

## **PSICOLOGIA CLÍNICA E A RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES ANORÉXICOS**

Patrícia da Silva Dias <sup>1</sup>

Ms. Roberson Geovani Casarin <sup>2</sup>

### **RESUMO**

A Anorexia Nervosa é considerada um transtorno alimentar que constitui um problema de saúde grave. Sua incidência abrange principalmente adolescentes mulheres, embora também existam relatos masculinos. Seus sintomas resultam em prejuízos fisiológicos, mas, sobretudo psíquicos. A psicoterapia nesse sentido toma fundamental importância para tratamento dessa doença, uma vez que este transtorno não pode ser visto apenas pelo prisma biológico. Participaram deste estudo cinco psicólogas que responderam ao questionário online e que já haviam atendido ou estavam atendendo pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa. Esta pesquisa teve como objetivo verificar com psicólogos clínicos se o reenquadramento do prazer alimentar é tido como importante no tratamento de pacientes anoréxicos. A metodologia utilizada neste estudo se constituiu no método qualitativo. Sua qualificação se dá através de significado dos fenômenos de estudo apoiados pelos exercícios de interpretação e compreensão, pautados nas observações feitas por LIMA <sup>(28)</sup>. Nos resultados foi possível identificar algumas ações sobre o manejo de estratégias psicológicas no tratamento da doença, como também proporcionou analisar indícios de reelaboração cognitiva quanto ao prazer alimentar na Anorexia Nervosa. Conclui-se, que são pertinentes questões subjetivas quanto ao prazer alimentar diante da patologia Anorexia Nervosa, uma vez que o tratamento é voltado para o fortalecimento do aparelho psíquico do paciente.

**Palavras – Chave:** Anorexia Nervosa, Prazer, contemporaneidade, psicoterapia.

### **CLINICAL PSYCHOLOGY AND THE REFRAMING FOOD PLEASURE IN PATIENTS IN THE TREATMENT ANOREXIC**

#### **ABSTRACT**

Nervous Anorexics is considered an eating disorder that is a serious health problem. It's incidence is greater mainly in female adolescents and women, although there are also male reports. Its symptoms result in physiological damages, but above all psychological ones. Psychotherapy is very important for the treatment of this disease, since this disorder cannot be seen only by the biological perspective. The

study included five psychologists who had already attended or were attending patients diagnoses with Nervous Anorexics, not considering specifically the their theoretical approach. This research aimed to check if clinical psychologists considered the reframing of food pleasure as an item of importance in the treatment of anorexic patients. The methodology used in this study was constituted in the qualitative method. Your qualification through of meaning of the phenomena of study supported by exercises of interpretation and understanding, based on comments made by LIMA (28). From this point, it was possible to identify some actions on the management of psychological at treating the disease, treatment, but also it was possible to analyze an evidence of cognitive re-elaboration related to feeding pleasure in Nervous Anorexics. We conclude therefore that there are relevant subjective questions involving the food pleasure at the Nervous Anorexics pathology, since the treatment is aimed at strengthening the patient's psychic apparatus.

**Keywords:** Nervous Anorexics, pleasure, contemporary, psychotherapy.

## 1. INTRODUÇÃO

A Anorexia Nervosa, embora seja uma doença considerada moderna, tem suas raízes firmadas em tempos muito antigos, nos quais os jejuns exagerados eram práticas comuns entre mulheres religiosas, pois se acreditava que quanto maior o tempo sem se alimentar maior a aproximação da santidade. A privação de alimentos não era vista como um problema, porém com o avanço dos estudos, descobriu-se a doença Anorexia Nervosa com seus sintomas assombrando o mundo contemporâneo, causando polêmicas entre os estudiosos <sup>(1)</sup>.

Atualmente este transtorno alimentar ganhou outro espaço, tornando-se um sério problema de saúde pública, pois questões ligadas aos padrões sociais, familiares, culturais e psíquicos são contribuintes para o desenvolvimento desta doença, uma vez que o alimento deixou de ter apenas funções nutritivas para o organismo e passou a ser envolvido em situações aversivas diante daqueles que veneram um corpo magro e esguio <sup>(2)</sup>.

