be anchored essentially on a medical-scientific lecture diffused in the institution, in a interface with the pratic knowledge which the daily life provides. On the other side, the other category was outlined from "Actions / Feelings Field", constituted by themes as control / limit, where the worker' s psychic suffering is more evident, mostly in imminence of suicide. By other way, is by themes as the listening, confidence link and individually care that professionals care express their pleasure on work.

Key Words: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Psychiatric Nursing, Social Psychology.

INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

No decorrer de nossa vida profissional, tendo trabalhado 18 anos como enfermeira de um hospital psiquiátrico governamental, tivemos a oportunidade de atender uma gama variada de pessoas acometidas de distúrbios psíquicos e vivenciamos muitos problemas relacionados ao processo de cuidar desses indivíduos.

Logo após o curso de graduação, finalizado em 1980, iniciamos nossas atividades profissionais em uma unidade psiquiátrica infantil e de adolescentes, local onde permanecemos trabalhando por seis anos consecutivos. Tratava-se de uma unidade fechada, com trinta leitos, destinados a pacientes de ambos os sexos. Recebíamos pacientes com quadros de difícil diagnóstico médico e que muito exigiam em termos de assistência de enfermagem. Muitas vezes chegavam cronificados pelos inúmeros anos de evolução sem tratamento adequado.

Desde o início, nossa atenção se voltou para aquelas pacientes com distúrbios alimentares e que chegavam em estado grave, não só no que dizia respeito às condições psíquicas, mas também quanto aos aspectos somáticos. Chegavam magérrimas, correndo sério risco de vida, muitas vezes vindas de unidades de terapia intensiva (UTI) e que, apesar de caquéticas, insistiam em dizer que estavam gordas e, para perderem peso, mantinham regimes alimentares severos.

Era intrigante ver aquelas garotas jovens e, tão "destruídas" física e psiquicamente. Ao mesmo tempo, um sentimento de impotência nos dominava e nos fazia questionar se o conhecimento

que possuíamos era suficiente para nos responsabilizarmos por essas vidas que estavam por um fio.

Somada a esse sentimento, estava a preocupação com o aparato técnico-científico que tais casos exigiam, uma vez que o hospital psiquiátrico normalmente não está preparado para atender intercorrências clínicas; pela própria planta física e pelo conseqüente despreparo de toda equipe de saúde.

A paciente que mais nos impressionou foi uma garota de 15 anos, pesando 21,3 Kg, com 1,50 m de altura, trazida para a enfermaria em maca, pois já não conseguia sustentar o próprio corpo, tal era seu estado de caquexia. Seu rosto lembrava uma velha com mais de 60 anos, seus cabelos eram ralos, finos e quebradiços, já havia perdido todos os dentes e sua pele parecia colada aos ossos além de estar coberta por lanugo. Ficávamos imaginando como se acomodavam seus órgãos internos em um corpo tão minúsculo.

Contudo, o mais aterrador era a sua revolta ao se olhar no espelho e achar-se gorda e dizer seriamente que necessitava de regime para perder mais peso. Para isso, usava de recursos diversificados e constantes como varrer toda a enfermaria, realizar exercícios abdominais durante a madrugada, deitar no sol enrolada em cobertor de lã, em pleno verão, esconder alimentos, provocar vômitos e escondê-los nos locais mais absurdos (como dentro do forro do colchão, entre outros), estratégias estas que GIANNINI; MICHELOTTI (1997) e WALSH; DEVLIN (1998) reiteram em seus trabalhos.

Nessa época, o tratamento incluía medicamentos e normas de conduta do pessoal de enfermagem, principalmente em relação à alimentação. Com relação à medicação, era habitualmente utilizada a clorpromazina e os antidepressivos. Um peso mínimo era estabelecido como critério médico para as saídas de licença nos finais de semana e para a alta.

O cuidado de enfermagem incluía período de observação de uma hora, posterior à refeição, para se evitar o vômito auto-induzido, a prática de exercícios físicos ou a auto-mutilação. Tais estratégias eram comuns nesses períodos em que era evidente o aumento da ansiedade e de sentimentos de culpa; além disso, outras medidas eram adotadas sempre de acordo com a necessidade individual e também com a criatividade de cada paciente.

A enfermeira era a pessoa que permanecia o maior tempo em contato com as pacientes nos horários críticos relativos às atividades de vida diária, o que favorecia o estabelecimento de forte vínculo de confiança.

Era a partir desse contato direto com essas pacientes, de um relacionamento interpessoal mais próximo e em conjunto com a equipe que nós, enfermeiras, conseguíamos ajudá-las a superar essa difícil etapa.

Por outro lado, os doze anos de trabalho em unidade de pacientes adultos nos proporcionaram uma experiência diferente. Já não era tão comum, nos primeiros anos, termos contato com grande número de pacientes internadas com transtornos alimentares, mas eventualmente surgia alguma paciente.

Esse número sofreu grande aumento nos últimos anos, quando houve uma maior divulgação desse tipo de transtorno, decorrente de uma mudança de padrão de beleza e pressão imposta pela mídia, que tomou conta do universo feminino e que preconiza, até os dias de hoje, que a mulher bem sucedida, atraente e bonita, é a magra.

VIEIRA (1997) relata que nos últimos trinta anos, por trás do padrão de magreza quase esquelética, imposto explícita ou implicitamente pela mídia, estão mensagens do tipo "ser magra é ser bela e, portanto, feliz", "ser magra é essencial para atingir todos os

objetivos"; afirma que esse reducionismo começou nos anos 60, com a modelo Twiggy, e ganhou força nos anos 90 com seu *clone*, Kate Moss.

“Até pouco tempo, o caso mais conhecido, inclusive no Brasil, era o da cantora americana Karen Carpenter, integrante da dupla *The Carpenters*, que morreu em 1983, vítima de complicações cardíacas”. Mais recentemente, esses transtornos envolvem nomes como das atrizes Jane Fonda e Margaux Hemingway e do cantor e compositor Elton John. O caso mais famoso entre as celebridades é o da ex-princesa Diana, da Inglaterra, vítima de bulimia (LOPES et al., 1997).

LEMOS (1999) descreve que “de acordo com especialistas, as crianças estão se preocupando cada vez mais cedo com a forma física” e isso pode trazer problemas sérios no futuro, como desenvolver distúrbios alimentares. Afirma que entre as causas estão o ideal físico que é passado pela mídia e mães muito preocupadas com o corpo perfeito que incentivam e passam essa mensagem para suas filhas.

Ainda para esse autor, hoje em dia, os problemas alimentares atingem meninas e meninos. As meninas têm como modelo de corpo perfeito a boneca Barbie; os meninos se inspiram em bonecos fortes como o Batman. Esse ideal de beleza pode torná-los inseguros em relação ao próprio corpo.

Acreditamos que esses modelos infantis vêm influenciando as crianças desde suas criações, há cerca de quarenta anos, e muitas destas crianças se tornaram pais e educadores das crianças de hoje.

Segundo SCHWARTSMAN (1999), estudiosos afirmam que o culto ao corpo através do exercício físico teve início nos anos

trinta, segundo “uma lógica extremamente elitista, que se presta a funções de distinção social e de gênero”.

Motivados pelo aumento crescente da procura por tratamento de transtornos alimentares, foi inaugurado no hospital, local deste estudo, em abril de 1992, o Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMATO, 1997).

Esses transtornos invadem nossa sociedade e suas vítimas são especialmente as mulheres. A anorexia e a bulimia nervosa têm graves conseqüências sobre a qualidade de vida dos que dela padecem, afirma HERSCOVICI (1997). Ressalta, ainda, que “essas doenças representam um problema comparável ao da diabetes, e se torna cada vez mais urgente pensar em formas de prevení-las.”

Os dois fatores que mais intrigam os especialistas são o fato dessas doenças atingirem, em geral, jovens e adolescentes entre 15 e 25 anos e a constatação de que o número de casos aumenta de maneira vertiginosa mesmo entre os homens, que representam apenas 10% dos pacientes anoréxicos. “Segundo dados da Associação Americana de Anorexia e Bulimia, mais de 5 milhões de americanos já enfrentam o problema, que, aliás, detém o maior índice de mortalidade entre todas as doenças de fundo emocional no país” (LOPES et al., 1997).

Em São Paulo, o Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares, que atendia um caso novo a cada 15 dias em 1992, passou a atender quatro por quinzena em 1997; o mesmo serviço do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registrou um salto de 58 para 216 atendimentos de 1992 até 1996 e em Porto Alegre houve um crescimento de 126 atendimentos entre 1993 e 1996.

Passamos a nos deparar, então, com grande número de internações e, conseqüentemente, com inúmeras dificuldades profissionais.

Percebíamos uma falta de definição do papel específico do enfermeiro frente ao cuidado desses indivíduos, o que permitia a interferência dos demais profissionais da equipe que, de alguma forma, determinavam as ações da equipe de enfermagem no cuidado dos mesmos. Além disso, era comum a não adesão ao tratamento e as altas "à pedido", de grande responsabilidade pelo risco de vida, muitas vezes decorrentes das características pessoais das pacientes e de suas famílias.

Estávamos diante de pessoas com características rígidas, de difícil relacionamento com a equipe, com as outras pacientes e familiares e, geralmente, manipulativas com relação ao tratamento. Tais características provocavam inúmeros sentimentos na equipe de enfermagem o que acabava por interferir na qualidade da assistência prestada.

GOLDBLOOM; GARFINKEL (1990) mostram em seu trabalho que, durante a terapia, alguns problemas podem ocorrer como resultado de sentimentos que esses pacientes induzem no médico. Por exemplo, é difícil evitar a tendência natural de condenar alguns comportamentos alimentares aberrantes e a raiva que eles causam em decorrência de se mostrarem aparentemente manipulativos ou auto-destrutivos. Estes sentimentos podem provocar reações primitivas quando a meta do tratamento não é o controle do paciente mas o alívio do seu sofrimento psíquico.

Tal fenômeno pode ser estendido a todos os componentes da equipe multiprofissional, principalmente ao pessoal de enfermagem que permanece as 24 horas com o paciente. Não raras foram as solicitações, por parte de auxiliares de enfermagem, de mudança de enfermaria por estarem estressados e não agüentarem

mais trabalhar com essas pacientes, à época em que éramos enfermeira chefe da enfermaria feminina.

Para reiterar tais afirmações temos o trabalho de FRANCISCO FILHO (1997), apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, no qual revela que os transtornos alimentares constituem-se em um dos sofrimentos psíquicos que mais mobilizam sentimentos negativos, na equipe de enfermagem, no relacionamento interpessoal.

Tais reações eram percebidas de forma mais evidente nos horários das refeições, durante os quais percebíamos aumento do grau de ansiedade e de irritação dos pacientes, dirigidas primordialmente às pessoas que as acompanhavam e as observavam.

Segundo HEVZEY (1984), as refeições são fonte de conflito com os pais dessas pacientes; podem se prolongar interminavelmente ou serem encurtadas por ardis engenhosos.

A nosso ver, o conflito vivenciado com os pais era então transferido para os profissionais de enfermagem. Tal fato provocava grande desconforto e dificuldades para eles, que se não estivessem bem preparados poderiam agir de forma inadequada com as pacientes.

Neste aspecto, eram comuns comentários críticos e a criação de verdadeiras "teorias" por parte dos auxiliares de enfermagem, que não aceitando tais comportamentos, buscavam explicações baseadas em sua própria vivência pessoal.

Para nós, a construção desse conhecimento, a partir da prática do cotidiano, caracteriza a produção de representações sociais acerca dos transtornos alimentares e dos indivíduos que as manifestam, considerando que para Moscovici apud LEME et al. (1989), representação social é um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária, no curso de comunicações

interindividuais e que, segundo ROSA (1987), têm natureza prescritiva convencional da ação social e do comportamento.

Por conseguinte, estudar as representações sociais que o pessoal de enfermagem tem acerca dos transtornos alimentares e das pessoas portadoras dos mesmos, nos pareceu a melhor oportunidade de compreender a sua prática cotidiana.

Além disso, acreditamos que o presente estudo nos fornecerá contribuições importantes também para a elaboração de futuros programas educativos sobre o tema, dentro de cursos já existentes na instituição em que trabalhamos. Em última análise, a intenção é também obter subsídios para discutir e refletir sobre a qualidade da assistência de enfermagem prestada a esses indivíduos.

Delinearam-se, então, como objetivos da presente investigação:

1. Identificar as representações sociais da equipe de enfermagem acerca da anorexia e bulimia nervosa e dos indivíduos portadores desses transtornos.
2. Correlacionar essas representações com as intervenções de enfermagem relatadas por esses profissionais no cotidiano vivido junto a estes indivíduos

REVISÃO DE LITERATURA

2 - REVISÃO DA LITERATURA

Por se tratar de assunto pouco explorado na literatura nacional de enfermagem, fizemos uma revisão bibliográfica envolvendo tanto aspectos clínicos como específicos da área de enfermagem para a introdução do tema.

Sob o título de transtornos alimentares, de acordo com a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), duas síndromes importantes são descritas: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Também merecem destaque, os transtornos bulímicos menos específicos como a hiperfagia associada a perturbações psicológicas.

Os critérios diagnósticos para a anorexia nervosa são: A - recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; B - medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal; C - perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; D - nas mulheres após menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. Dois tipos são especificados: restritivo e compulsão periódica / purgativo (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM-IV, 1995).

Para a bulimia nervosa, segundo o MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-IV, (1995), os critérios incluem: A - episódios recorrentes de

compulsão periódica, sendo que um episódio de compulsão periódica é caracterizado pela ingestão, em um período limitado de tempo (ex. 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares, um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio; B - comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos; C - a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses; D - a auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo; E - o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. Inclui os tipos: purgativo e sem purgação.

Neste estudo a atenção estará voltada apenas para a anorexia e bulimia, visto tratar-se dos diagnósticos mais freqüentes das pacientes atendidas nas unidades de internação, na instituição que se constitui o local de coleta de dados da presente pesquisa.

Cabe ressaltar que nos utilizamos também da consulta a veículos de comunicação não acadêmicos, como jornais e revistas, por apresentarem dados relevantes e atuais sobre os transtornos alimentares. Esses textos se referem a entrevistas com especialistas da área, como psiquiatras e psicólogos, na maioria das vezes derivados de dados de pesquisas.

As publicações atuais indicam que a anorexia não é uma síndrome desenvolvida recentemente e tem sido descrita ao longo da história. Desde os tempos antigos, variaram em relação à freqüência, em formas de manifestações, e também de motivação. Há relatos a respeito de distúrbios alimentares desde a idade média, no qual período era descrita como uma doença caracterizada pela perda de

peso severa, decorrente de dietas auto-impostas (HERSCOVICI; BAY, 1997). Tais autores citam que a primeira descrição clínica da anorexia nervosa data do ano de 1694 e que este nome foi dado em 1874 por Sir William Gull.

“Quase simultaneamente, o neuropsiquiatra parisiense Ernest Charles Lasègue descreveu a *anorexie hystérique*, ressaltando os componentes emocionais de fantasia como traços predominantes na personalidade dessas pacientes” (CORDÁS; BUSSE, 1995).

Segundo esses autores, “esta entidade clínica vem sendo reconhecida desde a Idade Média, havendo diferentes relatos a partir do século XVIII, com descrições muito interessantes. A vida de mais de 250 santas e beatas da Igreja Católica em suas práticas de ascetismo, descritas por Bell (1985), exibe um impressionante paralelo entre as práticas de jejum religioso (anorexia santa) e o atual conceito de anorexia nervosa”.

Santa Catarina de Siena, que viveu no século XIII, também era uma anoréxica convicta. Conta-se que ela permanecia em longos jejuns místicos e, quando comia algo, estimulava o vômito enfiando um talo de erva-doce ou uma pena de ganso na garganta (LOPES et al., 1997).

Segundo esse mesmo autor, no século XIX a imperatriz austríaca Sissi, considerada uma das mais belas mulheres, tinha uma obsessão: jamais ultrapassar 50 quilos, embora tivesse 1,72 m de altura. Ela fez de seu corpo sua ocupação central; impôs-se regimes draconianos e intensa atividade física. Práticas surpreendentes numa época em que belas eram as aristocratas gorduchas, cujo máximo esforço físico resumia-se a abrir e fechar sombrinhas.

Os fatores sócio-culturais surgiram para nutrir ou inibir a frequência e o tipo de desordem alimentar (BEMPORAD, 1996).

Para FLAHERTY et al. (1990) a ênfase cultural ocidental, no momento, sobre a forma e a preocupação com a imagem corporal é a responsável pela incidência aumentada de distúrbios alimentares.

Segundo Russell, apud CORDÁS; SEGAL (1995), os distúrbios alimentares são transtornos graves, muito mais freqüentes em sociedades desenvolvidas, onde há abundância de comida, e naquelas em que a cultura enfatiza a magreza.

WALSH; DEVLIN (1998); HOLODAY-WORRET (1999) citam que as desordens alimentares são, geralmente, mais comuns nas nações industrializadas que nas nações em desenvolvimento; isso reforça a influência do fator cultural e ambiental nesses transtornos.

Embora as causas fundamentais da anorexia nervosa permaneçam imprecisas, há evidências crescentes de que a interação sócio-cultural e fatores biológicos contribuem para sua causação, assim como mecanismos psicológicos menos específicos e uma vulnerabilidade de personalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Já no que diz respeito à bulimia, há uma associação entre transtornos afetivos e esses distúrbios, bem como uma alta prevalência de alcoolismo entre os membros da família dos pacientes que a apresentam; isso leva a crer que possa haver um fator genético envolvido, tanto na anorexia como na bulimia. O papel do hipotálamo e seu relacionamento com glândulas como a pituitária, adrenal, tireóide e outras secretoras de hormônio, são foco de atenção das teorias biogenéticas. A disfunção no hipotálamo produz afagia e perda de peso. Algumas dessas anormalidades também são percebidas em pessoas deprimidas e alcoolistas (KRUPNICK, WADE, 1993; STUART, SUNDEEN, 1995).

Para os psicanalistas Rimbault e Eliacheft, aspirar a santidade no século XIV ou à magreza no século XX dá na mesma; o desejo da anoréxica de desafiar e transcender a realidade física é muito semelhante ao dos místicos (LOPES et al., 1997).

As alterações do desenvolvimento nas primeiras etapas da infância e a falta de interações apropriadas entre a criança e seus pais podem dar origem a muitos transtornos do apetite e condutas anômalas da alimentação (CASTILHO et al., 1990).

Aspectos da teoria psicanalítica relacionados a distúrbios alimentares incluem o conceito de regressão a fases pré-puberis de desenvolvimento e repúdio do desenvolvimento da sexualidade. Na abordagem psicanalítica, o comer compulsivo representa compensação por necessidades orais não satisfeitas durante a infância, bem como uma defesa contra a intimidade com o sexo oposto (CHITTY, 1996).

LAWRENCE (1991) relata que a explicação dada por alguns psicanalistas, na década de 40, foi que “a anorexia nervosa resultava de um medo da fecundação oral (engravidar pela boca)”. Atribuíam isso ao fato de que, entre os distúrbios psicológicos, a anorexia atinge as mulheres de forma preponderante. Hoje, segundo essa autora, estamos “numa posição que nos permite concluir que qualquer teoria expressa nos termos de uma biologia ou psicologia isoladamente feminina deve estar errada”, já que sabemos que existem alguns homens anoréxicos.

De acordo com HOLODAY-WORRET (1999), numa perspectiva psicodinâmica, as mudanças físicas causam, na puberdade, tensão sexual e social que desencadeiam um processo de evitação fóbica dos alimentos. Essa abordagem considera que existe um relacionamento sedutor e dependente com pais afetuosos ou passivos, além de haver a manifestação ambivalente de sentimentos como culpa e agressividade em relação à mãe.

Segundo o psicólogo Paulo César Pereira, em LOPES et al. (1997), “a anoréxica recusa-se a crescer. O medo de viver plenamente sua sexualidade e a não-aceitação de suas formas físicas levam-na a manter seu corpo sempre magro, reto, como a de uma criança. Ela fica também presa a aspectos infantis da libido, restritos à fantasia, que é a chamada sexualidade auto-erótica, fonte de comportamentos narcísicos, como a preocupação exagerada com a beleza. A anorexia pode ser considerada como uma *descendente direta* da histeria...”

De acordo com BUSSE (1999), a anorexia recebeu várias denominações; tendo sido descrita em 1868, por William Gull sob o título de “apepsia histérica”; em 1873 Charles Lasègue ressaltava os traços predominantemente de linhagem histérica e, por esse motivo denominou-a “anorexia histérica” e finalmente em 1874, William Gull denomina esses quadros de “anorexia nervosa”. Em 1895, Sollier populariza na França, a terminologia “anorexia mental”, que é adotada até hoje naquele país. Estudos que enfatizavam os aspectos orgânicos foram publicados em 1914 por Simonds que considerava a caquexia decorrente da necrose anterior da hipófise e Sante De Sanctis, em 1920, aventa a possibilidade de se tratar de um quadro psicótico de cunho histérico, denominando-a de “psicose histérica”. Outros autores aventaram a possibilidade de se tratar de uma doença afetiva por apresentarem humor disfórico e, mais recentemente, procuram correlacionar com distúrbios obsessivo-compulsivos, encontrando fortes evidências genéticas para tal.

Para alguns especialistas, a renúncia de um instinto tão fundamental para a sobrevivência, que é o ato de se alimentar, tem significados mais sutis. Ela pode ser compreendida como uma espécie de negação inconsciente do próprio corpo, da feminilidade e da vida sexual adulta. Por esta razão é que a doença aparece, geralmente, na adolescência, quando as jovens têm mais dificuldade em integrar as

transformações físicas e os conflitos emocionais típicos dessa fase (LOPES et al., 1997).

Segundo a pesquisadora Elizabeth Wheeler, as pacientes com transtornos alimentares usam a comida como um meio para lidar com seqüelas de traumas ou para amortecer emoções negativas. Justifica essa afirmação dizendo que “de 20% a 30% delas sofreram abuso sexual na infância ou mesmo na idade adulta” (AMATO, 1997).

Por outro lado, WALSH; DEVLIN (1998) consideram que tem sido difícil estudar os fatores biológicos envolvidos pois, os quadros de distúrbios alimentares são relativamente raros frente ao quadro geral das doenças mentais e não existem ainda bons modelos para estudos em animais.

TAYLOR (1992), por sua vez, afirma que o aumento dramático na incidência desses transtornos nos últimos anos, para alguns teóricos sociais, está relacionado às pressões sociais para que as pessoas sejam magras, à mudança do papel das mulheres e às mensagens conflitantes dadas a elas e à ausência de um conjunto claro de valores e normas que orientava o comportamento das adolescentes de gerações anteriores.

Não é possível negar que os fatores sócio-culturais afetam o comportamento alimentar dos indivíduos, principalmente dos adolescentes, uma vez que as imagens projetadas em propagandas mostram que a sociedade associa o corpo perfeito e magro a sinal de desenvolvimento pessoal, auto-controle e sucesso.

Entre a maioria dos estilistas, há um consenso de que a modelo precisa ser apenas um “cabide” para que suas criações apareçam. Essa postura acaba moldando o comportamento das mulheres, que se curvam docilmente diante do fato de que a magreza está associada à idéia de elegância. Assim, acaba sendo criado um

padrão físico que, aliado a valores históricos ancestrais, justificam a moda atual. “As mulheres aprendem, desde a infância, a associarem também o êxito social e profissional às magras” (LOPES et al., 1997).

Para outros autores, os indivíduos com desordens alimentares geralmente vêm de famílias com regras rígidas, limites pouco definidos, pais superprotetores e perfeccionistas em relação ao filho. O filho geralmente tem dificuldade no desenvolvimento em busca da autonomia, baixa auto-estima, senso de impotência na vida, inabilidade em identificar e expressar sentimentos e necessidades. O alimento pode ser usado para suprimir sentimentos, promover conforto ou adquirir autocontrole e controle sobre os membros da família (IRWIN, 1993; KRUPNICK, WADE, 1993; PÉREZ, 1996).

Para TAYLOR (1992), alguns teóricos propõem uma perspectiva comportamental relacionada ao desenvolvimento nos primeiros anos da infância, em torno de questões como confiança, autonomia e separação-indivuação. Geralmente esses transtornos ocorrem no contexto de relacionamentos familiares conturbados, comunicação rompida e falta de limites entre os membros da família.