Essa pesquisa teve como objetivo verificar junto a psicólogos clínicos se a re-significação do prazer alimentar consta como item de importância no tratamento de pacientes anoréxicos, partido do pressuposto que o prazer alimentar é social, ou seja, o ato de comer está ligado a uma fonte de prazer oral e também de gratificação do outro, esse outro que é social.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar junto a psicólogos clínicos se a re-significação do prazer alimentar consta como item de importância no tratamento de pacientes anoréxicos.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as ações dos psicólogos voltadas ao fortalecimento do processo de re-significação do prazer alimentar.

Conhecer as técnicas utilizadas por psicólogos clínicos no tratamento da anorexia nervosa;

Descrever se nas diferentes abordagens psicológicas consta como objetivo da terapia a restauração do prazer alimentar;

## 3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ANOREXIA NERVOSA

A evolução do nome da anorexia recebe relevância à medida que o uso do termo não obedece estreitamente a sua definição etimológica. O sentido original da palavra anorexia procede do grego – *anorexis*, onde *an* significa ausência ou deficiência de, e *orexis*, apetite. No entanto segundo o dicionário ilustrado da saúde de Silva, Silva e Viana <sup>(1)</sup> somente o nome Anorexia significa inapetência ou ausência de fome. Porém a combinação das palavras Anorexia Nervosa significa um estado caracterizado por profunda aversão a alimentos, devido a transtorno histérico.

A Anorexia Nervosa pode ser classificada como uma doença da modernidade por estar intimamente ligada às relações culturais, no entanto esse tipo de transtorno alimentar já existia em outros períodos e culturas, de acordo com Weinberg <sup>(2)</sup> povos antigos incluíam o jejum espontâneo como exercício religioso, acreditava-se que abster-se de alimento era uma forma de purificação. A prática por vezes ganhava tamanha força que prolongavam o jejum, em alguns casos levando à morte. Isso era entendido como um afastamento do mundo material e proximidade ao mundo espiritual. Essa prática era comum entre os religiosos e filósofos orientais.

Várias mulheres conhecidas como santas jejuadoras aderiram à prática de jejuns autoimpostos na busca da santidade, Santa Clara de Assis (1193-1253) foi uma delas. Desde menina tinha demonstrado tamanha fé religiosa e em sua adolescência foi seduzida pelas pregações de Francisco, atualmente conhecido como Francisco de Assis. Ela tornou-se sua seguidora, Francisco por vez obteve para ela um convento associado à igreja de São Damião. Clara permaneceu neste convento até sua morte no ano de 1253. Dedicou-se aos trabalhos de maneira incansável, mesmo tendo passado 28 anos doente devido às privações de alimentos impostos pelos jejuns. Mesmo neste período, considerava a si mesma como sendo uma pessoa sã e forte, isso fazia com que jejuasse todos os dias. Este mesmo comportamento pode ser observado às anoréxicas atuais, não se veem como doentes, têm perfis de

teimosia, rigor consigo mesmas, desejo de querer se excluir e este quadro remete muito aos de Anorexia Nervosa nos dias atuais <sup>(2)</sup>.

Na literatura o primeiro relato médico sobre pessoas que se privavam de alimentos foi de Richard Morton. Sua publicação no ano de 1689, apresenta análise de caso de uma jovem de dezoito anos que renunciava insistentemente qualquer proposta para alimentar-se, estava padecia de indução de vômitos, as evidências do distúrbio eram biológicos e psicopatológicos, isso faz referência à *consumpção* nervosa. Apesar de Morton se sobressair em seu conhecimento e estudo minucioso sobre a descrição da anorexia nervosa, ficou mais conhecido com trabalhos sobre tuberculose, somente ao longo dos séculos XVIII E XIX, que a literatura médica sobreveio a fazer referências ocasionais mais sistemáticas sobre estados de auto-inanição e consequente emagrecimento <sup>(4)</sup>.

### 3.1 ANOREXIA NERVOSA: UMA QUESTÃO CONTEMPORÂNEA

A veneração corporal sempre esteve circulando na sociedade. Embora o conceito estético tenha mudado ao longo dos anos, o corpo sempre foi motivo de associação ao perfil de beleza ideal e acréscimo social, sendo hoje a magreza o modelo preponderante de belo. Há de se destacar, que ser magro e esguio não está somente ligado à mídia, mas também é uma exigência imposta a outro lado da população, como por exemplo, os atletas, ginastas, dançarinas, numa busca de padronização constante <sup>(5, 6)</sup>.