VIEIRA (1997) resume como possíveis causas os fatores genéticos, baixos níveis de serotonina no cérebro, dificuldade nos relacionamentos pessoais, famílias superprotetoras com pais que exigem constantemente aparência atraente e bom rendimento escolar e indivíduos perfeccionistas, com autocrítica acentuada, necessidade de aprovação e baixa auto-estima.

WALSH; DEVLIN (1998) citam que estudos recentes revelam níveis anormais de serotonina e leptina, mas não esclarecem se são causas ou conseqüências dos distúrbios.

De acordo com HEVZEY (1984), a anorexia não é uma perda do apetite; trata-se de uma restrição alimentar deliberada, qualitativa e quantitativa: o adolescente segue um regime aberrante,

ingere apenas quantidades ínfimas de alimentos escolhidos e reputados por seu baixo valor calórico.

O termo anorexia é algo enganoso, já que o indivíduo anoréxico raramente sofre perda do apetite antes de atingir um estágio muito avançado da doença (GOLDBLOOM; GARFINKEL, 1990).

Para CORDÁS (1993) a anorexia é uma doença que se caracteriza por uma procura incansável pela magreza, levando a paciente a uma severa e auto-induzida perda de peso, para qual finalidade são usados os mais diferentes e, por vezes, bizarros recursos. Desenvolve-se geralmente em meninas adolescentes e, apesar de ser um problema psiquiátrico que pode ser reconhecido de maneira simples e clara, ao mesmo tempo causa desconcerto e estranheza.

A perda de peso fica em torno de 15% ou mais do peso corporal total e a redução extrema da ingestão alimentar pode chegar a um consumo de 500 a 700 calorias por dia, podendo o indivíduo ingerir menos que 200 calorias ou não comer por dias (STUART; SUNDEEN, 1995).

A anorexia ocorre em cerca de 1% da população feminina, freqüentemente na adolescência entre as idades de 13 a 20 anos. A proporção de mulheres para homens com essa doença é em torno de 20:1 (STUART; SUNDEEN, 1995). Por esse motivo, na maioria das vezes nos referimos aos pacientes no feminino.

HERSCOVICI; BAY (1997); MUSCARI (1998) distinguem dois tipos de pacientes; aqueles com anorexia restritiva que atingem seu objetivo de perder peso limitando sua ingestão e os outros com anorexia bulímica, que perdem peso provocando vômitos ou usando laxantes e diuréticos.

Os indivíduos com anorexia são introvertidos, sexualmente inativos e têm traços de personalidade tipicamente obsessivos. Têm interesse exagerado por comida, acompanhado da recusa alimentar, hábito de esconder ou armazenar alimentos. Podem preparar banquetes elaborados para os outros e se limitarem a ingerir pequena quantidade de comida pouco calórica ou nem sequer prová-la (STUART; SUNDEEN, 1995; TAYLOR, 1992).

Os indivíduos anoréxicos têm alteração da imagem corporal manifestada pela percepção pessoal distorcida, dizendo estarem gordos quando na realidade estão abaixo do peso normal ou muito emagrecidos. Alguns apresentam quadro de "binge", ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos, seguido de vômito auto-induzido ou de abuso de laxantes e diuréticos (GELASIS; KEMPE, 1996; HOLODAY-WORRET, 1999).

Por sua vez, CASTILHO (1999), ao estudar os aspectos clínicos e psicopatológicos da imagem corporal nos transtornos alimentares, conclui que o sintoma "distorção da imagem corporal" pode apresentar características obsessivo-compulsivas e delirantes.

Os sinais clínicos decorrentes dos comportamentos acima citados, de acordo com autores como RAWLINS; HEACOCK (1993), KRUPNICK; WADE (1993), HERSCOVICI; BAY (1997) incluem: bradicardia, hipotensão e hipotermia; redução da atividade da tireóide; amenorréia; unhas e cabelos quebradiços; pele ressecada, áspera, fria, e coberta por lanugo (penugem fina e escura, mais abundante que o normal, que pode chegar a cobrir todo o corpo).

Há casos, segundo esses autores, em que há petéquias na pele, edema pendente, alteração no esmalte dos dentes, quando provocam vômitos, e calosidades e lesões nas articulações da mão causadas pelo roçar com os dentes ao provocar vômito (Sinal de Russell). Ocorre baixo peso pela diminuição da gordura corporal e da massa muscular, baixa estatura naqueles que iniciam a doença antes

de terem completado o desenvolvimento puberal. Podem surgir queixa de dor abdominal, constipação e sensação de saciedade pela lentidão do esvaziamento gástrico.

Ainda relatam que outra complicação é a arritmia cardíaca causada pelos transtornos hidroeletrólíticos decorrentes da deficiência de potássio, cálcio, magnésio, ou por desnutrição decorrentes dos vômitos, uso de laxantes ou diuréticos. Pode ocorrer anemia e os ossos tornarem-se quebradiços pela falta de cálcio.

A bulimia nervosa é caracterizada, em sua forma típica, pela ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos com pouco ou nenhum prazer (episódio de "binge"), alternado com comportamento dirigido para evitar o ganho de peso como vomitar, abusar de laxantes e diuréticos ou períodos de restrição alimentar severa e pelo medo mórbido de engordar (CORDÁS; SEGAL, 1995).

A bulimia é mais comum que a anorexia, com estimativas em torno de 2% a 4% da população feminina e a prevalência de 4% a 15% de estudantes mulheres. Tem início na adolescência e a proporção de mulheres para homens é de 9:1 (STUART; SUNDEEN, 1995).

Segundo CORDÁS (1998), "o termo bulimia tem uma história muito antiga; deriva do grupo "bous" (boi) e "limos" (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi, ou quase". Foi descrita a partir de 1979, por Gerald Russell, e avançou rapidamente, graças à proliferação de grupos de pesquisa em vários países, pela própria importância clínica e epidemiológica que esse transtorno vem demonstrando, "superando hoje em muito o interesse pela sua *irmã mais velha*, a anorexia nervosa".

Os bulímicos têm um padrão alimentar anormal e medo de não estarem aptos para pararem de comer voluntariamente. Muitos aprendem a vomitar por ação reflexa. A perda de peso é menor, às

vezes um pouco acima ou abaixo do normal; geralmente o peso está dentro do esperado. Há uma freqüente flutuação no peso causada pelos períodos de "binge" e jejuns. Após um episódio bulímico ("binge"), usualmente apresentam dor abdominal, sonolência, isolamento social ou vômito auto-induzido (GELASIS; KEMPE, 1996).

São indivíduos extrovertidos e impulsivos, sexualmente mais ativos, têm traços de personalidade mais histéricos ou "borderline", assim como traços obsessivos e podem cometer roubos (cleptomania), abuso de álcool e drogas, auto-mutilação, entre outros (STUART; SUNDEEN, 1995).

HOLODAY-WORRET (1999) assinala que o que predomina no indivíduo com bulimia nervosa é o senso de perda do controle.

A bulimia pode ser vista como uma seqüela de anorexia nervosa persistente, embora a seqüência inversa possa ocorrer também. Uma paciente previamente anoréxica pode, primeiro, parecer melhor como um resultado do ganho de peso e, possivelmente, um retorno de menstruação, mas um padrão pernicioso de hiperfagia e vômitos torna-se então estabelecido. Vômitos repetidos provavelmente causarão perturbações dos eletrólitos corporais, complicações físicas (tetania, crises epiléticas, arritmias cardíacas, fraqueza muscular) e, subseqüentemente, grave perda de peso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Os sinais clínicos evidenciados em pacientes com bulimia nervosa, segundo HERCOVICI; BAY (1997), incluem: alterações dentárias, aumento do tamanho das parótidas, bradicardia e mudanças ortostáticas de pressão arterial, sinal de Russell, arritmias cardíacas e alterações eletrocardiográficas, desidratação, hipocalemia, hipocloremia, alcalose metabólica, deficiência de magnésio, (mais freqüente a de cálcio e fósforo), que pode afetar o músculo cardíaco e produzir secundariamente hipocalemia e hipocalcemia; a desidratação

pode afetar os rins, pela perda de potássio e uso crônico de diuréticos; alterações menstruais e amenorréia; espasmo bronquial e pneumonia decorrentes das microaspirações que acompanham os vômitos, esofagite, erosões e úlceras, esvaziamento gástrico lento, ruptura do estômago (fato raro). A morte pode ocorrer por desequilíbrio de eletrólitos ou, pela própria impulsividade desses indivíduos, advir do suicídio.

A hospitalização se faz necessária, segundo critérios de KRUPNICK; WADE (1993), nos casos de anorexia, quando o indivíduo: perdeu rapidamente 15% ou mais do peso corporal total; desenvolveu bradicardia persistente (menor/igual a 50 bat./min.), iniciou hipotensão (medida sistólica menor/igual a 90 mm/Hg.), desenvolveu complicações médicas; expressa pensamento suicida, rompeu ou sabotou o tratamento externo, manteve recusa persistente da necessidade de ajuda.

No tocante à bulimia, apesar de ressaltar que a necessidade de hospitalização não é freqüente, PÉREZ (1996) aponta como critérios para tal conduta: depressão com risco de suicídio; alteração eletrolítica importante; possível aborto no primeiro trimestre de gestação ou fracasso no tratamento ambulatorial.

A morte é um fenômeno que pode acontecer nos casos tanto de bulimia, como de anorexia; sua freqüência varia de 1% a 15% e os casos de mortalidade são igualmente divididos entre o suicídio e as complicações médicas (RAWLINS; HEACOCK, 1993). Segundo descreve BUSSE (1999), “a anorexia nervosa apresenta altíssima taxa de mortalidade, até em levantamentos realizados recentemente; Ratnasuriya (1991), no Maudsley Hospital, obteve 17,5%; Ajuriaguerra fala em 9,81% (1976), e para a maioria dos autores, estaria entre 4 e 30%”.

Diante do exposto, depreendemos que os distúrbios alimentares constituem-se em transtornos psiquiátricos graves, de

difícil manejo e que necessitam de assistência de enfermagem com pessoal minimamente preparado, com conhecimentos não só dos comprometimentos físicos, mas principalmente psíquicos.

Segundo HALEK (1997), a enfermeira ocupa uma posição privilegiada e está na posição chave para cuidar desses pacientes uma vez que é o profissional preparado para oferecer uma relação terapêutica significativa. Tal afirmação está baseada no fato de que as pessoas com distúrbios alimentares têm grandes dificuldades de desenvolver relacionamentos de qualquer espécie. São, geralmente, inseguros e dependem da aprovação dos outros, assim como têm pouco senso de valor pessoal. Os relacionamentos que mantêm são permeados de medo e por isso podem se tornar hostis, se isolar, demonstrar raiva e como resultado da insegurança tentar manipular seus relacionamentos com os outros. Conseqüentemente, manejar estes relacionamentos requer por parte da enfermeira determinadas habilidades como paciência, confiabilidade e consistência no falar e agir, honestidade, capacidade para manejar ansiedade e para estabelecer limites.

Algumas modalidades terapêuticas podem auxiliar a enfermeira que trabalha com essas pacientes. HOLODAY-WORRET (1999) propõe a terapia cognitiva, já que esta pode ajudar o cliente a reconstruir pensamentos errôneos, auto-derrotistas de forma mais realística e, então, desenvolver confiança e autocontrole. Propõe, também, o uso de treino de assertividade pois considera que as respostas assertivas podem ajudá-lo a expressar sentimentos abertamente e diretamente e quebrar o ciclo de jejuns como uma forma de ganhar controle das situações de vida.

O treinamento assertivo é de grande utilidade para aumentar a auto-estima e reduzir a ansiedade e a depressão, através da expressão sincera dos próprios sentimentos, desejos e direitos, mas, não é suficiente para aumentar a conexão interpessoal e estabelecer vínculos,

assegura FALCONE (1998). Para isto, propõe a conduta empática, que reduz o conflito social e o rompimento, tornando a interação mais agradável”

PÉREZ (1996) assevera que ao se propor cuidar de pessoas com distúrbios alimentares, deve-se ter em mente que elas têm uma forma de resposta emocional mais lábil que as outras.

Portanto, todos os profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado de indivíduos com transtornos alimentares devem buscar uma forma holística de intervenção para que esta seja efetiva, o que implica em considerar o sujeito, o seu sofrimento psíquico e todos os outros fatores envolvidos, quer sejam eles de ordem biológica, cultural ou psicossocial.

Algumas premissas básicas devem nortear o processo de cuidar desses indivíduos.

Os profissionais necessitam ter a convicção de que o ser humano está intrinsecamente ligado à sua família e ao seu meio social e que estes são a fonte primordial, não só das pressões, mas também de recursos de apoio (HERSCOVICI; BAY, 1997).

Outra premissa é considerar que o foco de atenção no cuidado desses indivíduos não deve estar primordialmente na recusa alimentar, mas também nos distúrbios psicopatológicos que eles apresentam. São estes os responsáveis não só pela recusa alimentar como também por todos os outros comportamentos alterados, os quais podem por em risco a vida dessas pessoas. Compreender o impacto da sintomatologia nos pacientes e usar estas informações no plano de ação de enfermagem (IRWIN, 1993), é outro requisito básico.

A intervenção de enfermagem deve buscar o alívio do sofrimento desses indivíduos e permitir-lhes o crescimento e a liberdade de fazer escolhas maduras. Para tanto, o planejamento da

assistência deve ser individualizado, elaborado em conjunto com o cliente e estabelecido um contrato de aceitação e responsabilidade mútua.

O relacionamento interpessoal deve estar baseado na confiança mútua, aceitação, empatia e envolvimento emocional.

Todas as ações de enfermagem deverão ser norteadas pelas três medidas que consideramos essenciais no relacionamento com qualquer paciente: apoio, estabelecimento de limites e ajuda na expressão de pensamentos e sentimentos.

Enquanto uma medida que busca alívio da ansiedade, o apoio deve ser oferecido aos pacientes nos momentos críticos em que esta manifestação se exacerba, ou seja, antes, durante e após as refeições e nos momentos de verificação de peso.

O estabelecimento de limites busca levar o cliente a modificar comportamentos prejudiciais a si e aos outros, bem como estabelecer padrões de comportamento mais maduros do ponto de vista psicológico. Portanto, deve ser usado principalmente quando são identificados comportamentos como o boicote às intervenções da equipe, nas situações de autopunição e quando ocorre desrespeito ao contrato firmado.

A ajuda na expressão de pensamentos e sentimentos é essencial durante todo o relacionamento com os pacientes. Ela deve ser desenvolvida por meio do uso de técnicas de comunicação terapêutica, como "Saber dizer não", "Repetir comentários", "Deixar frases em aberto", "Ouvir em silêncio", entre outras. As situações nas quais elas se mostram imprescindíveis são aquelas em que se identificam falta de autocontrole, falta de diferenciação entre emoção e fome e nos momentos em que o sentimento de culpa pela ingestão de algum alimento tortura o paciente.

O objetivo da assistência de enfermagem é maximizar as interações positivas da pessoa com seu ambiente, promover seu nível de bem-estar e intensificar seu grau de autonomia.

Por meio do uso do processo de enfermagem, a enfermeira consegue promover e manter o comportamento do paciente de forma que contribua para seu funcionamento integrado. Esta é a essência do processo terapêutico em enfermagem em saúde mental. Ele valida a autonomia do indivíduo e sua liberdade para tomar decisões com relação a seus próprios objetivos e de estar envolvido em seu próprio cuidado. Daí a importância de sua utilização na assistência de enfermagem a clientes com distúrbios alimentares.

GRANDO; ROLIM (1999), baseadas em KRUPNICK; WADE (1993), STUART; SUNDEEN (1995), determinam para os distúrbios alimentares, anorexia nervosa e bulimia nervosa, alguns diagnósticos de enfermagem essenciais, quais sejam: **I** - Nutrição alterada, **II** - Distúrbio da imagem corporal, **III** - Sistema familiar disfuncional, **IV** - Pouco conhecimento sobre nutrição e transtornos alimentares, **V** - Interação social prejudicada e **VI** - Potencial para injúria.

Ainda com base nos autores citados anteriormente e tendo como intuito subsidiar com dados da literatura a discussão proposta acerca da qualidade do processo de cuidar dessas pessoas, resumidamente apresentamos as principais intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos citados acima.

I - Nutrição alterada pelo não atendimento das necessidades que o corpo requer, causada pela recusa alimentar, atividades purgativas e exercício físico excessivo.

Ações sugeridas:

1. Estabelecer com o paciente e com a equipe multidisciplinar o peso "alvo" (90% do peso corporal ideal, ou seja, índice de massa corpórea igual ou superior a 19, (sendo que IMC igual ao peso dividido pela altura ao quadrado) e determinar as calorias necessárias para nutrição adequada.
2. Firmar contrato de aceitação mútua com o paciente para atingir esta meta.
3. Estabelecer um programa de atividades apropriadas onde são incluídos:
 - Verificação de peso diário, observando que mantenha a mesma quantidade de roupas e inspecionar com a finalidade de verificar a possível presença de objetos que elevem o peso artificialmente;
 - Acompanhar o cliente nos momentos da alimentação e evitar que esconda e distribua seus alimentos;
 - Planejar e supervisionar as atividades físicas;
 - Verificar controle hídrico (líquidos ingeridos e eliminados) e sinais vitais (T, P, R, PA).
4. Assegurar ao paciente que não é desejável um aumento rápido de peso e orientar que o ganho deve ser lento e constante até atingir o peso "alvo".
5. Explorar medo de ganhar peso, oferecer apoio e tranquilização. Ensiná-lo a buscar ajuda e usar técnicas de relaxamento quando sentir necessidade de vomitar ou de usar laxantes.
6. Encorajar a participar de grupos, a esclarecer dúvidas e expressar pensamentos e sentimentos.

II - Distúrbio da Imagem Corporal, observado pela supervalorização da aparência física.

Ações sugeridas:

1. Evitar discutir e comentar sobre o ganho de peso.
2. Pedir para o paciente identificar a forma e número de manequim ideal e pontuar os pontos positivos.
3. Reconhecer e discutir os valores familiares, culturais, crenças e estereótipos que dizem respeito à magreza e atratividade.

III - Sistema familiar disfuncional evidenciado por um senso de perfeccionismo invasivo e superprotetor.

Ações sugeridas:

1. Explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família.
2. Discutir com o paciente e a família as funções, papéis e limites adequados, bem como formas de comunicação mais efetivas. Identificar as regras dentro da família que reforçam o comportamento inadequado do paciente e, juntamente com a família, buscar mecanismos para adequá-las.
3. Ajudar o paciente a desenvolver habilidades na resolução de problemas e proporcionar condições para que teste os resultados.
4. Realizar ou encaminhar para grupos de terapia de família ou de psicodrama familiar.

IV - Pouco conhecimento sobre nutrição e transtornos alimentares.

Ações sugeridas:

1. Colaborar com a nutricionista para que o paciente e a família adquiram conhecimento sobre nutrição, calorias, valores dos alimentos,

dieta balanceada e alimentos que promovam função intestinal normal, ressaltando a importância das fibras.

2. Permitir e encorajar o paciente a preparar cardápio normal balanceado.

V - Interação social prejudicada decorrente de medo de rejeição e preocupação com comportamentos ou rituais alimentares.

Ações sugeridas

1. Em grupo ou individualmente, promover comunicação interpessoal e socialização para o desenvolvimento de habilidades nos relacionamentos.

2. Identificar e promover lazer e atividades que gratifiquem o paciente.

VI - Potencial para injúria conseqüente a auto-agressão, exercícios físicos intensos e comportamento potencialmente perigoso.

Ações sugeridas

1. Esclarecer sobre os danos do impacto físico causado pelos exercícios intensos.

2. Estabelecer com o paciente e equipe multidisciplinar um plano de atividades apropriado e monitorá-lo.

3. Ajudá-lo a desenvolver atividades diversificadas que possa realizar quando sentir necessidade de exercícios físicos intensos.

Como resultados esperados e condições para alta, o cliente, a família, ou ambos, devem estar aptos quando: demonstrar conhecimento sobre as causas e efeitos dos transtornos alimentares; demonstrar disposição para participar do tratamento; manter ingestão

alimentar adequada; verbalizar uma imagem corporal mais realística; demonstrar redução de comportamentos auto-destrutivos; demonstrar habilidades de socialização; compreender o momento adequado (quando, onde e como) de busca de ajuda profissional.

Compreendemos que o tratamento não se encerra com a alta hospitalar; ele se mantém, de forma estruturada com o paciente em ambulatório ou em outra instituição extra-hospitalar. A atenção deve estar voltada para paciente e família, sempre, lembrando-se de que ambos necessitam de ajuda e que o restabelecimento completo poderá levar muito tempo, sendo comuns as recaídas, o que exige constante atenção por parte de toda equipe multidisciplinar.

O objetivo final do tratamento será alcançado quando o paciente atingir um grau de maturidade que lhe permitirá identificar suas potencialidades, manter um relacionamento interpessoal com amigos e familiares, e, também, quando o alimento e o peso deixarem de ocupar tanto espaço em sua vida. Dessa maneira, essa pessoa poderá finalmente alcançar uma maneira confortável e realista de estar no mundo (LAWRENCE, 1991).

REVISÃO DE LITERATURA

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

Elegemos a teoria das representações sociais enquanto suporte teórico desse trabalho por considerarmos o referencial mais apropriado para desvendar como os profissionais de enfermagem apreendem o indivíduo portador de transtorno alimentar e, em função dessa representação, como se organizam e orientam suas ações na prática cotidiana.

Segundo SALLES (1991), essa teoria permite perceber como os indivíduos assimilam sua estrutura social na qual se integram suas experiências, valores, idéias, preconceitos, ou seja, a relação que estabelecem entre o homem e o meio; as explicações que ele dá para sua realidade estão de acordo com o que percebe na sua vida cotidiana, no seu dia-a-dia. Portanto, o pensamento cotidiano é a base de suas representações.

O conceito das representações sociais foi resgatado e introduzido na psicologia social na década de 60 por Serge Moscovici, um psicólogo social contemporâneo, da escola construtivista francesa. Ele retomou o conceito de representação coletiva de Durkheim, para quem qualquer tentativa de explicação psicológica dos fatos sociais constituiria um erro grosseiro, e desenvolveu a teoria das representações sociais. Na sua visão, as representações são uma mistura de conceitos, imagens e percepções originadas no cotidiano (SPINK, 1993).

A teoria das Representações Sociais "dizem respeito aos conteúdos do pensamento cotidiano e ao suprimento de idéias que dá coerência às nossas crenças religiosas, às idéias políticas e às

conexões que criamos tão espontaneamente como respirar. Elas nos capacitam a classificar pessoas e objetos, a comparar e explicar comportamentos e os objetiva como parte do nosso cenário social" (MOSCOVICI, 1988). Assim, as representações sociais permitem que o homem perceba o significado dos acontecimentos que ocorrem em sua vida cotidiana.

Os meios de comunicação, com mensagens em propagandas, se utilizam de pesquisa do popular de acordo com as circunstâncias sociais que as cercam; as pessoas incorporam essas e outras mensagens ao seu saber e deixam-se influenciar no seu dia-a-dia (LEMOS, 1994).

Nos dias de hoje, as revistas, jornais e outros meios de comunicação de massa, abordam os padrões de beleza e determinam o modelo ideal de mulher; essa por sua vez assimila esses conceitos muitas vezes tão integralmente que acaba por adoecer, como muitas vezes acontece com pacientes com anorexia e bulimia nervosa. Para SALLES (1991), a vida cotidiana se caracteriza por ser espontânea, com atividades automáticas e sem reflexão, como não teórica e as representações que os indivíduos fazem da realidade lhes dirigem e orientam o seu comportamento, ainda que não sejam percebidas como formações ideológicas. Esse processo, a nosso ver, dirige e orienta a ação de pacientes com transtornos alimentares, assim como as ações dos profissionais de enfermagem.

"O estudo das representações sociais tem a finalidade de descrever e de compreender as práticas acerca de determinado objeto, através da fala dos sujeitos envolvidos, tentando desvendar o sistema de valores e significados dos sujeitos" (MACHADO, 1999).

Segundo SPINK (1989) "as representações sociais permitem explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico" e "a saúde / doença se constitui um campo fértil para os estudos sobre as representações". Para COZZI; CESCHIA (1988) o

senso comum é, na realidade, um saber participado por todos que se organiza segundo regras próprias.

Ainda segundo SPINK (1989), as representações são essencialmente dinâmicas; são produtos de determinações tanto histórica como do aqui-e-agora e construções que têm uma função de orientação: conhecimentos sociais que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social – o seu modo de ser particular, produto do seu ser social.

GIL (1998) afirma que a emergência da representação social se processa mediante os mecanismos de *ancoragem* e de *objetivação*. Envolve a *memória*, a *linguagem*, e o *elemento social*, como seus determinantes. E integra o *conceitual* e o *imaginário*, como seus componentes.

MOSCOVICI (1978) descreveu esses dois processos envolvidos na formação das representações sociais que permitem a sua compreensão. A *ancoragem* significa estabelecer uma conexão entre o que é estranho, desconhecido e o que é familiar, possibilitando atribuir significados. A *objetivação* compreende a concretização das imagens, isto é, a materialização das idéias e dos conceitos abstratos tornando-os perceptíveis; é através dela que novas realidades são criadas. É graças à articulação dialética entre a ancoragem e a objetivação que as representações sociais cumprem suas funções, consideradas fundamentais para incorporar o novo, interpretar a realidade e orientar os comportamentos.

BOARINI (1983) considera que "observando, analisando suas próprias observações, experienciando as situações, conhecendo as experiências de outrem, recebendo, buscando ou oferecendo estímulos, o ser humano vai representando o mundo que o cerca".

Considerando que as pessoas começam a representar não pela atividade de refletir apenas, mas pelo processo de

comunicação e interação (ROLIM, 1993) e que a forma como os membros da equipe de enfermagem vivenciam o cotidiano da relação dos indivíduos com transtornos alimentares é que determinam a representação que têm acerca desse fenômeno, elegemos essa equipe como sujeitos desse estudo por se constituir parte de um grupo específico que compartilha o processo de cuidar dessas pessoas.

Há que se ressaltar, aqui, como atributo importante da representação social, salientado por KANAANE (1989), que a prática social do sujeito é elemento fundamental no processo de sua construção e, neste caso a representação tende a refletir as normas institucionais, decorrentes da posição que o indivíduo ocupa, tendo como embasamento as ideologias associadas ao lugar que ocupa. Refletir sobre como essas representações interferem na relação interpessoal que estabelecem com o cliente e, conseqüentemente, no cuidado prestado, será algo que permeará todo o estudo.

Concluimos pois que o referencial teórico-metodológico das representações sociais nos permitirá compreender o significado da prática cotidiana dos profissionais de enfermagem.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

4 - ABORDAGEM METODOLÓGICA

Natureza do Estudo

Buscamos uma abordagem metodológica que nos permitisse estabelecer uma articulação entre nosso objeto de estudo, o referencial teórico e o método e, com isso, ampliar o conhecimento acerca do processo de cuidar de indivíduos com transtornos alimentares, através da compreensão do significado da ação dos sujeitos deste estudo.

Consideramos que a pesquisa qualitativa configura-se como a mais pertinente para nosso estudo uma vez que, segundo MINAYO (1989), ela não se preocupa em quantificar, mas em lograr explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum.

O que pretendemos não é enumerar e/ou medir eventos, portanto, não empregaremos instrumental estatístico na análise dos dados, mas, partimos de questões e focos de interesses mais amplos. De acordo com GODOY (1995), a pesquisa qualitativa é a mais apropriada quando envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

Ressaltamos aqui, o que MECLER et al. (1996) afirmam quanto ao campo da saúde mental, ou seja: “toda vez que se deve deparar com emoções, sentimentos, pensamentos, enfim, qualquer vivência, não se pode prescindir dos estudos qualitativos. Todo conteúdo da vida mental, bem como os aspectos formais de que se reveste, não podem ser apreendidos senão como qualidades”.

Além disso, “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1998).

Para essa mesma autora, “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não captável em equações, médias e estatísticas”.

Ressaltamos ainda que nosso interesse nesse trabalho é investigar os fenômenos manifestos nas atividades e interações diárias de nossos sujeitos do estudo, durante todo processo em que esses fatos se dão. Por isso, nos apropriamos da fala de GODOY (1995) que diz: “não é possível compreender o comportamento humano sem a compreensão do quadro referencial (estrutura) dentro do qual os indivíduos interpretam seus pensamentos, sentimentos e ações”.

É com base nesses conceitos que pretendemos compreender e explicar a dinâmica dos profissionais de enfermagem; suas crenças, seus valores, suas atitudes e seus hábitos, em face de suas vivências, experiências no cotidiano com o indivíduo portador de transtorno alimentar. Acreditamos que suas ações estão intrinsecamente relacionadas com a forma de pensar e sentir em relação a esses transtornos.

Local do Estudo

Esta pesquisa foi realizada no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo onde estão em atividade duas enfermarias que atendem pacientes com anorexia e bulimia nervosa. A primeira se constitui numa enfermaria especializada no atendimento de pacientes adultos (mais de 17 anos) com distúrbios alimentares e que atende também um percentual de pacientes idosos. A segunda, uma unidade infantil e de adolescentes, atende pacientes até 17 anos, portadores das mais diversas patologias psiquiátricas incluindo anoréxicos e bulímicos.

Nas duas enfermarias, o cuidado dos pacientes portadores desses transtornos é realizado por uma equipe multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos.

Os objetivos do atendimento prestado aos clientes internados com transtornos alimentares constituem-se em melhorar as complicações clínicas, restabelecer o peso “alvo” e um padrão alimentar normal, readquirir o autocontrole, melhorar a auto-estima e os sintomas depressivos, e, principalmente, em restituir a sua capacidade de convívio em sociedade melhor preparado, tanto física quanto psiquicamente.

A enfermaria mista, segue um programa de fases, variando de 0 a 4, como é resumidamente mostrado a seguir.

Fase 0 (zero) - determinação de peso alvo que corresponde a 95% do IMC. A paciente deve comer espontaneamente 100% da dieta, seguir todas as instruções, participar dos grupos terapêuticos e completar o diário alimentar. Não é permitido fazer

exercícios e deve permanecer por uma hora em observação após as refeições.

Fase 1 (um) - deve ficar por 45 minutos em observação após as refeições, pode andar por 10 minutos ao dia, deve manter o ganho de peso e obter 85% do peso alvo.

Fase 2 (dois) - deve ficar por 30 minutos em observação após as refeições, pode andar por 20 minutos ao dia, deve manter o ganho de peso e atingir o peso alvo.

Fase 3 (três) - deve ficar por 30 minutos em observação após as refeições, pode andar por 30 minutos ao dia, deve manter o peso alvo e comer adequadamente.

Fase 4 (quatro) - preparo de cardápios e alta hospitalar.

Enfim, é esperado da equipe de enfermagem que ela seja responsável pelo cuidado do cliente, na orientação e supervisão, para que ele cumpra as etapas do tratamento.

Trata-se de um hospital que tem por finalidade a assistência, o ensino e a pesquisa; portanto, reúne em seu quadro de pessoal profissionais especializados no assunto. Sendo um hospital de ensino e pesquisa, a divulgação do conhecimento se dá permanentemente através de cursos, palestras e na prática clínica, no trabalho cotidiano. É, portanto, um local onde a veiculação do conhecimento científico se insere à prática diária, favorecendo a formação das representações sociais dos sujeitos em questão através dessa imbricação do conhecimento científico com o do senso comum; universo “reificado” e consensual.

Os profissionais das diversas categorias são admitidos através de concurso público. Em geral, para trabalhar no hospital, passam por um período de treinamento e são distribuídos para as enfermarias de acordo com a prioridade do momento e podem ser re-

alocados de um setor para outro, muito embora haja uma preocupação de se formar equipes fixas, respeitando, sempre que possível, a preferência do profissional.

Periodicamente, cursos de reciclagem e educação continuada são realizados, muitas vezes após a identificação das prioridades e das necessidades da população. Em outros momentos, são oferecidos cursos de extensão específicos para cada uma das categorias de enfermagem. Para a sua efetivação, esses cursos contam com a colaboração de profissionais da equipe multidisciplinar como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros.

Sujeitos

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os profissionais que integram a equipe de enfermagem, quais sejam, enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliares de enfermagem, de ambos os sexos, envolvidos diretamente no cuidado de pacientes com transtornos alimentares.

Para melhor caracterização desses sujeitos foi feito, por meio do instrumento de coleta de dados (**ANEXO I**), levantamento quanto a: tempo de formado, de trabalho na instituição, experiência anterior em psiquiatria, experiência com transtorno alimentar, treinamento específico, nível de escolaridade e sexo.

O quadro total de profissionais de enfermagem alocados nas duas enfermarias é composto por 6 enfermeiros, 1 técnico, 11 auxiliares e 4 atendentes. Esses profissionais estão distribuídos em três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite.

Tivemos o cuidado de entrevistar pelo menos um sujeito de cada uma dessas categorias, exceto a categoria dos atendentes

que, já no período de coleta de dados, não prestavam cuidado direto aos pacientes. Para a delimitação numérica dos sujeitos, optamos por efetuar entrevistas até que no transcorrer delas, fomos percebendo que os temas enfocados se repetiam.

Realizamos entrevistas com seis enfermeiros, um técnico de enfermagem que atua na mesma função dos auxiliares de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem, por considerarmos que essas categorias realizam atividades distintas e complementares no atendimento dos pacientes. No total, foram entrevistadas doze pessoas de turnos variados. Essa seleção mostrou-se adequada, visto que foi possível coletar nesse conjunto, as idéias, sentimentos, percepções, conhecimento, opinião, atitude, ou seja, representações dos sujeitos acerca dos transtornos alimentares, não havendo necessidade de novos entrevistados.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 1998 a março de 1999.

Consideramos fundamental ir ao campo com questões claramente formuladas que nos orientassem o quê explorar e o quê perguntar; para isso, elaboramos um instrumento (**ANEXO I**) contendo dados de identificação e questões norteadoras. Inicialmente, o instrumento que orientou a entrevista para a coleta de dados foi aplicado a um profissional de enfermagem, atuante em outro setor do hospital, com a finalidade de verificarmos a clareza e coerência com o problema estudado. Após a aplicação, fizemos as correções necessárias.

Uma autorização foi solicitada junto ao órgão competente na instituição para as entrevistas com os diversos profissionais de enfermagem, respeitando rigorosamente as normas éticas. A aprovação do projeto de pesquisa, bem como do Termo de Consentimento Pós-informação concedida pela “Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa”, encontram-se no **ANEXO II**.

No momento da entrevista, as questões foram formuladas, individualmente, aos doze sujeitos e o discurso expresso anotado com a finalidade de viabilizar a análise de conteúdo, tomando-se o cuidado de preservar as expressões usadas pelo entrevistado para que o sentido original atribuído por ele não fosse alterado.

A cada um dos entrevistados expusemos os objetivos do estudo e solicitamos o consentimento informado para a participação, deixando que decidissem livremente pela mesma e, sempre foi sublinhado o caráter sigiloso do conteúdo das entrevistas e a possibilidade de desistência da participação em qualquer momento da pesquisa.

Após aquiescência desses, verificamos o melhor horário e local para a realização das entrevistas, salvaguardamos o anonimato dos entrevistados, sendo seus nomes substituídos por códigos para fim de apresentação dos dados. Chamou-nos a atenção, o interesse e a disposição por parte dos sujeitos em participar das entrevistas, percebidos através da preocupação demonstrada em responder a tudo, com clareza e muitas vezes com grande carga emocional. Com essa vivência junto aos sujeitos, pudemos identificar como as idéias, os sentimentos e as ações estão interligados e não podem ser dissociados.

Foi muito gratificante o fato de que nenhuma das pessoas convidadas negou-se a participar do estudo e a dar as entrevistas.

Quem finalizava as entrevistas e quem determinava o tempo era o próprio depoente. Os depoimentos duraram em média 40 minutos cada um. Algumas questões eram deixadas para o final, a pedido de alguns dos sujeitos e retomávamos até que todas as questões fossem respondidas.

A sistematização e análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base em MINAYO (1989), que sugere como uma das formas de tratamento do material a técnica de análise de conteúdo, por ser uma das “formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre saúde”, especialmente àqueles dados que se referem às representações sociais.

NARCHI (1999), afirma que “a análise de conteúdo visa fazer inferências sobre o que foi dito”; essas deduções devem ser feitas com base na globalidade do texto e guardar íntima relação com o referencial usado e que os “resultados obtidos podem variar, dependendo do olhar do pesquisador e do tipo de pesquisa realizada”.

No estudo das representações sociais, a análise de conteúdo tem sido comumente empregada para analisar o material discursivo. Segundo BARDIN (1994), significa mais do que um procedimento técnico. Esse autor refere-se “à análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Segundo GOMES (1998), atualmente podemos destacar duas funções na aplicação nessa técnica; uma se refere à verificação

de hipóteses e/ou questões onde podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também confirmar ou não as afirmações estabelecidas (hipóteses) e a outra diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Afirma também que “essas duas funções podem, na prática, se complementar”.

Assim, a análise de conteúdo permite, de forma sistematizada, a realização de análises que conduzem a descrições objetivas das comunicações e que, também, seja realizada uma aprofundada compreensão dos significados dos conteúdos expressos pelos autores dos discursos.

Conforme foi descrito anteriormente, a teoria das representações sociais é uma teoria do saber cotidiano e parte do pressuposto de que o conhecimento é socialmente elaborado e compartilhado, tem o objetivo prático de contribuir para a construção de uma realidade comum a um determinado grupo social, possibilitando a comunicação e a ação conjunta.

Consideramos interessante saber até que ponto a convivência formal com pacientes com transtornos alimentares, em uma instituição hospitalar voltada não só para a assistência como também para o ensino e a pesquisa, torna o pessoal de enfermagem mais sensível à incorporação de determinados saberes científicos e como se dá essa incorporação no conhecimento do senso comum. Enfatizamos que para isso nos apropriamos das concepções de MOSCOVICI (1978) e com base nessas concepções é que realizamos a análise dos fenômenos

Dentre as várias técnicas pertinentes à análise de conteúdo, optamos neste estudo pela análise temática por acreditarmos ser a mais adequada nesta investigação. Segundo GOMES (1998), o tema se refere a uma unidade maior em torno da qual tiramos uma conclusão. Para BARDIN (1994), tema é toda

unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo os critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

Para FRANCO (1986), a análise temática é a mais apropriada quando se realizam estudos sobre valores, atitudes e opiniões, sendo o tema uma afirmação sobre um determinado assunto, que no caso presente mostrou-se pelas representações acerca dos indivíduos com transtornos alimentares.

Tendo em mãos os conteúdos levantados através das entrevistas junto aos enfermeiros, técnico e auxiliares de enfermagem, procedemos à organização desse material e sua análise.

Segundo GOMES (1998), vários autores estudam a técnica de análise de conteúdo, como Bardin (1977), Franco (1986), Richrdson et al. (1985), Triviños (1987) e Minayo (1992). Optamos por seguir as três etapas propostas por ele: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- Pré-análise: em que organizamos o material e sistematizamos as idéias. Para isso, fizemos uma leitura vertical das entrevistas, buscando conhecer estruturas, orientações para a análise e impressões sobre a mensagem contida nos discursos expressos e grifamos tudo o que chamava nossa atenção. Nesse primeiro momento procuramos buscar compreender os primeiros significados dos discursos.

- Exploração do material: fase em que realizamos a leitura exaustiva e orientada do material com escolha dos discursos que enunciavam avaliação.

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: fase em que procuramos desvelar o que estava por trás dos conteúdos manifestos; portanto, nessa fase final os resultados foram agrupados

em unidades temáticas de significação que, pelas semelhanças de seu conteúdo, mostram núcleos de pensamento. As unidades temáticas iniciais incluíram sintomas físicos (magreza, complicações físicas), sintomas psíquicos (distúrbio da imagem corporal, comportamento manipulativo, características de personalidade), demandas psicossociais, a adolescência e a incurabilidade e, o segundo núcleo, incluiu temas como controle / limite, a escuta, o vínculo de confiança, outros cuidados técnicos e o cuidar individualizado.

Da associação destes núcleos emergiram categorias que, segundo Kant, se constituem no conjunto dos conceitos fundamentais do entendimento (FERREIRA, 1975) e que, por sua vez, são formas estruturantes e estruturadas de apreensão do mundo externo, ou seja, o conjunto final refletiu as representações sociais dos profissionais acerca da anorexia e bulimia nervosa dos indivíduos portadores desses transtornos.

As etapas de análise processadas até então, possibilitaram chegar às seguintes categorias: **“A Construção do Conhecimento”**, onde buscamos apreender a forma de pensar dos sujeitos desse estudo, referentes à anorexia e bulimia nervosa e **“O Campo das Ações/Sentimentos”**, onde o agir e o sentir desses sujeitos foram expressos.

Essas categorias foram elaboradas com a finalidade de compreendermos o modo de pensar, sentir e agir de nossos sujeitos, mas reconhecemos a imbricação desses fatores e concordamos com SAWAIA (1994) quando afirma que “representação social, atividade e afetividade são elementos de um mesmo processo – de orientação da relação com o mundo e com os outros”.

As categorias definidas, pois, nesta pesquisa, foram:

1 . A construção do conhecimento

2 . O campo das ações / sentimentos

Concordamos com OLIVEIRA (1988) e ROLIM (1993) quando dizem que outro pesquisador poderia chegar a uma codificação diferente para os mesmos discursos, dando nomes diversos aos núcleos de pensamento que encontrasse, agrupando-os de modo distinto, compondo outras categorias, assim como os sujeitos não voltariam a produzir discurso idêntico dada à dinâmica do pensamento.

Cabe ressaltar que os dados foram analisados em conjunto uma vez que não foram encontradas diferenças marcantes entre os dados coletados com os enfermeiros, o técnico e os auxiliares de enfermagem e nem mesmo pelo fato de pertencerem a enfermarias diferentes. Nesse aspecto, esse dado não nos surpreende pois, na grande maioria das escolas de enfermagem, em nível de graduação, o conteúdo pertinente aos transtornos alimentares não chega a ser abordado, dada a sua especificidade dentro de uma disciplina de enfermagem psiquiátrica. Além disso, a maioria das enfermeiras entrevistadas estão formadas há mais de 5 anos, não possuem curso de especialização na área e esse assunto se faz mais presente nos últimos anos, como já dissemos anteriormente.

OS SUJEITOS E SUAS REPRESENTAÇÕES

5 - OS SUJEITOS E SUAS REPRESENTAÇÕES

Perfil dos entrevistados

Os resultados dos dados coletados referentes ao perfil dos 12 profissionais de enfermagem do estudo são apresentados no ANEXO III e, em resumo, observamos que:

- a maioria dos profissionais era do sexo feminino, dez mulheres e dois homens.

- a metade tem terceiro grau completo, são enfermeiros, estão formados há um período que varia de cinco a vinte e três anos, trabalham com pacientes portadores de transtornos alimentares por um período que varia de dois meses a dezoito anos e estão na instituição há pelo menos um ano e dois meses e no máximo vinte e seis anos.

- a outra metade é constituída por cinco auxiliares e um técnico de enfermagem, mas que exerce a mesma função dos auxiliares de enfermagem na instituição. Quatro deles têm o primeiro grau completo, estão formados há um período que varia de cinco a vinte anos, trabalham com pacientes com transtornos alimentares por um período variável de três à dezessete anos e exercem atividade na instituição há um tempo que vai de quatro a vinte e dois anos.

- cinco dos sujeitos disseram que não tinham experiência anterior em psiquiatria; os demais relataram um período de até quatro anos de experiência na área.

Todos os sujeitos informaram que não receberam treinamento específico para trabalharem com pacientes com transtornos alimentares. Relataram que foram aprendendo a “lidar” com os pacientes conforme as dificuldades iam surgindo no dia-a-dia.

Cinco enfermeiros disseram que sentiram falta de preparo para o trabalho e justificam isso ao fato de que o tema é muito abrangente e que as condutas mudam com frequência. Um dos enfermeiros ressaltou a importância de se ter uma formação anterior.

1 . A construção do conhecimento

Esta primeira categoria é descrita segundo a compreensão que tivemos de como esse conhecimento foi construído pelos sujeitos acerca dos transtornos alimentares e dos indivíduos portadores dos mesmos. Pode-se perceber nela as formas de conhecimento dos universos consensual e reificado, isto é, a imbricação entre o senso comum e o conhecimento científico, e as ancoragens nas quais são construídas as representações.

Segundo ROSA (1987), “as representações sociais precisam ser entendidas como um modo particular de adquirir conhecimento e comunicar aquele que já foi adquirido. A maior parte dos objetos, conceitos, analogias que se impõem ao nosso entendimento, nos dias de hoje, é produto de pesquisa científica. Constituem uma massa enorme de conhecimento que nos dizem respeito, mas que não estão ligados à nossa experiência direta. Pensamos e vemos por procuração. Grupos competentes são encarregados de obtê-los e transmiti-los. Temos que elaborar um novo senso comum a partir de elementos provenientes de um universo do qual não participamos, que não são as do nosso universo cotidiano. Este é o universo das representações sociais, o universo consensual. O da ciência, que nos diz respeito, é um universo reificado.”

Conforme discutido em capítulos anteriores, procuramos acessar as representações dos profissionais da equipe de enfermagem acerca dos transtornos alimentares, na busca de elementos particulares que pudessem deixar transparecer como essas representações são construídas e como influenciam as ações que desenvolvem no processo de cuidar desses indivíduos.

Esses elementos nos permitem identificar aspectos importantes dessa população, as representações e, conseqüentemente, uma forma singular de cuidar, ancorados em conhecimentos prévios, já estabelecidos e oriundos de diversas fontes teóricas, de sua prática diária, mais ou menos intensa, em conceitos e pré-conceitos sociais, estigmatizantes em maior ou menor grau, em crenças e vivências pessoais.

O conteúdo das entrevistas revela que a maioria dos entrevistados mostra no seu discurso a identificação de um quadro clínico específico; esta compreensão é relatada por meio da descrição objetiva de comportamentos do indivíduo e seus respectivos **sintomas físicos e psíquicos**, como podemos perceber nas falas a seguir:

“A anorexia é uma patologia onde a pessoa deixa de se alimentar, ou seja, fazendo jejuns prolongados, ou faz uso de laxantes, moderadores de apetite e diuréticos, levando a um baixo peso e a complicações clínicas. Tem os tipos restritivo e bulímico.” S. 3

“A bulimia é uma patologia onde a pessoa tem uma compulsão alimentar e provoca vômito..., tem dificuldade em alimentar-se, apresenta queixas constantes de obstipação intestinal, tem amenorréia, são resistentes ao tratamento, não se consideram doentes. Têm rituais durante a alimentação. Têm uma infinidade de coisas...” S. 3

“É emagrecida, com a fisionomia de mais idade, envelhecida. Elas ficam parecendo, quando sem roupas, umas caveirinhas, mesmo!!! Dá prá contar até as costelas... Quando estão mal, têm a fisionomia fechada, emburrada mesmo..., com pouco contato.” S. 12

De acordo com LAWRENCE (1991), “na mente de alguns clínicos, parece haver ainda dúvida sobre se a anorexia é um distúrbio físico ou psicológico. Em certos aspectos, é compreensível essa confusão. A anorexia, talvez mais que qualquer outro problema psicológico, tem conseqüências físicas tão dramáticas e fatais que as pessoas que tratam das anoréxicas, sejam quais forem suas crenças teóricas, dificilmente conseguem ver além dos perigos físicos imediatos. Essas confusões e ansiedades são contudo perigosas. O que a mulher

anoréxica precisa é ser compreendida; ser profunda e minuciosamente compreendida”.

Podemos perceber nas falas seguintes essa dúvida quanto a definir os transtornos alimentares como **distúrbio físico, psíquico ou da ordem do social**.