Não é possível dizer que exista uma epidemia de transtornos alimentares na contemporaneidade, porém não se pode negligenciar aos níveis crescentes de casos, pois estes têm sido significativos. A cultura atual contribui para a preocupação excessiva com a imagem corporal e os que mais se encaixam nesse perfil são meninas adolescentes <sup>(7)</sup>.

Ao longo do tempo o padrão de beleza sofreu várias transformações, mas sempre tendo conceitos normativos do belo, principalmente quando relacionados à mulher, ou seja, práticas e hábitos sempre tiveram ligação com definições socioculturais, havendo então, muitas vezes contradição entre a aceitação de suas próprias características com o ideal de formas sociais valorizadas. Assim, as épocas mudam, porém a essência da exigência é a mesma. A diferença é que houve um tempo em que a fartura de alimentos apregoava como valores estéticos as formas arredondadas, em uma época um pouco distante, ao passo que atualmente a magreza representa ideias de autodisciplina e sucesso. Pode-se dizer, então, que condutas alimentares e padrões estéticos corporais estão juntos há muito tempo <sup>(8)</sup>.

### 3.2 A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO ALIMENTAR

Analisar as primícias do desenvolvimento humano pode ser uma maneira para descobrir as raízes desta doença, pois a maneira como o indivíduo introjeta os significados afetivos advindos dos

seus primeiros contatos com o alimento pode influenciar na geração de um transtorno alimentar <sup>(9)</sup>. O nascimento é um evento de readaptação, inclusive na alimentação uma vez que o feto estava acostumado a receber os nutrientes através da mãe sem precisar de nenhum esforço. Após o nascimento ele precisa apossar-se de suas próprias energias para continuar se nutrindo através da sucção do seio ou da mamadeira. No caso de uma mãe acolhedora, onde a amamentação é algo que também lhe proporciona prazer, é provável que o bebê sinta prazer em alimentar-se, sentindo além da saciedade fisiológica, uma sensação psíquica favorável em relação ao ato de comer <sup>(10, 11)</sup>.

Segundo Freud <sup>(12)</sup> o primeiro experimento de prazer do indivíduo acontece através de sua oralidade, o que na teoria psicanalítica é conhecida como fase oral, durante a qual o bebê tem seu contato com o mundo e o seio materno proporciona as primeiras experiências de uma existência além do útero. No entanto, a amamentação está longe de ser somente um meio de nutrição, tendo muito a ver com vínculos emocionais e sociais. Logo, a relação materna tem função de assistência e extensão do mundo. A experiência oral está intimamente ligada às zonas iniciais do conhecimento de prazer, lábios e a língua, e toda energia sexual é direcionada a essa região. Pode-se dizer, então, que a fase oral é fundamental para a satisfação das necessidades básicas, ou seja, de nutrição fisiológica e psicológica, mas que pode gerar desajustes emocionais se não for bem elaborada.

De acordo Arruda e Andrieto <sup>(13)</sup> nos estudos de Winnicott 1965/1983, existem dois tipos de mães: 1) a suficientemente boa, que atende às necessidades de seu filho sem invadir o seu espaço, ou seja, é carinhosa e adaptativa, luta pelo equilíbrio de suas atividades pessoais com as obrigações maternas. O bebê convive com ela sem nenhum prejuízo psíquico, proporcionando a ele tendência a experimentar sentimentos de continuidade da vida; 2) é a mãe insuficientemente boa, que atua de forma contrária à primeira, fazendo com que a criança não seja capaz de iniciar a maturação do ego, ou que tenha seu desenvolvimento distorcido, não conseguindo distinguir o eu do “não eu”, ocorrendo, então, desorganizações emocionais primárias, tendo dificuldades no cuidado de si mesmo. Importante ressaltar que vivências da relação mãe e bebê podem estender-se através de memórias inconscientes por toda a vida, sendo que contribuem para o surgimento de comportamentos como: canibalismo, roer unhas, fumar e/ou transtornos alimentares.

Reforçando esse conceito, a relação estabelecida pelo sujeito no período inicial da vida tem envolvimento com vários fatores emocionais, pois a alimentação está vinculada à troca de carinho e amor, estabelecida entre mãe e filho. É por meio da amamentação que o bebê estabelece seu primeiro vínculo social, como também questões familiares, culturais e emocionais com a comida <sup>(14)</sup>.