“Eu acho que o transtorno alimentar, tanto uma como a outra, é psíquico. Ela coloca isso na cabeça...ela se descontrola... É uma psicose..., põe aquilo na cabeça e, ou come demais ou entra na anorexia. Ela começa a provocar o vômito para perder o peso. Come e começa a vomitar. A bulimia é quando começa a comer em exagero e passa a provocar vômitos. É quase o mesmo da anorexia, só que come compulsivamente, começa a se achar gorda, começa a provocar vômitos, tomar laxantes, remédios para emagrecer e acaba vindo ficar internada também.” S. 4

“Tem gente que fala para mim que é frescura; mas eu consigo entender muito bem; mas eu acho que para a paciente é muito angustiante. Ela fica num conflito muito grande entre ela, a comida e seu corpo. Dá para entender que é uma doença e muito grave, porque as pessoas, não só os leigos, podem achar que é uma coisa de modismo, que as meninas querem ser modelo, mas que eu acho que não, porque vem uma paciente que vem de uma fazenda, vem lá dos confins e não há essa preocupação e ela apresenta as mesmas dificuldades das moças das grandes metrópoles.” S. 5

“Anorexia é um transtorno alimentar, que prá mim é psíquico”. S.7

Na maneira de perceberem o transtorno, notamos que, muitas vezes, os depoentes demonstram acreditar que se trata de uma condição temporária. Relatam como se fosse um período transitório na vida do indivíduo, uma situação em que ele perdeu o controle de seu comportamento, passou a ter uma **distorção da imagem corporal**, e que isso tudo depende dele e cabe a ele sair dessa situação, como revelam as seguintes falas:

“A anorexia é um transtorno alimentar em que a pessoa, principalmente mulher, tem uma imagem distorcida de sua própria pessoa física e não quer saber de se alimentar. A bulimia é aquela fase, não sei se é devido à ansiedade, em que a pessoa come exageradamente, após sentindo-se mal com ela mesma, sente náuseas e põe tudo prá fora..., ou então, passa por períodos em que come exageradamente e outros em que não come.” S. 2

“A anorexia é um distúrbio alimentar. Na anorexia tem o distúrbio da imagem corporal, características físicas da pessoa, tem o peso bem abaixo do padronizado normal. A bulimia é um distúrbio alimentar. Ela não só deixa de se alimentar, ela tem o hábito de provocar vômito para perder peso. Fica se culpando pelo fato de ter se alimentado. Também tem a preocupação de manter o peso abaixo do normal”. S. 8

“Acho que esse pessoal que cultua muito o corpo, começa como uma bola de neve, começa a exagerar, exagerar, e perde o limite, a noção.” S. 7

Um dos sujeitos fez referência de que se trata de uma auto-agressão; vejamos a fala:

“Bulimia também é um transtorno alimentar, psíquico e que, pra mim, é uma auto-agressão. O que mais chama a atenção é a auto-agressão, meio velada. Elas estão sempre bem, mas estão ali, veladas, se detonando, se auto-agredindo mesmo.” S. 7

Neste aspecto, HERSCOVICI (1997) assinala que “uma crença freqüente é que os transtornos da alimentação constituem uma conduta autodestrutiva. Com efeito, apesar de saber que podem causar danos à saúde, ao bem-estar geral, e, às vezes, até provocar a morte, fica-se perplexo ao descobrir que, na grande maioria dos casos, essa conduta tem a intenção de levar a pessoa a se sentir melhor consigo mesma, mais atraente ou em melhores condições para enfrentar uma condição difícil. Nesses casos, é evidente que a autodestrutividade é uma consequência e não o objetivo do transtorno alimentar.”

O fato da anorexia tornar-se visível através da magreza intensa faz com que os membros da equipe acreditem que é um quadro mais grave que a bulimia, já que essa pode passar despercebida durante muito tempo.

“Eu acho que a bulimia, apesar de ser grave, mas, pra mim, é um pouco diferente da anorexia. A anorexia não tratada leva o paciente à morte. Tem mais risco de morte que a bulimia. Porque têm pessoas que têm bulimia há anos e esconde, a anorexia não dá pra esconder, ela é visível... Hoje, conhecendo melhor as duas, lembro-me de amigas minhas da adolescência que tinham bulimia, mas que eu não sabia o que era.” S. 5

“Pra mim, eu acho que a bulimia funciona como uma máscara. É uma fuga que a pessoa tem, como não fica tão visível como a

anorexia, porque ela não fica caquética como a anorexia, ela consegue ir levando..., ir disfarçando..., até que ela seja descoberta". S. 5

"A bulimia é quando começa a comer em exagero e passa a provocar vômitos. É quase o mesmo da anorexia, só que come compulsivamente, começa a se achar gorda, começa a provocar vômitos, tomar laxantes, remédios para emagrecer e acaba vindo ficar internada também". S. 4

"A bulimia é também um transtorno alimentar que difere porque a paciente pode estar com peso normal e até acima, mas apresenta episódios de vômito e a preocupação dela é ingerir aquela quantidade quando sente aquela fome e depois vomitar. É diferente da anorética que se apresenta caquética." S. 6.

Para BUSSE (1999), "o traço comum entre anorexia nervosa e bulimia nervosa é, sem sombra de dúvida, o medo de engordar que ambas manifestam; mas cabe salientar que mesmo esse sintoma é mais pronunciado entre as anoréxicas, face à distorção de sua imagem corpórea, coisa que não ocorre com as bulímicas."

A distorção da imagem corporal, citada por muitos autores como um dos principais sintomas da anorexia (BUSSE, 1999; CASTILHO, 1999) é algo que surge na fala de vários depoentes e de forma bastante enfática.

"Eu encaro da seguinte forma. É aquele cidadão que não tem fome, acha que se comer aquela comida vai engordar..., mas o que encaixa na anorexia é o distúrbio da imagem corporal. A pessoa torna a vida dela..., só fala sobre isso..., dietas..., cria um hábito de estar se olhando no espelho, se pesando." S. 10

"Anoréticas são pessoas que têm aparência bem depressiva, têm a distorção da imagem corporal e a magreza, a desnutrição." S.1

"Na anorexia, apresenta distorção da imagem corporal. Elas têm uma preocupação constante em fazer os exercícios para manter a forma física. É uma paciente que está bastante emagrecida, que apesar do baixo peso continua se achando gorda ..." S. 3

"Preocupação excessiva com o físico, na anorexia. Preocupação em selecionar alimentos não calóricos, visão distorcida da imagem corporal ..., de se olhar no espelho..., se achar gorda... É extremamente magra, preocupada com alimentação, depressiva quando ganha peso, seletiva com os alimentos, preocupada com o aspecto físico e com o peso." S. 6

“Acho que a causa é psíquica, acho que colabora muito porque ela tem uma imagem distorcida dela.” S. 2

“... e que o que chama a atenção, prá mim, é a distorção da imagem corporal. É o que, prá mim, identifica a anorexia nervosa. Tem um culto ao corpo e à imagem; no caso de anorexia tem uma distorção importante da imagem corporal, são super perfeccionistas.” S. 7

Começa a surgir então nos depoimentos a questão da fase de início dos transtornos alimentares, **a adolescência**, considerada uma fase de crise de desenvolvimento do ser humano.

“Começa na adolescência (a anorexia). Ela é uma pessoa que se compara muito com as outras, mediante a característica física dela...” S. 2

“Geralmente são os adolescentes, já começa logo na adolescência, a colocar essas coisas na cabeça e começa a fazer todo esse comportamento do anorético. No começo a família acha que é normal, não come isso..., não come aquilo... É mais na adolescência... Geralmente, a pessoa com transtorno alimentar, por qualquer problema que possa surgir, passa a comer compulsivamente..., começa a aumentar o peso e começa a fazer coisas para perder peso... Eu acredito que no início seja mais por um problema emocional..., de nervoso... A fuga é com o alimento, começa a comer compulsivamente”. S. 4

“Começa mais na adolescência, mas tem casos que nunca tiveram problema nenhum e depois começaram a apresentar... É mais nessa fase da adolescência... Todas elas têm uma desculpa..., porque queria ser manequim, tem que ter o corpo magro e desencadeia a doença. Todas elas têm uma desculpa..., queria ir à Disney e não conseguiu e desencadeia. Como chama anorexia nervosa, pode ser um problema nervoso, começa a ficar doente. Acho que anorexia nervosa tem a ver com esse nervoso.”. S.12

“As adolescentes sofrem muito com essa cobrança de que o magro que é bonito..., o magro que é perfeito...” S. 7

Partindo do pensamento neopsicodinâmico, BRUCH (1982) descreve a anorexia nervosa primária e esclarece que não é que estas pacientes careçam de apetite, mas que restringem deliberadamente sua ingestão e provocam desgastes físicos, com o objetivo de que a extrema magreza as proteja do terror a engordar. Elas duvidam de sua capacidade de interpretar a sensação de fome e,

por isso, temem perder o controle sobre a ingestão. Deste modo, a função de comer é utilizada como uma pseudosolução para seus problemas de personalidade. Ou seja, apesar dos evidentes transtornos na conduta alimentar, a doença essencial não reside em um transtorno do apetite, mesmo quando as conseqüências psicológicas e fisiológicas da desnutrição ocupam um lugar tão relevante.

Para a autora, o transtorno psicológico vincula-se a déficits básicos no sentido do si mesmo, da identidade e do funcionamento autônomo; deste modo, teriam como corolário um transtorno do desenvolvimento. Estas pacientes, antes de adoecerem, costumam ser consideradas por seus familiares como especialmente boas, polidas e motivo de orgulho para seus pais. Com a aparição do quadro, a jovem dócil repentinamente se torna hostil, negativista e desconfiada, rechaçando qualquer tipo de cuidados que lhe dispensem.

Ainda segundo a autora, estas moças sentem que são vítimas, presas de satisfazer os desejos dos demais e carecem de espaço para os próprios. O transtorno da autopercepção faz com que duvidem ou confundam suas próprias sensações e sentimentos. Quanto a seu aspecto emagrecido, não apenas não o avaliam desse modo, como isso as deixa orgulhosas. Às vezes, inclusive, o próprio corpo lhes parece alheio, algumas vezes atribuindo sua propriedade aos pais. Mantêm uma disciplina férrea a respeito da comida, e isto as faz sentirem-se eficazes. A conduta de desafio que desenvolvem não é uma manifestação de fortaleza ou de independência, mas uma maneira de se defender do sentimento de carecer de uma personalidade definida, de sentirem-se incompetentes e impotentes.

Outras características importantes das pessoas anoréxicas e bulímicas são reveladas nas descrições feitas pelos sujeitos – a **necessidade de manipular, a insegurança, a carência**

afetiva, a necessidade de chamar a atenção e o baixo limiar à frustração.

"Tudo começa com a carência, a necessidade de mostrar que está ali, de chamar a atenção e as conseqüências que vem daí e transforma em doença mesmo." S.1

"Também é relacionada com a alimentação (bulimia), também envolvendo problemas, mas é o contrário, elas comem em exagero e como são vaidosas acabam provocando o vômito quando comem demais, para manter o corpo, o peso deles ideal." S. 1

"É uma pessoa desconfiada, insegura, medrosa e manipuladora e, no fundo, também carente, né... Ela burla muito o tratamento..., as regras... Ela tem um comportamento sedutor, manipulador, é extremamente carente". S. 5

"Elas gostam de manipular muito e, talvez, a mãe seja mais fácil de manipular. A manipulação está em primeiro plano com essas meninas". S.11

"São manipuladoras, muito manipuladoras..." S. 4

"Às vezes, eu debato com a C, pois vejo essa situação do mundo, pessoas passando fome, e elas aqui..., têm tudo, e ficam aí negando, falando que é ruim... Parece frescura... Eu falo prá elas..., coloco essa situação e elas não querem comer para não engordar. São poucas as pessoas que pensam assim como eu: tem tanta gente morrendo de fome e elas não querem comer..." S. 10

"São inseguras, observadoras, fazem muitas críticas e não aceitam ser contrariadas. Se acham ser as donas da verdade. Mentem muito". S. 9

Os sujeitos da pesquisa passam então a correlacionar essas características manipulativas e de falta de limites às dificuldades que enfrentam no relacionamento interpessoal.

"É essa E, que nós temos aqui, ela é problemática, briga com a enfermagem, com a nutrição... Esconde pacotes de biscoitos, adoçantes, briga por causa de café, briga nas horas das refeições porque escolhe os alimentos que quer comer. Quer comer doce, quer buscar doce... É o tempo todo brigando... Chega na hora da refeição, ela é a última a entrar no refeitório e ainda briga com a funcionária da nutrição que não quer aquela comida. Está o tempo todo manipulando... Já estive internada outras vezes, mas sempre manipuladora, questionando, arrumando confusão com a enfermagem. Se sai para as visitas externas, traz de tudo... Diz que vai comprar um vidro de nescafé para fazer café para ela..." S. 4

“A A., porque ela tem um transtorno de conduta, como por exemplo arrogância, sórdida... Eu tenho dificuldade de lidar com isso, eu colocava limite... Eu tenho que aceitar que ela é assim, não tinha jeito..., a ponto dela me ameaçar dentro da enfermaria...” S. 2

“Vou colocar a T., vou explicar porque... Era uma paciente que não colaborava com nada e estava para ter alta por não aderir ao tratamento. Na visita ela tentou jogar a família contra a equipe...” S. 2

Talvez seja devido a essas manifestações de comportamento que se relacionam a traços predominantemente de cunho histérico que, historicamente, nas primeiras descrições dessa patologia, surgem temas como “apepsia histérica”, “anorexia histérica” e “psicose histérica” (Gull; Lasègue, apud BUSSE, 1999), conforme descrevemos na revisão de literatura.

O que podemos perceber é que o padrão estético socialmente adotado também é uma questão relevante apontada.

Para CASTILHO (1999) as “definições consensualmente validadas e ligadas à cultura sobre o que vem a ser belo acabam por influenciar o modo pelo qual nos avaliamos fisicamente, determinando nossos comportamentos, posturas e atitudes no mundo”.

De forma análoga, Jodelet (1985) apud SANTOS (1996). afirma que “quanto aos significados de um corpo ideal, cada raça, cultura e sociedade os possuem de maneira variável conforme as idiossincrasias, filosofias, valores e idéias de cada época e as influências da subjetividade na re-elaboração e re-significação dos mesmos conceitos para cada sujeito, na construção da própria imagem corporal. Não se trata, portanto, simplesmente de reproduzir mas de construir e reconstruir, de modo signifiante”.

A mídia é apontada, então, pelos entrevistados como um fator determinante dos transtornos alimentares; ela impõe um padrão de beleza ideal, o magro, que é assumido pelas pacientes, família, enfim toda sociedade.

“...a todo momento ela está sendo colocada à prova por ela mesma e pela própria sociedade que já tem um padrão estabelecido de tipo físico”. S. 2

“A causa é social, porque além das pessoas se alimentarem de maneira inadequada ela se priva do que é saudável para estar sempre magro. Aqui também entram as questões dos exercícios, academias. A imagem que é passada, de estereótipo, de tipo físico é ser magro. Um exemplo disso é que todas as modelos são magras, com aspecto de doente, como as da FORUM”. S. 2.

“Elas começam com esse comportamento, inicialmente jejuns prolongados..., existe uma influência do meio (revistas, televisão)... Isso contribui, não é a causa principal. Acho que não tem antecedentes da família”. S. 6

Acreditam que as pessoas que têm acesso a muitas informações pertencem a um meio social específico. Ressaltam que é necessário avançar os estudos sobre o assunto.

“O nível social tem uma certa influência, principalmente pessoas que tem muitas informações para manter o corpo bonito”. S. 8

“É mais social, devido ao fato de grandes informações, rádio, TV, muitas pessoas bonitas, roupas que só tem mais para as pessoas mais magras. O que me intriga é o fato de ver duas garotas que vêm do sítio e não têm grandes informações. Acho que é uma coisa nova que necessita ser mais profunda”. S. 8

“Como aquela outra pergunta que você fez. O ambiente que ela vive. Hoje em dia tem muito essa coisa do padrão de beleza, de ficar magra, toda mulher se preocupa hoje... E tem essas revistas de moda que elas adoram... Mas isso eu acho que é consequência da doença... De querer se parecer com as modelos, as manequins...” S. 11

FREEDMAN (1994) afirma que a preocupação da mulher com a beleza “não é apenas uma questão pessoal e psicológica, mas também uma questão social”. Nesta nova era de libertação da mulher, ela permanece remodelando o corpo para se encaixar no ideal popular de beleza – pinçando, comprimindo, emagrecendo, colorindo e descobrindo o corpo para se sentirem atraentes e dignas de serem amadas. A mídia estimula essa obsessão pela aparência, comprimindo a beleza em algumas variações do *visual correto*; ela funciona como “uma espécie de espelho mágico que reflete o mundo idealizado” e, dessa forma, “apresenta a versão atual dos mitos clássicos”.

Ainda segundo a autora, “o mito de Narciso descreve uma antiga superstição grega de que olhar o próprio reflexo traz má sorte. Freud utilizou o termo narcisismo para descrever uma preocupação mórbida consigo mesmo ou com seu próprio corpo. Na verdade, os reflexos podem provocar desequilíbrios. Como Narciso, “pode-se ser tragado na busca inútil de uma imagem perfeita”. Aponta, ainda, que os espelhos desempenham importante papel na moldagem de uma imagem física; *eles estão para as imagens assim como a balança está para o peso; eles são invasivos e difíceis de ser ignorados; os reflexos exigem atenção e aumentam a consciência do eu; sensibilizam para a obsessão pela aparência e motivam a submissão aos padrões populares de beleza; dele sai uma voz dizendo para adotar a imagem certa e adaptar-se à sociedade, enfim, eles têm o poder de transformar uma mulher saudável em uma hipocondríaca dos cosméticos; tornando-a a seus próprios olhos um objeto de beleza.*

Para essa autora, atualmente, ao assumir novos papéis sociais e profissionais que a aproximam do modelo masculino, a mulher é invadida por profundos conflitos relativos aos conceitos de si mesma e de seu corpo.

Ainda nessa linha de pensamento ligado ao padrão estético, um fator desencadeante apontado pelos sujeitos diz respeito às profissões. Citam aquelas que impõem critérios, principalmente o baixo peso, para que se possa exercê-las, como as de manequins, de bailarinas, de atrizes e de jôqueis.

“As manequins, essas pessoas que lidam mais com a estética do corpo e crianças gordinhas, já começa na infância, os colegas colocam apelidos”. S.1

“A população mais suscetível é dos bailarinos, modelos, ‘jôqueis’ (aqueles que montam nas corridas) porque têm que ter um peso padrão”. S. 3

“Modelos, atrizes, essas pessoas que ficam em carreira artística”. S. 10

Diversos fatores são considerados de risco para desenvolver os transtornos alimentares; a carreira que requer um baixo peso como de modelo, ator, dançarino e jóquei, pessoas que sofreram abuso sexual, ou que vêm de famílias com história de transtorno afetivo ou alimentar, ou uso abusivo de substância; adolescentes com baixa auto-estima, ou que sentem que não têm controle, ou que têm dificuldade de expressar suas necessidades e emoções (MUSCARI,1998).

COELHO (1995), afirma que “a interiorização do mundo objetivo vai se dar através da transmissão de valores, normas, crenças, passadas pela família que irá produzindo e reproduzindo cultura e onde seus membros são educados para viver em determinado tipo de sociedade. Este será o primeiro espaço afetivo, cultural e social, expressando situações da vida cotidiana onde a identidade se dá a ver”.

A família se constitui, pois, em elemento importante na formação das representações acerca dos transtornos alimentares. Num primeiro momento o tema família surge de forma espontânea nos relatos, como um grupo social primário que faz cobranças e que, como elemento formador, tem participação na origem do distúrbio.

“Também tem os problemas familiares, com os namorados. Briga com o namorado e entra nesse quadro; briga conjugal...” S. 4

“O termo é que tem aquele pai ou mãe com frescura, que vai mimando... Só porque a criança engordou um pouco ficam, não eles, mas os tios, com aquelas piadinhas: você tá gordo ou você tá muito magro... E as crianças se impressionam fácil. Eu tenho um sobrinho que é assim. Depende um pouco da criança..., se ela tem a tendência..., é fraco (uma criança que tem uma certa tendência, problema...). Vai muito da conversa que se tem com a criança”. S.10

“Começa na infância, a família colabora muito”. S. 10

“As críticas da família, basta uma pessoa, dependendo do jeito que essa pessoa recebe essa crítica...” S.11

“Essa doença vem desde criança, dependendo do ambiente de onde vem. Certos pais cobram: você está muito gordo...Chegam a comprar inibidor de apetite. Porque a minha mãe fez isso com meu sobrinho, comprou ‘in natura’ prá ele”. S.11

“O comportamento dos pais que diz que não deve ser gorda, se alimentar exageradamente”. S. 6

HERSCOVICI (1997) assinala que não se sabe com certeza se os transtornos alimentares estão relacionados com uma predisposição genética ou simplesmente com a transmissão de crenças, atitudes e valores ao longo das gerações. Às vezes estas se apoiam em um problema de saúde e outras simplesmente em um critério estético ou então em uma disposição a responder a situações de estresse com variações de conduta alimentar. “É muito provável que na gestação de um transtorno alimentar se combinem alguns destes fatores, que se potenciam mutuamente”.

Esse autor aponta que “há famílias nas quais a valorização pessoal depende em grande parte do aspecto físico, e com freqüência esse valor é transmitido de geração em geração”.

Por outro lado, “no passado, uma crença de mães e famílias anorexigênicas foi concebida. Hoje, essa tendência de culpabilização parental foi melhor estruturada e esses fatores são vistos como mantenedores do comportamento” (CORDÁS; NEGRÃO, 1994).

Num segundo momento, até orientadas por questão do roteiro de entrevista, o tema família surge mas já encaminhado para a compreensão da família como elemento mantenedor do transtorno alimentar. Surge como elemento capaz de manter comportamentos evidenciados em fases anteriores à internação, norteados pelo forte envolvimento que se estabelece entre seus membros.

Os entrevistados apontam algumas características relativas ao relacionamento estabelecido entre os membros da família. Descrevem a figura do pai como uma pessoa um tanto distante e

ausente. Já, as mães, surgem como figuras centrais nos discursos, pessoas exigentes e perfeccionistas, que mantêm um relacionamento nem sempre tranquilo, como vemos a seguir:

“Geralmente, eu percebo que elas tem um vínculo muito forte com a mãe. O pai pode até vir visitar, mas não é a mesma coisa” S. 11

“A C., só não sei o sobrenome dela. Ela é uma menina que veio de um sítio do interior de Minas e que apesar da influência negativa da mãe, não foi tão difícil ela fazer o tratamento aqui com a gente e ela conseguiu um bom resultado do tratamento”. S. 5.

“Família que tem mãe dominadora, pai ausente. A maioria delas é extremamente perfeccionista. É o que a gente percebe, todas que passaram por aqui. E as mães..., muito dominadoras..., muito exigentes...” S. 7

Para alguns sujeitos, as famílias são apresentadas como muito desorganizadas, como famílias que são problemas, como necessitadas, assim como as pacientes, carentes de amparo, de proteção e de orientação. Na verdade, acreditamos que essas pessoas têm muita dificuldade de lidar com situações muitas vezes dolorosas e desagradáveis no convívio com as pessoas doentes; em decorrência desse fator, para evitarem conflito, acabam não seguindo as orientações quando o paciente vai para a casa.

“Num primeiro momento a família não aceita e não consegue perceber que é uma doença. É muito relativo porque tem família que são problemas. A paciente sai de licença, não toma medicamento, da não observação da aceitação da dieta, outras que reforçam o comportamento destrutivo da paciente”. S. 2

“A gente percebe, uma coisa muito evidente. São famílias muito complicadas, desestruturadas que o pai, normalmente, é aquele cara que trabalha fora, é super ausente, mesmo”. S. 7

“As experiências vividas na família constituirão a base da identidade dos sujeitos sociais. Vivências familiares marcadas por conflitos e tensões que se transformam em condutas destrutivas, vão influir no desenvolvimento da identidade dos indivíduos, favorecendo sentimentos de insegurança, baixo nível de auto-estima, dificuldades em assumir responsabilidade pelas suas vidas” (COELHO, 1995).

HERSCOVICI (1997) cita que “um dos motivos mais comuns pelos quais as famílias evitam a expressão direta de suas emoções é porque temem o desacordo entre seus membros. Isto se denomina *evitação do conflito*. Se cada um diz o que pensa ou sente, podem surgir diferenças que tragam como consequência tensão e conflito. É freqüente que as pessoas se sintam ameaçadas por isso e o que percebem põe em cheque a unidade familiar ou questiona o afeto entre os membros. Isto traz consigo um risco, visto que, se não há um modo aceitável de estar em desacordo e ser diferente, será certamente difícil para a pessoa reconhecer e valorizar suas próprias experiências.”

Os depoentes relatam, ainda, que quando essas famílias recebem ajuda, passam a colaborar com o tratamento. Podem, assim, ajudar ou incentivar os filhos para que se tornem mais confiantes, auto-suficientes e consigam se tornar independentes.

“Em muitos casos existe um conflito familiar que precisa ser trabalhado. E a família acaba dando suporte para a paciente à medida que é trabalhada”. S. 3

“É uma família que participa mais do tratamento da paciente, sendo que no início é muito difícil para aceitar que a filha está com esse tipo de problema. Eles participam mesmo e eles estão tendo apoio, terapia familiar, fica mais fácil depois, em casa, depois da alta”. S. 1

A dificuldade de identificar o que ocorre com o familiar que está doente aparece em vários depoimentos; é o conflito envolvendo todas as pessoas e, sendo uma doença que no seu início não mostra uma alteração física visível, dificulta a leitura e a compreensão do que está ocorrendo.

“No início a família não percebe o que está ocorrendo. A paciente passa a recusar determinados alimentos porque vai engordar. No decorrer a paciente começa a perder peso, ficar enfraquecida... A família começa a se preocupar e procura o médico. A família insiste em trazer para o médico, mas a paciente recusa. Continua fazendo do mesmo jeito, chegando a ficar na cama, no leito, sem condições de se cuidar e acaba procurando um médico que

encaminha para cá, a um hospital psiquiátrico a procura de um tratamento". S. 4

"É fundamental. No começo eu acho que a família tem uma preocupação muito grande, até de não estar entendendo o que é". S. 5

"A facilidade que eles têm de enganar a família dificulta até conseguir um tratamento". S. 1

Muitas vezes quando a família detecta que a paciente está doente, o quadro atingiu um estágio em que a internação hospitalar se torna inevitável.

Outra característica, apontada nas relações que se estabelecem no meio familiar, são os limites pouco definidos entre os membros; eles estão excessivamente envolvidos uns com os outros e de forma conturbada, em decorrência disso, pais e filhos se relacionam na base da troca, e, assim se evidencia a alteração na hierarquia: os pais passam a ser controlados pelo filho. Vejamos as falas que se seguem:

"A família não tem limite. Quando elas contam, você percebe a questão da troca. A família não está tão orientada, ela cede coisas que não deveriam ceder naquele momento. Ela faz trocas, é falta de orientação da família". S. 8

"A maioria dos familiares se deixa ser manipulado pelas pacientes. Até escondem coisas pra não contrariar a paciente. Ela vive à base de choro, a mãe fica com dó e entram na manipulação". S.11

"A falta de preparo em casa em lidar com a criança que não tem muita crítica. O apetite aguçado demais, os pais têm que saber lidar com eles, sem tanta cobrança". S. 1.

COELHO (1995) afirma que "usualmente essas famílias costumam tratar essas pessoas como seres frágeis, incapazes de se colocarem no mundo, quase crianças, que precisam ser constantemente vigiadas, cuidadas e amparadas. Em geral, apresentam uma total incapacidade para ver essas pacientes como seres plenos, diferenciados, capazes de enfrentar a vida. Por isso é comum observarmos uma proteção extrema na relação com essas

peessoas, dificultando que amadureçam e encontrem seus próprios caminhos.”

Os sujeitos afirmam que a evolução do tratamento e da doença traz como agravante o fato da família ser considerada o fator de boicote ao tratamento, o que pode ser visto nas seguintes falas:

“No decorrer da doença, eu não sei se já pelo cansaço, desânimo da família, eles começam consciente ou inconscientemente a colaborar com o agravamento da doença e na manutenção dos sintomas, eu acho”. S. 5

“Muitas vezes a família colabora com a doença e a paciente trazendo laxantes, remédios, alimentos. Ou mesmo dizendo: ‘minha filha nunca comeu tanto’. Dá vontade de dizer- Porque a senhora internou ela aqui? Leva ela prá casa..., fica dando sopinha prá ela... ” S. 10

“Dentro de casa, a cobrança familiar... Às vezes, a própria família oferece os alimentos e a própria pessoa que oferece gostaria de ser magra e, como não consegue, faz inúmeros doces para os outros mas não para si”. S. 8

Atribuem como causa desse comportamento, o cansaço e o desânimo, ou então, passam a achar que o paciente quer chamar a atenção sobre si, como verificamos na fala seguinte:

“Tenho pouco contato com familiar. De início ela parece muito empenhada, quando se prolonga, umas continuam e outras vão desleixando... Não é o mesmo empenho do início... Com o tempo, eles vão percebendo que o problema é muito maior, principalmente quando somado a isso elas têm distúrbios de comportamento, como de chamar a atenção, comportamento chamativo. Por isso eu digo que não é só anorexia, tem outras coisas... Algumas famílias olham isso como sem vergonhice, não aceitam que seja como uma patologia”. S. 6

Na concepção de COELHO (1995), “esse zelo sem limites acaba por tornar a relação familiar sufocante para ambos os lados, já que quem a recebe acaba por sentir-se contido em suas escolhas e quem o dá, permanece preso à vontade do outro, mesmo que as necessidades deste sejam vistas pela ótica de quem oferece apoio.”

Os entrevistados apontam situações que envolve a culpa na família, porém, reforçam que não a consideram culpada, a não ser nos casos em houve agressão na infância. Acreditam que a família é a vítima da situação.

“Acho que a família não influencia. Eu acho que nesse caso o paciente usa muito a família. A família é a vítima de todo problema do paciente. Mas não acho que o problema é família”. S. 9

“A maioria se sente culpado por alguma coisa. Sempre elas alegam um porquê. A família fala que se tivesse deixado não teria acontecido. A família não é culpada, é como qualquer outra doença. Quanto ao comportamento até pode encaixar alguma coisa, como pacientes que são agredidos pelos pais”. S. 12

“Outras vivências na família podem ter efeitos igualmente negativos na identidade dos membros do grupo e nem sempre se dão pela violência. Podem ter sua origem nas dificuldades que os pais apresentam em oferecer recursos psíquicos que forneçam apoio emocional aos filhos, em lidar com a separação e o afeto, em oferecer segurança e estabelecer limites, em promover o diálogo como a forma mais eficiente de resolver conflitos. A história familiar, a educação transmitida pela cultura do grupo é o *locus* privilegiado para compreendermos a maneira como pacientes que apresentam transtornos alimentares se colocam no mundo e, porque ter o controle do próprio corpo, com todo o conteúdo simbólico que permeia esse espaço, é fundamental para essas pessoas” (COELHO, 1995).

É interessante perceber que alguns depoentes relacionam, à anorexia e bulimia, sintomas de outros quadros mórbidos; tais sintomas são também descritos na literatura médica.

“É um transtorno alimentar, mas que abrange outras patologias, principalmente a depressão, ansiedade, que faz com que o paciente apresente outros comportamentos, além do convencional”. S. 6

“Para mim, pessoalmente, começa com uma depressão, elas associam os problemas com a alimentação. Elas estão carentes e com problemas e associam a alimentação, deixando de se alimentar”. S. 1

"Eu acho que no fundo também é acompanhado de uma depressão. Na bulimia acho que não tem esse distúrbio da imagem corporal, mas na minha cabeça tem. Aqui, é mais anorética, porque, na verdade, elas querem também emagrecer". S. 11

"É uma pessoa que tem muita insegurança, tem um certo grau de ansiedade e pessoa deprimida". S. 8

"Acho que no início não é uma doença, mas depois se torna uma obsessão". S. 9

"Anorexia seria mesmo um transtorno alimentar, acompanhado ou não de distorção de imagem corporal. No fundo, no fundo, elas têm uma depressão. O tipo de depressão eu não saberia te dizer". S. 11

"A depressiva tem mais chance de ter esses transtorno. Tem algumas pacientes que tem rituais com comida e são muito preocupadas com os hábitos alimentares". S. 6

"Uma pessoa tímida, deprimida e reprimida". S. 5

CORDÁS; NEVES (1999) citam que os aspectos comórbidos mais freqüentes associados aos transtornos alimentares são a depressão, transtornos ansiosos, em particular o transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos ligados ao controle do impulso e abuso de substâncias. Verdadeiros rituais obsessivos, como partir e escolher os alimentos para finalmente só ingerirem quantidades mínimas durante as refeições, são uma constante, o que torna a hora da refeição um verdadeiro campo de batalha entre a paciente e a sua família.

Por sua vez, KAPLAN et al. (1994) salientam que comportamento obsessivo-compulsivo, depressão e ansiedade são sintomas da anorexia nervosa mais freqüentemente encontrados na literatura e os pacientes tendem a ser rígidos e perfeccionistas.

No tocante às características obsessivo-compulsivas temos as seguintes falas:

"Na bulimia, a pessoa que tem a compulsão, ele come em exagero, não espera nem fazer a digestão e provoca vômito. Acho que ela não tem o distúrbio da imagem corporal. Ela é um

pouco diferente da anorexia. Por sua vez, faz uso abusivo de laxantes". S. 10

"No meu ponto de vista é aquela pessoa que quando a família não quer mais em casa, acaba internando porque é aquela pessoa que é intolerável, que acaba irritando qualquer um com esse discurso delas com relação à alimentação... É aquela pessoa insuportável..., repetitiva..., não tem outro discurso..., é sempre a mesma coisa... No início é que nem carneirinho..., depois..., tira a pele e vira um lobo..." S. 10

Comenta-se muito que as anoréxicas falam sempre as mesmas coisas. Segundo LAWRENCE (1991), isso é verdadeiro, mas só durante os primeiros minutos. "A preocupação com o peso e a comida é universal, assim como o medo de perder o controle, de comer e ficar horivelmente gorda e inchada. Mas, além disso, se estimuladas a compartilhar uma versão mais detalhada de seu mundo, é possível encontrar uma rica variedade de sentimentos, percepções e coisas confusas".

Finalmente, percebemos que alguns sujeitos do estudo não têm uma única perspectiva teórica na qual ancoram suas representações dos transtornos alimentares; buscam as várias vertentes teóricas para tentar compreender esses transtornos.

"As causas podem ser..., não tem muito definido..., podem ser genéticas, psicológicas". S. 3

"Eu acho que existem tanto causas orgânicas que pode contribuir, como algum trauma psicológico". S. 5

"É uma coisa que a gente sempre discutia... Há um tempo atrás achava que era a mídia... Agora, a gente vê..., como aquelas duas que vieram do sítio..., não tem nada a ver com a mídia... Acho que tem que ter uma predisposição..., uma alteração de neurotransmissor e meio familiar e social..." S. 7

"Distúrbio familiar, necessidade de auto-afirmação, preocupação com tipo físico e a televisão também.... Leitura". S. 9

"Uma interação complexa de fatores fisiológicos, psicológicos, pressões culturais e exigências familiares está envolvida no surgimento da anorexia nervosa e bulimia nervosa" (CASTILHO, 1999).

Neste aspecto, HERSCOVICI (1997) assinala que “na realidade, são todos eles quadros complexos, cujas causas não se conhece com precisão. Parece antes tratar-se de um crisol, em que confluem o estado do corpo, a mente, a cultura, a pessoa, a família e as relações interpessoais problemáticas. Quando esses fatores se combinam, afetando uma pessoa insegura de si mesma e inconformada com seu corpo, as teorias mais modernas assinalam a conduta de fazer dietas como desencadeadora do processo de adoecer”. Esse autor completa dizendo que os regimes alimentares são uma novidade deste século; mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem suficientemente gordas, a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso.

Apesar de não ter uma compreensão muito clara do que seja a anorexia e a bulimia, de não conseguir explicar esses distúrbios, um sujeito conseguiu minimamente designá-las a partir de jargão veiculado no hospital – *distúrbio alimentar*.

“A anorexia é uma doença, é lógico, mas explicar, eu não sei. É um distúrbio alimentar. A bulimia é, também, um distúrbio alimentar”. S. 12

Por outro lado, os sujeitos identificam os transtornos alimentares como uma doença psiquiátrica grave, e, de uma forma quase unânime, consideram que esses transtornos **não têm cura**, apesar das pessoas poderem apresentar melhora e terem um certo controle sobre a doença.

“Ela é uma doença psiquiátrica que deve ser encarada como qualquer outra doença psiquiátrica que necessita de tratamento como todas...e grave... Eu acho grave...” S. 5

“Não sei se cura, tem controle. Cura, acho que não. Você se fortalece e acaba conseguindo controlar. Essa preocupação com imagem, com comida, excessiva vai ter o resto da vida”. S. 7

“Sinceramente, eu acho que não. Nunca vi uma pessoa se curar de anorexia. Já vi paciente controlada, curada não... E por pouco tempo. Porque tem aquelas que não retornam e a gente tem notícia de que algo sucedeu de grave; ou deram cabo à vida e

outras que demoram e retornam depois. Existe um momento na vida em que ela recai". S. 6

"Aí vem a pergunta mais difícil..., se tem cura? A cura, eu acho, completa é mínima, têm-se um controle". S. 3.

"Pela minha experiência não teve grandes sucessos. Pode continuar levando a vida, mas não é que tenha cura". S. 8

"Ele pode ter uma melhora, desde que acompanhado por uma psicóloga, fazer uma terapia, a equipe de enfermagem sempre o acompanhando. Mas por qualquer problema emocional poderá ter uma recaída e começar a ter o mesmo comportamento do início da doença. Cura mesmo, não tem". S. 4

Nas falas seguintes, fica explícito que o controle da doença está nas mãos da paciente e da família.

"Chamei ela e a família, à parte, e coloquei toda a situação. Coloquei que toda a responsabilidade dela aceitar o tratamento era dela porque ela não estava querendo se ajudar. A partir daí, ela tomou consciência de que ela estava prejudicando unicamente ela e não à família e passou a colaborar e aceitar o tratamento. O que está claro para ela é que para qualquer comportamento inadequado ela pode ter alta administrativa, por isso colabora tão bem". S. 2

"Cura, tem, depende da pessoa. Só não tem a cura quando ela não quer ser curada. Tenho muita experiência aqui e a gente percebe..., essa vai voltar, essa não, está estampado!!! Tem umas que a gente sabe que vai voltar logo. Acho que se aqui pegasse pesado, firme, falasse a verdade, não teria tantas internações. O que dá prá perceber dessa que não volta mais é porque, ela se encontrar na enfermaria psiquiátrica, ela acaba tendo uma coisa que bate, deixa ela inferiorizada e ela não volta". S. 10

"Na minha cabeça acho isto muito difícil, é controlável. Pode ter uma fase que fica bem, mas cura, não. É uma coisa controlável pela família e por eles mesmos". S. 12

"Falar de cura, prá gente, é difícil, mas se houver interesse do paciente e da família principalmente, de colaborar, esse paciente com controle, pode levar uma vida mais próxima do normal. Não dá prá ficar sem tratamento o resto da vida. Cura total, total, eu não acredito". S. 5

A perspectiva pessimista no tocante ao prognóstico da bulimia e da anorexia, percebida no discurso dos depoentes, é mostrada na literatura especializada.

GORMAN (1998) afirma que sem o tratamento o prognóstico é desanimador. Com terapia, contudo, os pacientes podem desenvolver recursos internos necessários para levarem uma vida produtiva e a cura é uma possibilidade.

Por sua vez, CORDÁS; NEGRÃO (1994) enfatizam que a evolução é variável, podendo ir de um único episódio com recuperação ponderal e psicológica completa, o que é mais raro, até evoluções com curso ininterrupto até a morte.

2 . O campo das ações/sentimentos

As representações acerca do processo de cuidar surgem principalmente em temas como o **limite/controle** e em outros que também explicitam ações que caracterizam o assistir em enfermagem psiquiátrica – **a escuta** como uma atitude de acolhimento, **outros cuidados técnicos**, específicos como observar o comportamento, dar a medicação e atender as necessidades básicas, além do estabelecimento do **vínculo de confiança** e do **cuidar individualizado**.

É intrigante perceber que nesta categoria os profissionais de enfermagem explicitam o próprio sofrimento psíquico relacionado ao trabalho hospitalar; a expressão dos próprios sentimentos flui mais tranquilamente quando os sujeitos são questionados acerca da sua atuação junto aos pacientes; por outro lado, tal não ocorre quando a eles é perguntado diretamente o que sentem em relação ao paciente. Os profissionais conseguem revelar, embora em menor grau, o prazer que advém do processo de cuidar desses pacientes.

Como **limite/controle** abordaremos as citações que trazem no seu bojo ações que visam manter vigilância sobre os pacientes com a finalidade de assegurar que não mantenham comportamentos que possam vir a prejudicar sua integridade física, como uma medida de segurança necessária, bem como aquelas citações que mostram uma postura autoritária e dominadora por parte do pessoal de enfermagem.

Uma das funções do serviço de enfermagem é a promoção e manutenção do ambiente terapêutico. Entre as características do ambiente terapêutico, citadas por TAYLOR (1992), está a necessidade do cliente ser protegido de causar ferimentos a si e aos outros, mas sofrendo aquelas restrições necessárias que permitam essa proteção.

Um fator que gera desgaste nos profissionais de enfermagem é a necessidade de estar permanentemente alerta, isto é, manter vigilância de todos os pacientes sob sua responsabilidade e o tempo todo. Cabe lembrar que esses pacientes permanecem grande parte do tempo tentando burlar as regras e rotinas. Portanto, cabe à equipe de enfermagem a responsabilidade de controlar os deslizos, estar alerta para a possibilidade de estar sendo manipulada e ao mesmo tempo respondendo de forma terapêutica aos questionamentos levantados pelos pacientes.

“No caso nós temos que estar sempre vigilantes, requer muita atenção, vigilância, são manipuladores, questionam quanto aos alimentos, a gente tem que estar sempre atenta”. S. 4

“É complicado, né! Criança é mais complicado ainda. Aqui, com as adultas, tem que ter uma conduta mais rígida, muita vigilância para não provocar vômito após as refeições”. S.1

“Eu respondi mais ou menos como respondi as outras. Ter muita paciência. Eu mantenho elas sempre na minha vigilância, tento orientar. Tento, né, mas na cabecinha delas, como eu já disse, não tem cura. Elas até aceitam o que você diz na sua frente, mas isso é uma manipulação”. S. 11

“Estamos sempre observando nas alimentações, se consegue comer o que vem oferecido, se a paciente colabora ou está escondendo, dando para outro paciente”. S. 4

“Supervisionar as atividades das pacientes e orientações constantes”. S. 3

É interessante perceber que essa “vigilância constante” por parte do enfermeiro é conduta também esperada por outros profissionais de saúde, principalmente médicos. CORDÁS; NEGRÃO (1994) enfatizam que autoras como Hedblon e cols (1981) adotam a

supervisão pessoal e intensa, por parte de uma enfermeira, de todas as refeições do paciente. Segundo eles a atitude deve ser de encorajamento firme e próximo, evitando discussões acerca da comida, procurando encorajar padrões de alimentação normais e oferecer orientações sobre o medo de engordar e a procura da magreza. O aprendizado de hábitos nutricionais saudáveis é enfatizado, bem como um asseguramento de que esta conduta não levará a paciente à obesidade.

No cuidado ao paciente com transtorno alimentar, os trabalhadores ressaltam sua preocupação quando o paciente está muito grave e instável, especialmente quando o aspecto físico denota a gravidade do quadro, ou quando tem muita dificuldade para aceitar o tratamento, muitas vezes colocando sua vida em risco, como revelam as falas:

“A gente fica muito sensibilizada, quando está muito desnutrida, tenta confortar, tenta fazer com que ela se adapte à enfermaria. A equipe fica mais alerta, observa bem mais essa paciente, fica muito preocupada”. S. 1

“Pode ser sincero, né? Eu sinto muita pena, porque a gente que está de fora, a gente vê com clareza que o que elas pensam não existe, mas algumas preferem até morrer do que vir para a realidade”. S. 11

“Fico inseguro, tenho dúvidas... Elas são difíceis mesmo de lidar, não são todas. Principalmente quando é uma paciente nova. A gente fica na expectativa, ver como ela é, como vai atuar aqui”. S. 10

“Sente pena, dó, ao ver que ele está pele e osso... A gente sente dó e quer ajudar”. S. 4

“Impotência em alguns casos, porque você sente que não se obtém resultados, o comportamento continua...” S. 6

Verificamos que esses trabalhadores expressam essa preocupação vinculada a sentimentos que vão da compaixão, insegurança à impotência, e fazem um esforço enorme para ajudar os pacientes a superarem seus problemas, muito embora não acreditem na recuperação do paciente.

“A situação de trabalho no hospital suscita sentimentos muito fortes e contraditórios na enfermeira: piedade, compaixão e amor; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes, inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente” (PITTA, 1994).

CHITTY (1996) identifica algumas reações emocionais que os trabalhadores de saúde mental podem apresentar quando atuam com pacientes com desordens alimentares. Destaca a exaustão e a frustração causadas pelas exigências sistematizadas que o plano de assistência de enfermagem deste tipo de paciente exige, além da indignação decorrente dos esforços do paciente em manipular e tentar boicotar a uniformidade do tratamento por meio das tentativas de desunir a equipe de enfermagem.

PITTA (1994) assevera que “o cuidar de uma pessoa doente é inserido num contexto social onde a piedade e a solidariedade são sentimentos socialmente valorizados dentro de uma estratégia de sobrevivência da espécie e de uma certa sociabilidade que tem na harmonia o seu paradigma e na saúde um elemento indissociável a esta harmonia; este cuidar deverá ter um valor de natureza moral e ética que canalize energias e simpatias”.

Entre os sentimentos despertados no profissional encontramos a raiva, que, ao mesmo tempo que o preocupa, faz gerar outro sentimento, a impotência diante do problema do doente. Apesar de todo o limite/controle, por mais que ele tente ajudar parece inútil, ele não consegue uma forma de atingi-lo. Ele não consegue visualizar recursos disponíveis para alcançar esse objetivo.

“Deve ser tratado com uma equipe multidisciplinar muito bem treinada e acho que tem que tomar muito cuidado, porque elas são pacientes que despertam muita raiva”. S. 7

“Eu sou suspeita prá falar, porque gosto muito de transtorno alimentar. É um dos tipos de paciente que mais gosto. É difícil de lidar, sou suspeita prá falar porque gosto muito. Alguns momentos

dá raiva, um sentimento de incompreensão, como ela está se matando... Dá vontade de abrir o cérebro e falar:- 'Você está magérrima' ". S. 7

De acordo com MENZIES (s.d.) “um trabalho psicológico necessário para o indivíduo que ingressa em qualquer profissão que lida com gente é o desenvolvimento do distanciamento profissional adequado”; ele deve aprender a controlar seus sentimentos, refrear um envolvimento excessivo, evitar identificações perturbadoras, manter sua independência profissional contra a manipulação e a solicitação para um comportamento não profissional. Porém, o que se percebe no cotidiano do trabalho de enfermagem é o que MENZIES (s.d.) denomina de “técnicas interpessoais repressivas, que são culturalmente exigidas e padronizadamente utilizadas para lidar com o estresse emocional”.

Nas falas seguintes é possível perceber esse distanciamento; em que o que importa é o indivíduo necessitado e em sofrimento; o profissional de enfermagem deve estar preparado para atendê-lo e refrear seus próprios sentimentos.

“Não tenho sentimentos negativos e eu vejo como uma pessoa que está necessitando de ajuda e necessita ser tratada”. S. 3

“Dá vontade de dizer..., não quer, paciência..., você sabe que tem que comer, você sabe que está com desnutrição..., fala que nem água quer beber, mas você sabe que é profissional e não pode dizer isso..., tem que arcar com as responsabilidades...” S. 10

“Não é a questão de ter pena da pessoa. Você fica compadecida pelo fato da pessoa não conseguir sair daquela situação, de ver que ela sabe, tem tudo fisicamente normal e está naquela situação. .” S. 8

“Às vezes eu saio do refeitório porque não agüento. Principalmente quando deparo com uma situação de estar querendo lavar o frango debaixo da torneira ou colocando o arroz no papel para tirar o óleo. Eu acabo ficando irritadíssimo com isso”. S. 10

“Elas entendem tudo, concordam com tudo, mas continuam naquela situação”. S. 8.

Para agravar a situação em que se encontra esse profissional, temos as situações em que esse limite/controle se torna ainda mais rígido; quando há risco de suicídio. Por se tratar de pacientes que estão orientados e atentos, são sensíveis e perspicazes, podem planejá-lo em momentos oportunos, quando a equipe está com a atenção voltada para outro paciente ou envolvida em outras atividades. Além disso, como o tempo de permanência é relativamente prolongado, eles conhecem toda a dinâmica das atividades de cada plantão. Esses trabalhadores permanecem extremamente vigilantes de seus próprios atos, chegam a se sentir impotentes frente à possibilidade de perder o paciente.

“A observação é fundamental, se ele tiver risco de suicídio, a gente tem que estar vigilante. Elas são conscientes, sabem o que estão fazendo e requer da gente muito mais atenção e vigilância”.
S. 4.

“Sentimento de impotência, medo de perder o paciente e você não conseguir fazer mais nada”. **S. 7**

“Ela me falou: - ‘Você não se preocupa que eu não vou me matar lá dentro. A minha família vai ter que aceitar o que tem que ser... E o que tem que ser é não comer..., não fazer mais nada...’ ” **S. 8**

Muitas vezes a ameaça de suicídio surge através de gestos ou entremeada em suas falas, de forma velada, camuflada, levando os profissionais a trabalharem como se estivessem participando de um jogo de vida ou morte, o tempo todo. Este fator dificulta o estabelecimento da confiança com o paciente e com isso conduz ao sofrimento psíquico do trabalhador. A possibilidade de morte por suicídio, é, sem dúvida, uma das situações mais difíceis de ser enfrentada pelos profissionais.

Neste aspecto, MELEIRO (1997) afirma que “o suicídio, enquanto acontecimento possível na vida das pessoas, tem o caráter de fato misterioso e inexplicável. É considerado como fuga de uma situação de vida intolerável”.

“Eu acho que ela está deprimida, muito deprimida. Ela fez um comentário no refeitório que eu fiquei muito preocupada, até falei com a C... Ela..., a gente estava comentando sobre as festas de fim de ano..., ela estava no canto, mais isolada, e ela falou que esse ano é o último prá ela. Eu brinquei, é o último 98 para todo mundo. Ela esclareceu..., com fisionomia tristonha, ela disse que não, ela está cansada, ela não aguenta mais... Ela não falou isso só prá chatear, só prá brincar, foi sério...” S. 5

“Como ela falava outras línguas, era difícil falar com ela, ela combatia com um negativismo pronto. Tanto que ela suicidou-se, deu cabo da vida dela se jogando da janela do prédio de onde ela morava”. S. 6

(O caso que mais marcou) *“Foi de uma paciente que não aceitava o tratamento e ela se suicidou”. S. 3*

Segundo MENZIES (s.d.), a equipe de enfermagem tem dificuldade de lidar com as angústias vividas pelos pacientes e familiares, dificuldades de elaboração dos sentimentos advindos da própria tarefa de cuidar. Esta situação quase sempre implica em sofrimento. Desse modo, pelo fato dessa equipe confrontar-se permanentemente com a realidade do sofrimento e/ou da morte do outro, implica na necessidade de, enquanto pessoas/profissionais, ter que lidar com sentimentos contraditórios que lhe são depositados, tanto pelo paciente, como pelos familiares e pela equipe multidisciplinar.

É interessante notar que em uma das falas, apesar da ameaça implícita de suicídio, um dos entrevistados considerou seu caso mais agradável. O que identificamos neste depoimento foi o respeito e educação da paciente para com a equipe e sua preocupação com a situação financeira da mãe, demonstrando algumas qualidades, não presentes na maioria das pacientes, apesar da doença, permitindo um relacionamento de certa forma harmônico.

(O caso mais agradável) *“Só tem meninas bonitas... Era a R. porque era íntegra, bonita fisicamente e amável. O dia que não estava bem, só pedia licença, não procurava ofender a pessoa, não agredia. O bonito nela é que antes dela vir para cá..., é que ela aceitou porque sabia que a mãe não tinha dinheiro para pagar a clínica... Mas ela falou que ia para o H. C. , - mas é que eu vou sair de lá..., mas minha vida não vai continuar...” S. 8*

Os sujeitos apontaram outros fatores relacionados às dificuldades no trabalho e, portanto, gerador de desgaste e tensão; além do controle constante, a resposta pouco favorável ao tratamento instituído e as inúmeras recaídas.

O que nos chama a atenção em seus depoimentos, é a pouca credibilidade depositada por alguns dos sujeitos na eficácia das condutas que são estipuladas como parte do programa de tratamento, muitas vezes com uma carga excessiva de controle sobre o paciente. Essas condutas, a nosso ver, provocam incerteza, insegurança e sentimentos de culpa. Afirmam que todo o trabalho é realizado, muito embora, não acreditem realmente no sucesso terapêutico. Cabe ressaltar que, tanto a anorexia como a bulimia, são transtornos que têm, na maioria das vezes, um curso crônico, com inúmeras recaídas e, portanto, reinternações; além da morte.

"Sempre observar se essa vigilância não vai provocar um distúrbio ainda maior, cometer o suicídio.... Elas se sentem pressionadas pela enfermagem e podem tentar o suicídio devido a essa conduta rígida. Não se consegue de outra forma..." S. 1

"Teve uma vez que eu abordei ela para parar de fazer os exercícios e ela disse que a doença era mais forte que ela. Aquele dia eu fiquei mal, achei que devia pegar mais leve. Ela acabou morrendo lá fora. A gente acha que o tratamento não está adequado..., se vale mesmo a pena ficar no pé..., acho que quando a paciente está ruim não é legal isso aí..." S.1

Isso tudo, provoca nesses indivíduos sentimentos de extrema ambivalência; de um lado o profissional por se sentir desrespeitado sente raiva, por outro, pena ao ver que são tão inteligentes e frágeis ao mesmo tempo que nem ao menos conseguem ter controle de si próprios; o paciente por sua vez também sente raiva ao ser flagrado burlando as regras, mas ao mesmo tempo reconhece que está sendo cuidado. O conflito fica então estabelecido e com o profissional a dúvida sobre até que ponto efetuar esse controle, dessa forma mais uma vez se evidencia o drama que esse trabalhador enfrenta em seu cotidiano de trabalho.

Esses profissionais ressaltam que o contato com esse tipo de paciente mobiliza uma gama variada de sentimentos, muitas vezes contraditórios, que faz com eles fiquem surpresos com seus próprios sentimentos e que podem deixá-los angustiados. Como podemos constatar nas falas:

"Piedade, é horrível isso, né, mas a gente sente, acho que todo mundo sente... Acho que é o primeiro... E a gente fica decepcionada, até saindo... Mais sabe que logo vai retornar, e aí a gente se pergunta: O que fazer??? E aí é a impotência, mesmo..".
S. 6

"Pena, sinceramente falando. É tão bom você se alimentar e sentir prazer naquilo que está degustando..."
S. 2

"Ele faz você ter um monte de sentimentos juntos. Por vezes, você tem ao mesmo tempo pena, piedade, né, se tem desânimo, às vezes, você fica até um pouco impaciente e é um pouco exaustivo".
S. 5

CHITTY (1996) alerta que o profissional que trabalha com essas pacientes pode ser afetado pelo desespero do paciente e tornar-se desesperançoso, além de permitir que ele restabeleça poderes habituais trazidos de casa, assim como aqueles relacionados à alimentação, peso e exercícios. Também pode repelir os hábitos alimentares do paciente ou sua aparência física.

Esses sentimentos contraditórios, como piedade, compaixão, amor, culpa e raiva são reiterados por SHIMIZU; CIAMPONE (1999) ao estudarem o sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. Essas autoras relatam que "as enfermeiras ressaltam que o clima da UTI gera desgaste e tensão, pois estão em contato constante com o sofrimento e a morte dos pacientes". Concluem dizendo que "o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem, deve ser re(visitado) em seus pressupostos norteadores, no sentido de visualizar o trabalho na enfermagem como um ato humano, o que implica em construir propostas de gerenciamentos mais "sensíveis", isto é, mais voltadas para os aspectos humanos que este

trabalho compreende” e “cabe portanto aprofundar os estudos referentes à análise das implicações psicológicas que as tarefas desenvolvidas pela enfermagem têm sobre o grupo que as desenvolve. Assim, poderemos agregar ao trabalho a sua dimensão humana”.

Borsoi (1992) apud SHIMIZU (1996) refere que como consequência, essas trabalhadoras, para evitarem a perda do controle, os sentimentos de culpa e a punição, tornam-se vigilantes de si mesmas, controladoras atentas às consequências de seus atos, e experimentam, inconscientemente, temor pelas consequências de uma atitude desatenta”.

(O caso mais difícil) “Foi o caso da R, uma paciente que ficou aqui mais ou menos 6 meses. Eu acredito que sofremos juntos, ela era muito resistente, era um caso que a gente tinha que segurar mesmo. Nos horários das refeições tinha que ter três ou quatro para segurar. Ela chorava e a gente chorava junto. Era um caso grave. O tempo todo tinha que cuidar dela, foram 6 meses de sacrifício. A gente via o ódio dela na hora da comida, não da gente. Tinha que ter um jogo de cintura prá não deixar misturar esse ódio que ela tinha...” S. 12

“A gente fica com medo de ter uma iniciativa antes de falar com o médico, e complicar ainda mais”. S. 1

Isso nos leva a crer que as dificuldades que decorrem dessa forma de atendimento, somadas às exigências constantes provocadas pelas características peculiares dos indivíduos portadores de anorexia e bulimia nervosa, associada à possibilidade de morte ou mesmo às ameaças veladas, já descritas anteriormente, são fatores que causam no profissional intenso sofrimento psíquico.

Com relação ao desgaste mental do trabalhador na enfermagem MENZIES (s.d.), verificou que esse serviço sofre o impacto total, de modo imediato e concentrado, das tensões que advém do cuidado direto dos doentes. Considera que esse desgaste ocorre pelo fato dessa equipe estar permanentemente em contato com as pessoas que estão fisicamente doentes ou lesadas, e que o

restabelecimento dos pacientes não é certo e nem sempre será completo.

Ainda consideramos como limite/controlado quando os sujeitos relataram as atividades que são desenvolvidas de forma rotineira nas enfermarias, que faz parte do programa de atendimento, como incentivar e verificar a aceitação de toda a dieta, manutenção de repouso após as refeições para não provocar vômito, não permitir que troque ou esconda os alimentos, assegurar que não realize exercícios físicos.

“Não é permitido esconder alimentos, nem dar para os outros pacientes. E a orientação é de que ele coma pelo menos o que é oferecido”. S. 4

“Eu sou uma pessoa muito observadora. Antes de tomar qualquer atitude, vou conversar com a paciente frente ao comportamento que ela vier a apresentar podendo esse comportamento ser bom ou ruim (colaborar com o tratamento). Estabelecer regras e limites, isso é primordial com esses pacientes”. S. 2

“A anorexia será, no caso, incentivar a alimentação com acompanhamento de um funcionário de enfermagem, depois esse paciente, após a estimulação da alimentação deverá fazer um repouso por mais ou menos duas horas para que não provoque vômito. E esse paciente usará de todos os meios para fazê-lo, então ele terá que ter uma vigilância constante”. S. 4

“... e supervisionar as atividades e orientar quanto aos exercícios e alimentação, que existe a recusa”. S. 3

“No dia-a-dia, eu fico observando elas, porque se você deixar vão estar fazendo exercícios. Observar quantas vezes vai ao banheiro e na hora das refeições você tem que incentivar a se alimentar 100% da dieta. Controlando para ela não se levantar, estar atento para não fazer troca de comida na mesa”. S. 10

A firmeza nas ações é apontada pelos entrevistados como um requisito essencial no cotidiano de quem trabalha com pacientes com anorexia e bulimia nervosa.

TAYLOR (1992) assegura que embora existam diferentes opiniões quanto aos métodos de tratamento mais apropriados, há um consenso de que a firmeza entre os profissionais é

imprescindível para a eficácia do tratamento. É o que podemos perceber nas falas seguintes.

“O funcionário tem que ter o pulso forte para ele conseguir alguma coisa com ela. Não pode se deixar ser manipulado. Deve se orientar quanto à doença para poder ter um bom desempenho”. S. 11

“Paciência, muita paciência, cautela, não se deixar ser manipulado, mas ao mesmo tempo estar sempre atento às solicitações do paciente, ao diálogo dele. Tem que ser firme. Lidar com firmeza é o essencial”. S. 11

“Tem que ser unidos e manter a mesma conduta, senão, você fica tachado. Esse é ruim e o outro é bonzinho. Tem que tratar da mesma maneira para que o tratamento tenha resultado”. S. 12

“Muitas vezes a gente tem que ser muito enérgico porque elas podem manipular. Elas manipulam escondendo alimentos, fazendo exercícios. Tem que ficar muito de olho mesmo”. S. 12

“Compreensão, tem que ser vigilante e atento a todo momento, porque elas têm uma alteração de conduta para atingir seu objetivo que é não comer ou comer exageradamente. Ter um senso comum com a equipe e o paciente, todos falarem a mesma linguagem”. S. 2

“Deve ter a parte medicamentosa, pois há um outro comprometimento, doença que necessita de medicação. Disciplina, limite e perseverança. São pacientes muito difíceis de aceitar alimentação. Deve ter perseverança rígida a seguir. Compreensão, paciência que deve ter com todas as pacientes”. S. 8.

Em suma, os entrevistados relatam que o convívio com estes pacientes exige paciência dos profissionais e um perfil psicológico adequado para lidar com situações de desgaste, como a manipulação, necessidade de repetir várias vezes a mesma orientação, além de conhecimento, mas afirmam também que mesmo que o profissional reúna todas essas características, o trabalho é muito difícil, gera ansiedade e sobrecarga emocional.

“O profissional é uma pessoa que tem uma conduta mais enérgica, que se deixar muito à vontade ela faz o que ela quer, para não entrar na dela. Ela manipula e faz o que quer. Tem que ser uma pessoa com pulso, mais enérgica...” S. 4

“Tem que ter muita paciência e às vezes você vê um comportamento inadequado da paciente e faz vista grossa. Os

deslizes são normais porque é muito difícil para elas fazer o tratamento". S. 1

"O caso mais difícil foi a R., tanto é que morreu.... Ela não colaborava em nada, fazia ginástica na cara da gente e negava, levava uma hora para comer, brigava com a família, não aceitava as rotinas do hospital. Todo mundo sentia dificuldade..., não tinha o que fazer com ela... Ninguém achava uma conduta certa para fazer no caso dela". S. 9

"Tem que ser uma pessoa não fria, mas, uma certa tolerância, de estar escutando todos os dias: eu estou gorda, eu não vou comer. No entanto, ela tem que estar trabalhando, mas não se importando..." S. 10

"Paciência, ter conhecimento da doença. Se for uma pessoa irritada, que não aceita que a pessoa esteja doente é difícil estar prestando uma assistência". S. 3

De fato, lidar cotidianamente com esses comportamentos não é nada fácil. LAWRENCE (1991) assegura que "cuidar de mulheres anoréxicas é uma tarefa muito difícil. Elas provocam nas pessoas que as ajudam fortes reações, que vão do horror à inveja". Afirma, ainda, que nas sessões de treinamento de enfermeiras que trabalham com mulheres anoréxicas, em geral, se descobre que ao compreender melhor o que o paciente está sentindo, a própria enfermeira fica mais propensa a relaxar a intensidade com que a força a comer. E aí se sente um fracasso como enfermeira, ressalta essa autora.

Uma situação que permite ao profissional obter satisfação no cotidiano de seu trabalho está relacionada àquelas em que se evidencia a participação e o interesse da paciente para melhorar; com isso; o profissional além de ser poupado de exercer o controle, tem a oportunidade de compartilhar a melhora da paciente.

"O caso mais agradável foi há pouco tempo, que uma paciente permaneceu um tempo bem menor que o necessário e colaborou muito bem, tinha vontade, era bem consciente do problema e deixava claro que estava para cuidar-se. Era uma gracinha, estava sempre se ocupando. Era colaborativa, se via a vontade de estar bem". S. 6

"O caso mais agradável foi essa última paciente que saiu, a A.. Era tranqüila, colaborava com o tratamento, não burlava. Só uma

vez ela se deixou envolver e acabou trazendo um chocolate dentro da bíblia. Essa é uma que eu acho que nunca mais volta aqui. Ela sabe a importância do tratamento e é um exemplo que a gente sempre dá para as outras. Está vendo, ela faz tudo certinho. Porque vocês ficam sempre falando que o ambiente aqui é ruim, a gente não colabora com elas..., deixar elas fazer o que bem entender...” S. 10

(O caso mais agradável) “São tantas as meninas!!! Mas, agradável... A A., ela veio, a gente cuidou... É que ela tinha uma fisionomia sempre alegre, atendia bem o que a gente pedia. Aí, logo ela saiu de alta e a gente não viu mais...” S. 11

(O caso mais agradável) “Não me vem à lembrança nenhum caso. Mas tem casos que tem boa evolução e te deixa feliz”. S. 3

Para um dos sujeitos o caso mais agradável foi também o mais difícil. Aqui, o que se percebe é a realização do profissional pelo progresso alcançado com o paciente, através de sua participação ativa no desempenho de seu papel.

(O caso mais agradável) “É uma menina, que internou com 15 anos, 28 quilos, tinha 1,57m, IMC muito baixo, não me lembro quanto. Era uma paciente muito difícil, ela burlava tudo, fazia milhões de abdominais, ficava todo tempo no posto de enfermagem, se auto-agredia o tempo todo, tinha hematomas pelo corpo todo, ficou com sonda um longo tempo. O mais legal é que ela começou a comer sozinha. Hoje ela está com 18 anos, tem 38 quilos e está se mantendo, não consegue ter uma dieta geral, mas tá conseguindo se manter. Está prestando vestibular. Esteve aqui a semana passada”. S. 7

(O caso mais difícil) “Foi ela mesma. A gente conseguiu trabalhar muito mais com ela. Ela foi evoluindo, fazendo supervisão, mexendo aqui, mexendo ali e ela conseguiu”. S. 7

“O hospital, enquanto uma organização complexa, permite a identificação de uma incomensurável rede de relações entre subjetividades vivendo diferentes papéis e toda a dificuldade de percepção de evidências, de sinais e sintomas de prazer e dor dos que convivem nessas organizações” (PITTA, 1994).

“Ela tinha afinidade, conversava, contava as coisas da vida dela, da família, do trabalho. Foi um caso marcante. E quando todo mundo brigava com ela, ela contava prá mim. Ela contava prá mim que escondia alimentos, que descobriam. Ela agradeceu muito quando saiu de alta”. S. 4

“Às vezes tenho pena. A maioria das vezes tenho pena. A gente se apega muito, muito mesmo. Teve duas pacientes que foram embora e eu chorei muito”. S.12

“Quando ela saiu era até gostoso ver a forma que ela saiu daqui. No final do tratamento, que ela tinha que enfrentar que tinha ganhado peso, que é difícil para ela, como é para a maioria delas, ela chorou muito negando a aparência que ela estava, porque ela tinha engordado e estava muito diferente. Ela ficou assustada e achando que podia engordar muito mais, então ela entrou em desespero. A gente..., eu conversei muito com ela, falando da vida dela no interior..., como ela poderia estar lidando com essa aparência nova dela, foi dessa vez que ela chorou mesmo, logo ela saiu de alta e o gostoso foi que ela quando saiu, quando se despediu, ela disse para mim que nunca ia se esquecer de mim. E eu não sei até quando isso vai durar...” S. 5

O serviço de enfermagem assume a tarefa de cuidar das pessoas que estão doentes e que não podem ser cuidadas em suas próprias casas. A principal responsabilidade no desempenho dessa tarefa reside no serviço de enfermagem, que deve prover cuidados contínuos ao paciente, dia e noite, durante todo o ano. Esse serviço sofre, portanto, o impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado com doentes. Como agravante, “os pacientes e parentes nutrem sentimentos complicados em relação ao hospital; que são expressos particularmente e mais diretamente às enfermeiras. Além disso, “existe a expectativa implícita de que o hospital aceite e, ao fazê-lo, liberte os pacientes e parentes de certos aspectos dos problemas emocionais provocados pelo paciente e sua doença. O hospital e particularmente as enfermeiras devem permitir a projeção sobre si de sentimentos como depressão e ansiedade, medo do paciente e de sua doença, repulsa pela doença e pelos cuidados de enfermagem necessários” (MENZIES, s.d.). As falas seguintes refletem essa expectativa.

“Na maioria das vezes as pessoas com quem eles mais ficam irritados é com a enfermagem... Quem paga..., quem faz..., é tudo a enfermagem...” S. 8

“Ela tomava água do vaso de flor para ser pesada. Tinha muito o lado humano. Ela falava que enxergava a dor das pessoas, mas não enxergavam a dela: – Ninguém consegue enxergar a minha

dor (quando faziam ela comer não percebiam o que ela sentia) dizia:- Vocês não respeitam o sentimento de dor da gente". S. 3

Nichols (1995) apud FALCONE (1998) faz um alerta para os riscos que podem advir de relações onde há tensão e conflito. Ressalta que “as emoções envolvidas nas interações onde há conflito costumam ser contagiosas, escalando através de uma série de ações e reações, que podem levar a um desastre emocional, tal como o rompimento definitivo da relação.

SATO (1991), ao estudar a penosidade na saúde do trabalhador, reconheceu que na relação trabalhador-trabalho “a familiarização com o trabalho não é um processo de aprendizagem que se dá passivamente, não é um caminho de mão única. Ele se constrói entrelaçando-se ao conhecimento que o trabalhador já possui. Além disso, não é um processo visando apenas tornar o trabalho familiar, pois, ao mesmo tempo, é um processo de auto-conhecimento, conhecimento de seus limites subjetivos, dos limites impostos pelo trabalho e de interfaces trabalhador-trabalho onde se experencia maior ou menor conforto no trabalho”. É, portanto, uma situação que exige do indivíduo reflexão, capacidade para adaptação ao meio, que em nosso estudo, tem como agravante uma variedade de fatores que se interpõem, extremamente difíceis e peculiares. É nesse contexto que o profissional de enfermagem se encontra inserido e onde se desvela o drama e a carga do trabalho sobre ele.

Um outro aspecto que nos chamou a atenção foi a ênfase dada no relacionamento interpessoal, o diálogo permeando todas as atividades, as oportunidades para a expressão de pensamentos e sentimentos, o que para nós caracteriza uma atitude de **escuta**. Essas medidas fazem parte das premissas básicas para o cuidar em enfermagem.

“Tudo entra o diálogo”. S. 12

“Eu procuro estar sempre próximo, permitindo que as mesmas expressem o que estão sentindo e procuro fazer orientações no sentido de tranquilizá-las, dando explicações sobre a patologia...”

S. 3

“Eu acredito que deve ser dado uma boa assistência de todos os profissionais que atuam na área. Tem os específicos de enfermagem que acompanha diariamente as pacientes dando oportunidade para que elas expressem seus pensamentos, sentimentos. Na enfermaria fica muito visto essa função de estar vigiando, mas não é só isto que a gente faz. A gente dá oportunidade para trabalhar com as emoções e sentimentos das pacientes. Orientação à família”.

S. 3

“Eu faço o que tem que fazer aqui, né, Lúcia, o que é proposto. Na medida do possível eu tô sempre conversando com as pacientes, mas assim, é ..., vou, converso com um, separado, até converso junto, mas separado é melhor, o paciente fica com mais facilidade para falar, conversar e se expor mais”.

S. 5

“Como trabalho no noturno, às vezes tenho tempo de fazer abordagem e às vezes, isso não é possível. Outras vezes, mesmo sem ter tempo, se a paciente solicita, você deixa de fazer o que está fazendo, procurando um tempo para ela. No noturno, a gente só tem o período de início para atender, depois, elas estão dormindo...”

S. 6

“Ter paciência, tempo para ouvi-lo e quando criticá-lo, ter cuidado com sua sensibilidade”.

S. 9

JACOBSSON et al. (1996) afirmam que o diálogo é essencial para se estabelecer um bom relacionamento com o paciente; através dele é possível obter uma descrição ampla da vida da pessoa e suas dificuldades alimentares, que é um pré-requisito para o alcance de um acordo que oriente as intervenções. Os pacientes são os únicos que podem descrever a experiência de viver com as dificuldades alimentares e podem estabelecer um contrato com a enfermeira de maneira a alcançar resultados positivos. É importante que o paciente esteja apto para participar do processo.

A prestação de cuidados a essas pessoas exige do profissional expressão de afeto, de atenção, na medida em que, na relação com o paciente, lida com sua dor, suas dificuldades e dúvidas e sua intimidade. Trata-se, portanto, de uma outra premissa básica, o

oferecimento de apoio, como já citamos em capítulo anterior e que na maioria das vezes, é expresso por meio do simples “saber ouvir”.

“Com essas pessoas procuro ter um diálogo mais prolongado. Elas necessitam de você cumprimentar, conversar, saber o que elas têm para contar. Você tem que corresponder com esse lado afetivo, de dar um abraço”. S. 8

“Não deve se deixar envolver no problema da paciente, porque todas elas contam coisas e você acaba se envolvendo com a situação. A pessoa tem que conseguir separar bem isso. Você deve sempre dar esperança, ser muito franca e clara ao dialogar com pessoas assim. Tem que ter conhecimento da doença, senão, acaba enrolando a pessoa”. S. 8

“Escutar as queixas, que são muitas..., principalmente como exemplo a preocupação enorme com o peso. Você tem que pesar”. S. 10

“Eu tenho muito diálogo, tem que dialogar mesmo, sempre mostrando que elas podem confiar. Vai muito de pessoa pra pessoa. Cada um tem um jeito de lidar. Às vezes é necessário dar a comida na boca. Às vezes necessita segurar, senão elas se machucam, vão fazer exercícios. Sempre estar mostrando que não é por maldade, é para ajudar mesmo”. S.12

Neste sentido, essas falas refletem a necessidade que os profissionais de enfermagem têm de usar a sensibilidade e de humanizar-se, ou seja, admitir os sentimentos que emergem do contato com a tarefa do cuidar, mas ao mesmo tempo têm que estar preparados para que esse envolvimento não prejudique o paciente. Esse envolvimento emocional necessita ter um enfoque terapêutico.

“Ouvir e compreender sensivelmente refere-se a uma disposição para captar os sentimentos e a perspectiva da outra pessoa”, ressalta FALCONE (1998); “sem julgar e sem intenção de conduzir o outro a se comportar de uma determinada maneira. Alguns autores se referem a isso como *calçar os sapatos* da outra pessoa”

LAWRENCE (1991) esclarece que o tratamento hospitalar funciona quando a mulher recupera não só o peso mas também o sentido de identidade, de valor e capacidade para continuar a crescer em vez de murchar numa meia-vida anoréxica e para isso, o

tratamento deve ser humano e equilibrado, o que ocorre quando as verdadeiras necessidades da mulher são compreendidas. Segundo essa autora “se as enfermeiras só trabalham como *robôs*, se a simpatia delas e sua percepção do sofrimento da paciente as fazem realizar um mau serviço, então estamos lhes pedindo que desempenhem a função errada”.

Com relação à escuta, há que se concordar com STEFANELLI (1993) quando afirma que o uso da comunicação enfermeira-paciente permite, à enfermeira, desempenhar suas funções ajudando o paciente a se mover da dependência para a interdependência e independência no que for possível, isto é, reconhecendo suas potencialidades e aceitando suas limitações. O cliente torna-se, então, um participante ativo no seu cuidado experimentando satisfação em algum grau nas suas diversas dimensões como ser humano: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual, exercendo portanto, sua condição de cidadão.

Outras ações de enfermagem relacionadas ao **cuidado técnico**, relatadas pelos entrevistados, foram a observação de comportamento, que deve ser constante, os cuidados diretos como a alimentação, a administração da medicação, controle hídrico, monitorização de sinais vitais e a realização das anotações de enfermagem. Esses cuidados estão relacionados ao atendimento das necessidades básicas, principalmente as fisiológicas.

“Recebe, quando inicia o tratamento, explica as rotinas, quando debilitadas auxilia no banho, na alimentação, administra as medicações prescritas e observa sempre a alimentação e hidratação, elas precisam muito”. S. 1

“Com o A. tinha uma atuação muito maior, a gente se envolvia muito mais com os pacientes. Agora, a gente não faz grandes coisas. Se limita a anotar o que come ou não, a limitar para não provocar vômito. A gente não interfere, elas são livres para comerem o que quiserem e a gente se limita a anotar”. S. 7

“Além de exercer as funções de enfermagem que a gente tem que fazer mesmo, de medicação, controles, etc... Eu me coloco à

disposição delas para qualquer dúvida, qualquer necessidade e eu sinto que elas me procuram muito". S. 5

Estas ações fazem parte do cotidiano do serviço de enfermagem na maioria dos hospitais, talvez, por esse motivo foram tão pouco ressaltadas. Estão relacionadas com as conhecidas "rotinas hospitalares". O grande número de rotinas existentes na estrutura do serviço de enfermagem são explicadas por MENZIES (s.d.). Para ela, essa equipe, na tentativa de diminuir as ansiedades advindas da atividade primária do cuidar, estrutura o serviço de maneira a impedir o número e a variedade de decisões que devem ser tomadas pelos profissionais. Afirma que o serviço de enfermagem, para se proteger do estresse causado pelo contato direto e permanente com os doentes, divide o cuidado em tarefas que são distribuídas por toda a equipe, dessa forma previne a possibilidade de entrar em contato com a totalidade de cada paciente e sua doença. Ou seja, "é preciso dirigir a atenção para outra faceta do problema, isto é, para as técnicas usadas no serviço de enfermagem para conter e modificar a ansiedade".

"As pessoas que trabalham com mulheres anoréxicas devem apoiá-las e assisti-las na sua tarefa de redescobrir a identidade e aprender a se controlar sem a anorexia. Elas precisam ser capazes de compreender e respeitar a solução adotada pela mulher anoréxica, ao mesmo tempo em que cuidam daquela que está no seu interior" (LAWRENCE, 1991).

A confiança é apontada como um requisito básico para quem presta cuidado às pacientes com transtornos alimentares. As falas seguintes revelam sua importância.

"Demonstrar que a gente está aqui para ajudá-lo, trazer para a gente a autoconfiança dele, de que a gente está aqui para ajudá-lo". S. 4

"Primeiro lugar, entender e aceitar que transtorno alimentar é uma doença que necessita de tratamento como outra qualquer. Tem que ter paciência e tem que inspirar para o paciente, confiança, porque se o paciente não confiar em você não evolui e manter o esquema de equipe mesmo". S. 5

“Elas querem carinho, nessa fase que elas internam, ficam revoltadas com a família. Tem que ter confiança. Elas precisam ter segurança daquilo que é necessário, se a gente tratar com carinho...” S.12

LAWRENCE (1991) afirma que “as mulheres que sofrem de anorexia não são pessoas desonestas ou dissimuladas. Mas, se sentem que sua vida está em perigo, fazem de tudo para tentar sobreviver. É uma reação saudável, e não *louca*”. E reforça que os membros da equipe do hospital também trapaceiam; quando não revelam que acrescentaram um alto teor de calorias em sua dieta; isso faz com que elas desconfiem de tudo o que comem.

Para que se estabeleça a confiança, a verdade é uma condição necessária e indispensável. Um dos sujeitos aponta a necessidade de se falar a verdade.

“O banheiro não deveria ser fechado e ser dito a verdade. Não é porque elas tem essa coisa de falar que está gorda. Tem que falar a verdade, você tá esquelética, aquela está gorda, mostrando as evidências. Deixar a coisa livre. Ela tem que se servir, ela mesma tem que ir se reeducando e entendendo que a vida não é só isso. Tem outras coisas que importam. Tem que aconselhar os pais a jogar uma responsabilidade em cima delas, não ficar mimando muito, tem que trabalhar. Não precisa de vigilância porque tem o caso daquelas duas irmãs que ficaram quase dois anos, tem que dar um trabalho e só internar após um ano e dependendo da situação...Acho que facilitam muito as coisas aqui, prá elas”. S. 10

Esta fala, em parte, enfatiza a necessidade de agir com clareza e honestidade, e por outro lado, de tratar essa pessoa como alguém capaz e responsável. Vários autores ressaltam a questão da dificuldade que essas pacientes encontram no desenvolvimento de sua autonomia (BRUCH, 1982; HERSCOVICI; BAY, 1997).

Posteriormente, uma vez estabelecido o “vínculo de confiança”, há a necessidade de supervisão. Apontaram, também, a necessidade do paciente ser tratado por uma equipe multidisciplinar muito bem treinada.

“A gente que é da equipe de enfermagem, que está na linha de frente, deve ter uma super supervisão. Tem que ter um envolvimento multidisciplinar importante”. S. 7

“São as gerais para trabalhar na psiquiatria. Acho que precisa de treino porque é muito específico, e supervisão. Vão ter os que não gostam mesmo, não vai?” S. 7

Apesar de todas as dificuldades no relacionamento com pacientes com transtornos alimentares apontadas pelos sujeitos como fatores causadores de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, percebemos que esses profissionais também têm oportunidade de vivenciar a **satisfação** e o **prazer no trabalho**. Uma dessas oportunidades surge quando conseguem estabelecer o vínculo com o paciente, como podemos perceber nas falas:

(O caso mais agradável) “Foi encaminhada para o hospital, não aceitava os medicamentos. Ela estava internada por mais de seis meses, teve uma boa melhora e não voltou mais, não sei se ela vem no ambulatório... Ela tinha uma amizade, ela ficou como uma amiga. Ela disse que se eu precisasse dela fosse procurar e me deu um papel do local onde ela fica”. S. 4

(O caso mais agradável) “A F., aquela moça de Brasília. Era uma moça..., veio de Brasília..., veio de tão longe..., conseguiu se sair bem..., está namorando, estudando, ela vem no ambulatório e a gente vê que ela está bem. Então, acho que valeu a pena o esforço que ela fez. Ela se dava muito bem comigo, trazia presentinhos. Ela falava muito bem, dizia que queria que eu fosse o pai que ela não tinha”. S. 9

TAYLOR (1992) ressalta a importância do plano de assistência ser desenvolvido em colaboração com o paciente, de forma individualizada, em um esforço de capitalizar seus recursos. Esses trabalhadores consideram que para se ter melhor resultado, o atendimento deve ser **individualizado**, respeitando as características de cada pessoa.

“Cada pessoa é uma pessoa, deve-se direcionar o tratamento de acordo com o comportamento. Não deixa de ser um distúrbio de comportamento. Têm umas que fazem tudo direitinho, não precisa ficar em cima dela. Outras têm certo tipo de comportamento que você tem que vigiar mais, até que limitar algumas condutas”. S. 6

“Vejo como um paciente é, cada paciente é diferente um do outro. Procuro atender de forma individualizada, nem sempre tento. Se

você não fizer isso, quebra a cara e não consegue cuidar do pessoal". S. 9

"Ele deve ser diferenciado e individual, de outros quadros psiquiátricos. Individual, porque cada caso é um caso, se você pegar dois casos de anorexia; um não é igual ao outro, assim como na bulimia. Ele deve ser um esquema de atuação da equipe de enfermagem, ser bem coesa e mantida com rigor. Esse mantido com rigor, não é assim, a ferro e a fogo, deve ser considerado as dúvidas e as necessidades de cada paciente em separado". S. 5

De forma bastante simples talvez esse profissional queira passar a idéia de que o foco da atenção não deve ser a doença, mas sim a pessoa.

Como diz OLIVEIRA (1999): "este processo constitui-se para a enfermeira como percurso complexo de estratégias em direção à reconstrução da complexidade do seu objeto de trabalho, à 'existência/sofrimento' do sujeito em sua relação com o tecido social. Dessa forma o 'olhar' da enfermeira deixa de ser exclusivamente racional, técnico, ao invés dos sintomas, o 'olhar' está direcionado à pessoa com sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, aspectos que constituem precisamente o campo de inferência de tais sintomas. Então, a ênfase da prática da enfermeira deve ser a 'pessoa que sofre', e não a doença".

COELHO (1995) aponta que o trabalho com indivíduos com transtorno alimentar "exige respeito ao direito de ser diferente, à dimensão do outro e precisa se dar de forma aberta, livre de preconceitos e de padrões universalizantes. É uma relação que não reforça o controle e a submissão e se dá pelo diálogo, negando qualquer forma de violência institucionalizada e buscando caminhos para o estabelecimento de novas relações terapêuticas".

Considerações finais — as categorias em relação

Buscamos, neste estudo, identificar as representações sociais dos profissionais de enfermagem acerca dos transtornos alimentares, anorexia e bulimia nervosa, e dos indivíduos portadores desses transtornos, bem como correlacionar essas representações com as ações realizadas no cotidiano do trabalho desses profissionais em um hospital psiquiátrico.

Cabe aqui ressaltar que “o campo social, onde se inserem as pessoas, orienta a representação que delimita o campo das comunicações, dos valores e das crenças, que regem as condutas admitidas, que, por sua vez, retornam ao campo social, redefinindo-o” (SAWAIA, 1994).

Segundo essa autora “o estudo das representações, portanto, apresenta-se como eixo teórico privilegiado de análise do processo saúde-doença, na medida que possibilita o conhecimento dos referenciais das ações individuais e coletivas e da maneira como as pessoas se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença, remodelando-o.

A busca da compreensão da dinâmica estabelecida entre os níveis de saber envolvidos na prática institucional de atendimento ao indivíduo com transtorno alimentar – o saber de senso comum por um lado e o saber baseado em conhecimentos científicos especializados da área psiquiátrica, por outro – foi questão que perpassou todo o trabalho.

Portanto, durante a descrição dos conteúdos das falas procuramos fazer um paralelo desses dados com os encontrados na literatura especializada com a finalidade de realizarmos uma aproximação dos conhecimentos do universo de senso comum e universo reificado, uma vez que acreditamos que ao elaborar seu

discurso técnico-profissional, os componentes da equipe de enfermagem lançam mão dessas duas instâncias para construir suas próprias representações.

Emergiram as categorias que, de certa forma, foram orientadas num primeiro momento pelas ancoragens que percebíamos, sendo estas no modelo organicista, psicológico, familiar/social.

Fomos agrupando os dados, norteados pelo referencial teórico, segundo o qual as representações sociais são entendidas como pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade.

O primeiro núcleo de convergência de significados que se delineou foi com relação à concepção dos transtornos alimentares que deu origem à categoria “Construção do conhecimento”. Os sujeitos explicitam essa concepção descrevendo comportamentos nos quais identificam sintomas físicos, psíquicos e demandas psicossociais

É a partir dos sintomas físicos que os sujeitos, ancorados no modelo organicista, inicialmente localizam os transtornos alimentares no corpo do indivíduo. Neste aspecto, ROLIM (1993), ao estudar a representação social que os profissionais de enfermagem têm da doença mental, mostram-na apresentando um núcleo figurativo que aponta o cérebro como instância biológica de localização da doença mental.

Por sua vez, para MACHADO (1999), “o corpo físico representa, quase sempre, o objeto do referencial proposto pelo modelo médico-organicista. Este modelo determina a causa das patologias no corpo e institui suas terapêuticas somáticas”.

Ainda segundo a autora, “o cuidado ao doente mental como finalidade da Enfermagem Psiquiátrica, foi se definindo

historicamente passando pela estrutura e modelo médico ou da própria Enfermagem Generalista. Isto quer dizer que aprendemos, estudamos e somos formados para assistir o doente mental dentro de parâmetros gerais, através do conhecimento da psicopatologia e dos problemas e necessidades que afetam estes indivíduos”.

É, também, a partir do aspecto físico, magreza intensa, sua gravidade e do conseqüente risco de morte, que os entrevistados fazem a diferenciação entre os dois quadros: anorexia e bulimia. Os sujeitos consideram a anorexia mais grave que a bulimia. Na realidade ambas apresentam o mesmo grau de gravidade e risco de morte.

Algumas dúvidas quanto aos transtornos alimentares serem um distúrbio físico ou psíquico vão se evidenciando, já que, embora alguns apresentem-se fisicamente doentes, as manifestações psíquicas e suas conseqüentes alterações de comportamento se fazem presentes.

As representações que os sujeitos têm acerca dessas alterações de comportamento refletem um descontrole que se manifesta na esfera alimentar, com condutas extremas que oscilam do jejum ao comer em exagero (binge). Essa forma de explicar a anorexia e a bulimia nervosa como sendo um descontrole do indivíduo é uma representação social já identificada por outros pesquisadores, com relação à doença mental de uma forma geral.

Ao realizar um estudo das representações mentais dos pacientes atendidos em ambulatório de saúde mental, SCAZUFCA (1990) identificou que os sujeitos de sua pesquisa “formulam suas próprias teorias sobre a loucura. Geralmente consideram que a loucura se manifesta pelo descontrole, quando não se fala coisa com coisa, com as atitudes estranhas e o desespero” Por sua vez, MACHADO (1999), em seu estudo sobre os espaços de representação da loucura, conclui que “a doença mental é representada pelos sujeitos como um descontrole. Descontrole que atinge o corpo físico (a cabeça), a mente

e a alma nas instâncias subjetivas e altera a inserção social, criando um tempo de crises – crises de descontrole”.

De modo similar, esse tempo de crises também é retratado pelos sujeitos, por nós entrevistados, como um período da vida da pessoa, a adolescência. É na adolescência que o indivíduo sofre as maiores mudanças na vida e no corpo; é por si só um período de crise. Um adolescente que não tem limites, ou é inseguro e perfeccionista e, ao enfrentar um problema emocional, pode vir a apresentar uma alteração na conduta alimentar – uma perda de controle. Tenta controlar o peso na tentativa de controlar outras dimensões de sua vida.

Segundo LAWRENCE (1991), a anorexia surge como uma solução para um problema com o qual a pessoa acha impossível lidar de outra forma; como uma batalha em que as mulheres se jogam para superar a sua natureza humana. Ela acredita que a sensação de poder e controle que se busca, querendo passar por sensações físicas como frio e fome, para poder superá-las, pode esconder a falta de controle em outros aspectos da vida.

No tocante à crise da adolescência, cabe ressaltarmos o trabalho de HEVZEY (1984), no qual ele tece inúmeras considerações sobre a psicopatologia do adolescente. Desde as diversas mudanças que ocorrem no corpo, do status social, o acesso à maioridade e status profissional, que são impostas ao adolescente, até a integração do seu "Eu". Isso acarreta um esforço psicológico longo e difícil, que se desenvolve através de numerosos conflitos e que faz da adolescência um verdadeiro traumatismo; "a crise da adolescência". Ele deve, ao mesmo tempo, adquirir uma identidade estável e se separar de sua família; exige-se simultaneamente do adolescente separar-se de seus pais a fim de ser autônomo e assemelhar-se a eles (de se identificar com eles) para se tornar adulto. O conflito criado pelo paradoxo é agravado pelo despertar do conflito edipiano e da desidealização das

imagens parentais (os pais perdem sua imagem ideal de todo poderio e de perfeição que eles tinham aos olhos da criança).

Para esse autor, todas essas alterações, esses conflitos, fazem do adolescente um indivíduo vulnerável e estranho que desorienta aqueles que o cercam. No entanto, nada é neutro para o adolescente, e a seu respeito, a indiferença pode ser tão nociva como uma atitude muito enérgica. Os problemas de comportamento podem se exprimir sob as formas mais diversas e estrondosas, e nessa época da vida, deve ser entendida como um apelo. Entre as manifestações patológicas encontramos a anorexia nervosa e a bulimia.

Com relação aos sintomas psíquicos, a distorção da imagem corporal aparece de forma enfática, assim como características de comportamento manipulativo, auto-destrutivo, carência, baixo limiar à frustração e necessidade de chamar a atenção. Comportamentos estes que aproximam as anoréxicas e bulímicas do perfil de personalidade do indivíduo histérico.

RAMADAM (1985) considera como características sociais do indivíduo histérico a necessidade permanente de aceitação e aprovação, bem como de receber demonstrações de afeto e tendência para a atuação imediata e impulsiva sem a reflexão prévia, que possibilitaria atitudes mais conseqüentes e menos danosas. Essa atuação impulsiva determina uma alta incidência de tentativas de suicídio em personalidades históricas. Como características psicológicas ressalta o baixo limiar de tolerância à frustração, auto-estima exagerada, egoísmo, agressividade e inveja, imaginação exaltada que redundam na mitomania, sugestibilidade, déficit de crítica, ambigüidade, entre outras.

Para a psicóloga Suzanne Robell, em entrevista com GIANNINI; MICHELOTTI (1997), “as anoréxicas nos desafiam a pensar sobre o lugar que a mulher ocupa no mundo hoje”, já que “todas nós achamos que peso é defeito”. Afirmar ainda: “è paradoxal que, depois

da queima dos sutiãs, as mulheres aprisionem a fome, fazendo de conta que não sentem vontade de comer”.

Para ela, a anorexia mostraria as “seqüelas deixadas pelo feminismo dos anos 70, pois se vê “hoje mulheres muito insatisfeitas com as conquistas que tiveram”. Completa dizendo “como as histéricas de Freud traduziam os problemas sexuais da mulher no século passado, eu suspeito que as anoréxicas estão tentando dizer alguma coisa sobre todas nós”.

O sintoma distúrbio da imagem corporal também foi apontado como mais freqüente na anorexia que na bulimia; é considerado como o que caracteriza e identifica a anorexia nervosa. Segundo os entrevistados, é em função dele que as pacientes manifestam uma variedade de comportamentos dirigidos para a perda de peso. É intrigante notar que os sujeitos enfatizam essa distorção, mas não a correlacionam a uma causa específica, até porque a compreensão desse fenômeno permanece obscura mesmo na literatura especializada.

A compreensão da imagem corporal é complexa. A imagem física segundo FREEDMAN (1994), tem vários “aspectos constituintes, como: *visual* – o que você vê quando se olha para si mesmo; *mental* – como você pensa sobre a aparência; *emocional* – como você se sente sobre seu peso e altura; *cinestésico* – como você sente e controla as partes de seu corpo e *histórico* – moldada por toda uma vida de experiências, que incluem prazer e dor, elogio e crítica. Assim, “a imagem corporal envolvida por sentimentos positivos, possivelmente refletirá de maneira também positiva sobre o autoconceito e auto-estima, fortalecendo particularmente o valor pessoal e poder social”.

Já, para SANTOS (1996), “a imagem corporal é um construto multidimensional, dinâmico, mutável e fundamentalmente

social, formado a partir de uma combinação complexa de atitudes, sentimentos e valores” e afirma que para a melhor compreensão de seu significado é necessário que se conheça não só os seus componentes mas também o processo de sua construção. O enfermeiro deve compreender os conceitos referentes à abordagem da imagem corporal, incluindo aspectos relacionados ao seu desenvolvimento.

Por outro lado, os depoentes concebem também os transtornos alimentares ancorados em uma perspectiva social, na qual estão embutidos um padrão estético determinado culturalmente e veiculado pela mídia e a influência da família enquanto um grupo social primário.

SANTOS (1996) afirma que é a aparência, a beleza, a imagem da saúde transbordante, fundamentais na sociedade ocidental moderna, que influenciam tanto a percepção e valorização do sujeito pelos outros como por si próprio. Segundo essas representações, a beleza é importante forma de poder social e fonte de forças motivacionais quando se trata da luta pelo aprimoramento ou manutenção da imagem social-subjetiva.

Esse fato atinge a população de adolescentes em sua fase de conquista de sua individualidade e de auto-afirmação no mundo.

CASTILHO (1999) afirma que “do nascimento à morte, nossa aparência física é parte importante do que somos, tanto para os outros quanto para nós mesmos. O desenvolvimento da percepção corporal se dá de forma gradativa e contínua desde que nascemos, terminando no final da adolescência. A forma de pensarmos, sentirmos e reagirmos frente à percepção de nossos atributos físicos vem influenciar a caracterização de nossa personalidade”

Ainda ancorados nessa perspectiva social, os sujeitos do estudo consideram que a sociedade, através da imposição de padrões estéticos de beleza, vai influenciar as profissões nas quais as pessoas usam o próprio corpo como seu instrumento de trabalho.

Retomando a questão da influência da família, SHIMIZU (1996) considera que “a conduta humana só pode ser explicada em função dos vínculos que o sujeito estabelece com o ambiente”. “Nesta perspectiva, a família é o primeiro grupo social, isto é a primeira instituição social na qual o indivíduo se insere e a matriz geradora dos processos de interação”.

Nos depoimentos dos entrevistados verificamos que, também, os valores e crenças familiares influenciaram, de forma direta ou indireta, a origem do transtorno enquanto parte dessa sociedade que faz pressões e que atua na formação do sujeito, interferindo na construção de sua imagem corporal.

MACHADO (1999), em investigação na qual objetivou desvelar as representações que o sujeito doente mental elabora sobre o seu processo saúde-doença mental, ressalta que “a família, representada fortemente pela figura materna, oferece categorias explicativas e reguladoras para os sujeitos, direciona a ação nas buscas de ajuda, caminhando ora na direção da Psiquiatria, ora na direção da Religião.”

E é nessa família que os entrevistados identificam inicialmente a falta de limites, fator este que os entrevistados apontam como algo que permeará os relacionamentos interpessoais entre os pacientes e os profissionais, causando uma série de sentimentos desagradáveis.

SARTI (1997) considera que a falta de limites observada na família leva a pessoa a ter dificuldade de desenvolver seu senso de autonomia. No processo de contestação do padrão tradicional de autoridade familiar, houve uma confusão entre os excessos de

autoridade do tipo tradicional e o exercício legítimo e necessário da autoridade da família, levando a uma permissividade que tem prejudicado particularmente as crianças, que ficaram sem limites estabelecidos. Segundo ele, Piaget mostrou como a autoridade exercida pelo respeito unilateral gera uma moral heterônoma em que o sujeito é incapaz de agir e julgar com seus próprios recursos. A autonomia, segundo Piaget, “consiste em compreender o porquê das leis que a sociedade nos impõe e que não somos livres para recusar”.

Esse autor afirma, ainda, que “a criança educada à base da imposição de regras, sem entender o porquê (sem desenvolver, portanto, o sentido de si), ou aquela que ignora que não podemos recusar as regras (sem internalizar, o sentido do *outro*) formará uma moral heterônoma e tenderá a ser um adulto incapaz de escolher”.

Acrescenta que “o não desenvolvimento da autonomia leva ao tipo de comportamento compulsivo, em que o indivíduo não tem o domínio de sua própria individualidade”. Esse domínio é condição para desfrutar das possibilidades de emancipação do nosso tempo, porque a fruição de um projeto igualitário demanda essa noção de limites pessoais e esse sentido do *outro*. A experiência de democratização da vida cotidiana familiar reflete-se no plano da cidadania, ao prover os indivíduos de recursos para participar democraticamente na esfera pública, a partir da internalização do princípio da autonomia que potencializa sua capacidade de discernir, julgar e escolher.

Percebemos, também, que a dinâmica familiar e as crises deflagradas nas relações parentais são descritas pelos sujeitos como fatores desencadeantes e mantenedores dos transtornos alimentares.

Há que se ressaltar também as unidades de significação nas quais os indivíduos expressam a concepção de incurabilidade dos transtornos alimentares e sua relação com outros quadros mórbidos como a depressão e sintomas obsessivo-compulsivos.

No segundo núcleo de convergência de significados – “Campo da ações/sentimentos” – estão inseridas as representações acerca do processo de cuidar e dos sentimentos que emergem durante esse processo. A forte ligação entre o agir e o sentir não nos permitiu realizar a análise em separado. Ressaltamos que, pensamentos, sentimentos e ações são indissociáveis e que “conhecer, sem sentir e agir é mera ideologia; agir, sem conhecer ou sentir é automatismo; sentir, sem conhecer e agir é apenas fantasia; sentir e pensar sem a possibilidade de ação é loucura/alienação” (SAWAIA, 1994).

Fica explícito nos discursos que o processo de cuidar surge primeiramente representado em limite/controle, onde se evidencia a grande carga de sofrimento psíquico do trabalhador.

Para nós, fica uma sensação pois de conflito que o profissional experimenta quando percebe a dificuldade que os pacientes experimentam em tomar decisões, em ter controle sobre sua própria vida, colocando-a em risco muitas vezes o que leva o profissional a uma postura de limite / controle, considerada excessiva por ele próprio, pois não redundava em amadurecimento por parte do paciente, que continua sem possibilidades de vivenciar uma verdadeira autonomia.

Essa postura de controle por parte da equipe de enfermagem nos remete às raízes históricas da Enfermagem Psiquiátrica cujo papel, durante anos, era essencialmente custodial.

No tocante ao conflito vivenciado pelo profissional, vale a pena ressaltar aqui a fala de FILIZOLA (1999): “Percebo, hoje, que muitas das angústias e questionamentos que permeavam o meu trabalho como enfermeira, não eram específicos dessa categoria, mas de todos os trabalhadores que atuam na área, pois, se um dia questionei o papel opressor do enfermeiro, o que hoje tem sido denominado de mandato social de exclusão, vejo que esse não era somente do enfermeiro mas de todos os trabalhadores da área.”

Todas essas afirmações apontam para a necessidade de uma nova prática da enfermeira e, nesse aspecto, OLIVEIRA (1999) assevera que “parece ser possível afirmar que é na prática concreta que se cria um campo de possibilidades para que a enfermeira repense seu objeto de trabalho. Ao invés de ter como objeto de trabalho a organização institucional, a doença como ocorre no modelo manicomial, o seu objeto passa a ser o sofrimento, a dor psíquica do sujeito e sua relação com o contexto histórico-social (a família, os amigos, a comunidade)”.

Entre o fatores geradores de sofrimento estão, pois, o risco de suicídio, o risco de vida em função das complicações clínicas e a dificuldade da paciente aceitar o tratamento que, apesar de todo esforço do profissional, o resultado nem sempre é favorável e as recaídas são comuns. Apontam, também, a necessidade de controlar os próprios sentimentos frente aos inúmeros comportamentos manifestados pelas pacientes.

É principalmente o risco de suicídio que provoca sentimentos muito fortes e contraditórios, gerando desgaste emocional intenso no trabalhador de enfermagem, que assume maior grau de responsabilidade pelas pacientes.

Nesse sentido, MIDENCE (1996) afirma que quando um paciente comete suicídio, a equipe de enfermagem pode se sentir como se tivesse falhado e o hospital, os parentes do paciente e a mídia podem assumir que o suicídio poderia ter sido prevenido se precauções apropriadas tivessem sido tomadas.

O impacto que esse ato causa a todos, afirma MELEIRO (1997), mostra a complexidade dos aspectos em que ele deve ser considerado: filosófico, ético, jurídico, sociológico, religioso, além dos aspectos psiquiátricos, psicológicos, psicanalítico, epidemiológico e preventivo.

Por outro lado, essa autora esclarece que “a tentativa de suicídio muitas vezes é uma ação manipulativa, controladora e uma imposição por parte do paciente. Uma doença pela qual ele é parcialmente responsável, com o objetivo de forçar a atenção para si e uma alteração no meio”.

A equipe de enfermagem, para evitar a tentativa de suicídio, assume uma postura controladora frente ao paciente e para se protegerem do estresse causado, utilizam-se de mecanismos de defesa.

Tais mecanismos de defesa, como a fragmentação do relacionamento enfermeira-paciente, despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimento, são utilizados pela equipe de enfermagem, segundo MENZIES (s.d.), mas são gerados pela natureza da instituição e, conseqüentemente, pelos serviços que esta equipe presta.

Como dissemos anteriormente, o cuidar, aparece ainda fortemente representado pelo limite/controle. Porém, começa a despontar uma intencionalidade do cuidar permeada por atitude de acolhimento, quando as ações de cuidado ocorrem através da escuta, de estabelecimento de vínculo de confiança e da necessidade de respeito à individualidade de cada paciente.

O cuidado apresenta-se, pois, como uma tendência a um fazer mais holístico, transcendendo o fazer puramente técnico, incorporando a concepção de um cuidar mais global, preocupado com as questões da subjetividade do indivíduo e, portanto, permeado pela afetividade, quando os profissionais demonstram sua preocupação que ultrapassa a percepção meramente física, na busca da compreensão do sofrimento psíquico do sujeito com transtorno alimentar.

MACHADO (1999) ressalta que “orientar e favorecer as relações afetivas, os vínculos sociais do doente mental, deveria ser um compromisso real dos profissionais de saúde mental”. Acrescenta que

“as representações sociais poderiam ser elaboradas e reelaboradas no bojo da discussão, da vivência diferenciada, da ousadia discursiva e prática, da mudança paradigmática”.

É interessante notar que quando os entrevistados estabelecem o vínculo de confiança com as pacientes, é que expressam sua satisfação e prazer no trabalho. OLIVEIRA (1999) afirma que “escutar, conviver, criar vínculos e ser solidário começam a fazer parte da nova maneira de ser enfermeira em saúde mental”

A pessoa que escuta o paciente, ajuda a esclarecer os termos dos problemas e a favorecer a autonomia das decisões (SARACENO, 1997).

Os sujeitos identificam a necessidade de ampliar o seu conhecimento, para que seu agir tenha um sentido, isto é, finalidade realmente terapêutica. Apontam a necessidade de receberem supervisão, o que denota uma ação crítica e reflexiva do seu agir.

Reconhecemos que “para se promover a saúde não basta ensinar novos conhecimentos e padrões, é preciso compreender os motivos e emoções que medeiam tais conhecimentos e práticas desvelando a base afetivo-volitiva do agir e pensar. Em outras palavras, as relações, a consciência e as ações não são apenas cognitivas e sociais; elas têm carga afetivo-simbólica” (SAWAIA, 1994).

O enfermeiro, enquanto agente de saúde, educador que atua como intermediário entre o conhecimento científico e o senso comum, deve ampliar suas dimensões do cuidar, buscando estratégias que privilegiem o paciente, seu sofrimento, sua dor e, assim, ambos possam encontrar uma forma mais confortável de estar no mundo.

Nessa nova dimensão, CHILDS-CLARKE (1994) descreve que esse profissional ocupa um espaço ideal para atuar como

educador e deve trabalhar usando recursos da terapia cognitivo-comportamental com essas pacientes, individualmente e em grupo.

Esse enfoque, não se resume apenas em observar a conduta alimentar e evitar o vômito, afirma HERSCOVICI; BAY (1997), mas principalmente incita o questionamento dos pensamentos do doente, em profundidade, e permite a reestruturação cognitiva, modifica as crenças desajustadas e irracionais que mantêm e reforçam os padrões alimentares.

É para a criação de uma estrutura intermediária, para a superação da intervenção tradicional na área de saúde mental que o profissional deve ter uma postura frente ao ser que adoece, de modo que o autorize na expressão de sua dor. É preciso que o profissional crie condições para que o paciente possa comunicar seu sofrimento. O problema não mais se focaliza na vida produtiva, mas na produção de vida, de sentido, de sociabilidade, afirma MEDEIROS (1993).

Concluimos que os achados obtidos neste estudo estão em estreita relação com a necessidade de novas dimensões do cuidar aqui apontadas e nos propiciaram uma compreensão mais profunda de nossas ações enquanto enfermeiras e educadoras.

Para não ficarmos no mundo da fantasia e, portanto, alienados, presos às nossas ideologias e agindo de forma automatizada é que buscamos compreender as ações dos profissionais de enfermagem norteadas pelas suas representações acerca do indivíduo com transtorno alimentar. Conhecer e compreender a trama onde estão inseridos os profissionais de enfermagem e as pacientes, as ações cotidianas e os sentimentos subjacentes é uma tarefa bastante difícil, porém, somente através deste conhecimento é que novos caminhos poderão ser trilhados na busca de uma assistência que privilegie o ser humano em sofrimento psíquico. É preciso dirigir nossa atenção, buscar compreender o conteúdo afetivo-simbólico, que

os indivíduos imprimem em suas relações e cuidar de todos os envolvidos nessa rede de relacionamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATO, D.L. Desordens alimentares. **Nova**, v. 25, n. 4, p.164-7, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, Lisboa, Edições 70, 1994.

BEMPORAD, J.R. Self-starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. **Int. J. Eat. Disord.**, v. 19, n.3, p.217-37, 1996.

BOARINI, M.L. **A criança, sua representação social de família, seu comportamento**. São Paulo, 1983, 255 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BUSSE, S.R. Anorexia nervosa. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. eds. **Adolescência - normal e patológica**. São Paulo, Lemos, 1999, p.103-23.

BRUCH, H. Anorexia nervosa: therapy and theory. **Am. J. Psychiat.** v. 139, n.12, p.1531-8, 1982.

CASTILHO, C.D. et al. Apetito y nutrición. **Rev. Chil. Pediat.** 61, n.6, p.346-53, 1990.

CASTILHO, S.M. **Imagem corporal nos transtornos alimentares: aspectos clínicos e psicopatológicos**. São Paulo, 1999. 183 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

CHILDS-CLARKE, A. Nursing care of bulimia with cognitive behavioural therapy. **Nurs Times**. v.90, n.40, p.40-2, 1994.

CHITTY, K.K. Clients with eating disorders. In: WILSON, H.S.; KNEISL, C.R. eds **Psychiatric nursing**. 5.ed. Califórnia, Addison - Wesley, 1996. cap. 18, p.420-45.

- COELHO, V.P. **Fome de ser feliz - histórias de vidas de mulheres com transtornos alimentares.** São Paulo, 1995. 165p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica.
- CORDÁS, T.A. **Fome de cão,** São Paulo, Maltese, 1993, cap.1, p.17-27: Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia nervosa.
- CORDÁS, T.A. **Bulimia Nervosa:** diagnóstico e proposta de tratamento, São Paulo, Lemos, 1998, cap.1, p.15-7: Introdução histórica.
- CORDÁS, T.A.; NEGRÃO, A.B. - Anorexia nervosa. In: ASSUMPÇÃO JR., F.B. ed. **Psiquiatria da infância e da adolescência.** São Paulo, Livraria Editora Santos, 1994. cap. 27, p.283-90.
- CORDÁS, T.A.; BUSSE, S. R. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: LOUZÃ NETO, M. R. et al. (organs). **Psiquiatria básica.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1995. cap.14, p.273-82.
- CORDÁS, T.A.; SEGAL, A. Bulimia nervosa - aspectos clínicos. **J. Bras. Psiquiat.** v. 44, p.20-4, 1995. Suplemento 1.
- CORDÁS, T.A.; NEVES, J. E. P. das Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Rev. Psiquiat. Clín.** v.26, n.1, p.41-7. 1999.
- COZZI, D.; CECILIA, C. Senso comune e rappresentazione della malattia mentale. **Per Salute Mentale,** n.4, p.61-71, 1988.
- FALCONE, E.M. de O. A avaliação de um programa de treinamento de empatia com universitários. São Paulo, 1998. 186p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- FILIZOLA, C. L.A. **O trabalho em um núcleo de atenção psicossocial do município de Santos (SP) – resgatando desejos, reconstruindo projetos de vida em um tempo de milagres.** Ribeirão Preto, 1999. 220p. Tese

(Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FLAHERTY, J. A. ; CHANNON, R.A. ; DAVIS, J.M. **Psiquiatria - diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

FRANCISCO FILHO, J.; HORI HIGA, C.M. Sentimentos manifestos na prestação de cuidados de enfermagem a pacientes com anorexia nervosa. **Informativo Paulista**. n.5, dez. 96/fev. /97. Apresentado no 48. Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, 1996. p.347 (Resumo).

FRANCO, M.L.P.B. **O que é análise de conteúdo**. São Paulo, PUC, 1986. /Mimeografado/

FREEDMAN, R. **Meu corpo... meu espelho: aprendendo a conviver com seu corpo, a aceitar seu visual e a gostar cada vez mais de você**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994.

GELAZIS, R.S. ; KEMPE, A.R. Terapy for clients with eating disorders. In: RAWLINS, R.P. ; WILLIAMS, R. ; BECK, C.K. **Mental health - psychiatric nursing: a holistic life - cycle approach**. 3.ed. St. Louis, Mosby, 1996. cap.31, p.615-32.

GIANNINI, D. ; MICHELOTTI, G. Sem fome de viver. **Revista da Folha**, v. 6, n. 285, p.10-5, 1997.

GIL, A .M.V.P. O estudo das representações sociais como fundamento para a pesquisa em psicologia e outras ciências sociais. **Revista Universidade Guarulhos**, v.3, n.2, p. 26-33, 1998.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. Adm. Empresas**. v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOLDBLOOM, D.S., GARFINKEL, P.E. Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: GARFINKEL, B.D. ; CARLSON, G.A ; WELLER, E.B.

- eds. - **Psychiatric disorders in children and adolescents**. Philadelphia, Saunders, 1990. cap.7, p.106-20.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa: In: MINAYO, M.C.de S. org. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis, Vozes, 1998. p. 67-80.
- GORMAN, M. Substanceabuse. **Am. J. Nurs.** v.98, n.5, p.16, 1998.
- GRANDO, L.H.; ROLIM, M.A. Transtornos alimentares: desafio para a enfermagem. **J. Bras. Psiquiat.**, v.48, n.11, p.521-8, 1999.
- HALEK, C. Eating disorders - the role of the nurse. **Nurs. Times**, v.93, n.28, p. 63-6, 1997.
- HERSCOVICI, C.L. - **A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares**. Trad. de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- HERSCOVICI, C.L.; BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia**. Trad. de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- HEVZEY, M.F.L. Psychopathologic de l'adolescent. **Revue l'Infirmière**, v.38, n.20, p.19-21, 1984.
- HOLODAY-WORRET, F. **Psychiatric nursing care plans**. 3.ed. St. Louis, Mosby, 1999. cap.10, p.209-21: Eating disorders.
- IRWIN, E.G. A focused overview of anorexia nervosa and bulimia: part II - challenges to the practice of psychiatric nursing. **Arch. Psychiat. Nurs.**, v. 7, n.6, p.347-52, 1993.
- JACOBSSON, C.; et al. Eating despite severe difficulties: assessment of poststroke eating. **J. Clin. Nurs.**, v. 5., p.23-31, 1996.
- KANAANE, R. **O ensino técnico profissional e sua representação social: análise de uma escola técnica estadual do município de São Paulo**. São

Paulo, 1989. 500p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

KAPLAN, H.I. et al. **Kaplan and Sadock's - sinopsis of psichiatry:** behavioral sciences, clinical psichiatry. 7.ed. Baltimore. Willians & Wilkins, 1994. cap. 22 p.682-95: Eating disorders.

KRUPNICK, S.L.W.; WADE, A.J. **Psychiatric Care Planning.** Pennsylvania, Springhouse, 1993, p.208-16: Eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa.

LAWRENCE, M. **A experiência anoréxica.** Trad. de Talita M. Rodrigues. São Paulo, Summus, 1991.

LEME, M.A.V. da S.; BUSSAB, V.S.R; OTTA, E. A Representação social da psicologia e do psicólogo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.9, n.1, p.29-35, 1989.

LEMOS, D.O. **As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez - uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal.** Florianópolis, 1994. 119p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LEMOS, A. A busca pelo corpo perfeito atinge crianças. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 mai. 1999. Caderno 3, p. 5.

LOPES, C.F et al. A moda perigosa da mulher - palito. **Globo Ciência**. v. 6, n. 70, p. 38-47, 1997.

MACHADO, A .L. **Espaços de representação da loucura:** religião e psiquiatria. São Paulo, 1999. 127p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-4). Trad. de Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, p. 511-22.

- MECLER, K. et al.. Estudos qualitativos em saúde mental: uma introdução. **J. bras. Psiquiat.**, v.45, n. 5, p. 285-90, 1996.
- MEDEIROS, E, de et al. Grupo de familiares de hospital-dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica. **J. bras. Psiquiat.**, v.42, n. 8, p.449-51, 1993.
- MELEIRO, A.M.A.S. O paciente suicida no Hospital Geral. **Cadernos do IPUB**, n.6, p.107-21. 1997.
- MENZIES, I. **O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade.** São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, s.d. /mimeografado/.
- MIDANCE, K. et al. The effects of patient suicide on nursing staff. **J. Clin. Nurs.**, v.5, n.21, 1996, p.115-20
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde.** Rio de Janeiro, 1989. 269p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ.
- MINAYO, M.C. de S. org. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 9.ed. Petrópolis, Vozes, 1998.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representation. **Eur. J. Soc. Psychol.** v.18, p.211-50, 1988.
- MUSCARI, M. E. Screening for anorexia e bulimia. **Am. J. Nurs.**, v. 98, n. 11, p.22-4, 1998.
- NARCHI, N. Z. **O uso de indicadores de desempenho institucional na avaliação de cursos técnicos de enfermagem.** São Paulo, 1999. 178 p.

Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

OLIVEIRA, M.A. de C. **A reprodução humana em uma sociedade de classes: estudo dialético das representações de um conjunto de enfermeiras.** São Paulo, 1988. 242p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, F.B. de **Construção dos centros de atenção psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade.** São Paulo, 1999. 202p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças de problemas relacionados à saúde. (CID-10).** São Paulo, EDUSP, 1996. 2v.

PÉREZ, B. B. Bulimia nervosa: um transtorno alimentar. **Enf. Cient.**, Madrid, n. 172 / 173, p. 42-7, 1996.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** 3. ed. São Paulo, Hucitec, 1994.

RAMADAM, Z.B.A. **A histeria.** São Paulo, Ática, 1985.

RAWLINS, R.P.; HEACOCK, P.E. **Clinical manual of psychiatric nursing,** 2.ed. St. Louis, Mosby, 1993. p. 37-47.

ROLIM, M.A . **As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas.** São Paulo, 1993. 137p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ROSA, A.S. de The social representations of mental illness in children and adults. In: DAISE, W. ; MOSCOVICI, S. **European current issues in social psychology.** Cambridge, Cambridge University Press, 1987. v. 2, cap.2, p.47-138.

- SALLES, L.M.F. Representação social e cotidiano. **Didática**, v.26/27, p.11-20, 1991.
- SANTOS, V. L. C. de G. **A bolsa da mediação “estar ostomizado”- “estar profissional” análise de uma estratégia pedagógica**. São Paulo, 1996. 174p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- SARACENO, B. et al. **Manual de saúde mental**. 2.ed., São Paulo, HUCITEC, 1997
- SARTI, C.S. Família e individualidade; um problema moderno. In: CARVALHO, M. do C.B. de (org.) **A família contemporânea em debate**. 2.ed. São Paulo. EDUC/ Cortez, 1997. p.39-49.
- SATO, L. **Abordagem psicossocial do trabalho penoso**: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano. São Paulo, 1991. 119p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica.
- SAWAIA, B. B. Análise psicossocial do processo saúde doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.28, n.1, p.105-10, 1994.
- SCAZUFCA, M. **O usuário de calmantes**: um estudo das representações mentais de pacientes atendidos em ambulatórios de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1990. 186p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SHIMIZU, H.E. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital - escola. São Paulo, 1996. 188p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.33, n.1, p.95-106, mar.1999.

- SCHWARTSMAN, H. O culto ao físico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 set. 1999. caderno 5, p.11.
- SPINK, M.J.P. **As representações sociais e sua aplicação em pesquisa em área de saúde**. São Paulo. 1989. /Mimeografado/
- SPINK, M.J.P. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente**. São Paulo, Robe, 1993.
- STUART, G.W. ; SUNDEEN, S.J. **Pochet Guide to Psychiatric Nursing**. St. Louis, Mosby, 1995. cap. 17, p.357-74: Eating regulation responses and eating disorders.
- TAYLOR, C.M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. cap. 22, p.329-49: População em risco - crianças e adolescentes.
- VIEIRA, C.L. Ser magra a todo custo. **Rev. Marie Claire**. n. 80 , p.188-9, 1997.
- WALSH, B.T.; DEVLIN, M.J. Eating disorders: progress and problems. **Science**, v.280, n. 5368, p.1387-90, 1998.

ANEXO I

Perfil do entrevistado

Iniciais:

Idade:

Sexo:

Escolaridade/formação:

Tempo de Formado:

Função atual:

Tempo de trabalho nessa instituição:

Experiência anterior em psiquiatria:

Tempo de trabalho nessa enfermaria, com pacientes com distúrbios alimentares:

- 1- Teve algum tipo de treinamento para trabalhar com pacientes anoréxicos e bulímicos? Sentiu falta de preparo para trabalhar com eles?
- 2- Para você o que é anorexia nervosa?
- 3- Para você o que é bulimia nervosa?
- 4- Que tipo de pessoa você acha que ficaria com maior facilidade com esses transtornos? Descreva como é uma pessoa com transtorno alimentar?
- 5- Quais as causas que você atribui ao transtorno alimentar?
- 6- Como o paciente com esse transtorno deve ser tratado? Acha que a pessoa com esse transtorno tem cura?
- 7- O que sente quando está perto de um paciente com transtorno alimentar?
- 8- Para você, quais as características necessárias para trabalhar com esse tipo de paciente?
- 9- Qual é a sua atuação junto aos pacientes com transtorno alimentar? (Como pode ser a sua atuação na assistência à eles?) O que faz?
- 10- Como você percebe a influência da família em todo o processo de desenvolvimento dos Transtornos Alimentares?
- 11- Fale de um caso mais agradável.
- 12- Fale de um caso mais difícil.