A recusa do alimento na Anorexia Nervosa pode ter significados simbólicos na psique do indivíduo. No caso da sociedade contemporânea, que dita que o belo está relacionado à magreza, o ato de recusar comida está associado a manter o corpo pequeno, magro e infantil. Este comportamento é considerado neurótico expressa uma sexualidade reprimida ou não desenvolvida, de um indivíduo histérico, manipulado por sua própria obsessão em se manter frágil, obsessão derivada da crença de que não pode ser amada caso não corresponda ao ideal imposto. Essa enfermidade psíquica e seus comportamentos mantenedores podem ser interpretados como uma maneira de chamar atenção. No entanto, laços muito mais arcaicos estão envolvidos, principalmente laços envolvendo relação mãe e filho <sup>(1)</sup>. Assim, o prazer alimentar, perdido pode estar envolvido em relações de trocas afetivas traumáticas referentes a momentos que envolviam alimentos, além de influências avulsas ao relacionamento familiar, como também os padrões do belo contemporâneo <sup>(14)</sup>.

### 3.3 ANOREXIA NERVOSA

No Brasil, Ciqueira, Oliveira e Cunha <sup>(15)</sup> consideram que pacientes anoréxicos chegam rápido ao estado de caquexia, ou seja, o grau mais extremo de desnutrição, chegando a atingir de 15% a 20% dos casos de mortalidade. A prevalência atinge cerca de 95% o sexo feminino entre as faixas etárias 14 e 17 anos, embora tenham crescido as incidências em homens na atualidade.

De acordo com Alvarenga, Scagliusi, Philippi <sup>(16)</sup> e Thurm <sup>(17)</sup> pessoas com diagnóstico deste transtorno apresentam como características marcantes: a recusa a alimentarem-se, percepção corporal ilusória, insatisfação e busca constante de objetivos autoimpostos focados na redução de medidas corporais.

Santos e Almeida <sup>(3)</sup> entendem a Anorexia Nervosa como uma perturbação alimentar com consideráveis casos de prevalência principalmente na adolescência. Isso pode acontecer por ser uma fase caracterizada por fortes mudanças no desenvolvimento, uma vez que já é bastante conturbada pela flagrante mutação do corpo nesta fase.

Partindo disso, Bernardes <sup>(18)</sup> entende que os transtornos alimentares se desenvolvem por meio de um conjunto de fatores que se somam e que podem concretizar-se na anormalidade dos costumes alimentares. Esses são, geralmente, de ordem física como já foi citado no decorrer do texto, assim como têm antecedentes do ambiente em que o sujeito está inserido, ou seja, sofrer a influência da relação familiar, moda, da mídia que divulga e impõe os padrões ideais ou esperados da época, amigos, e sofrer *bullying* em casos de sobrepeso.

Portanto, Bernardes <sup>(18)</sup>, Santos e Almeida <sup>(3)</sup> discorrem que o exagero da busca pelo corpo perfeito pode estar enraizado na feroz e devastadora ideia de encaixe social idealizados por uma

sociedade capitalista. A Anorexia Nervosa pode estar intimamente ligada com os transtornos ansiosos, fobia social, TOC - transtorno obsessivo compulsivo, transtornos afetivos e transtornos da personalidade. Pessoas com características tais como perfeccionismo, necessidade de manter o controle de sua vida e impassibilidade ao sexo têm traços desse perfil <sup>(16)</sup>.

Apesar da grave perturbação no comportamento alimentar, característica maior da identificação do transtorno Anorexia Nervosa, de acordo com o DSM 5 <sup>(19)</sup> existem dois subtipos da doença:

**Tipo Restritivo.** Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i. e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

**Tipo Compulsão alimentar purgativa:** Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i. e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). (p. 339).

### 3.3.1 Sintomas

Segundo Reis et al. <sup>(5)</sup> dietas absurdas se atrelam ao contexto de formas irregulares para perda de massa corporal. Somados a essa conjunção aparecem a privação alimentar, uso de medicamentos para eliminação do alimento ingerido ou, com intuito de emagrecimento rápido. Depressão, questões obsessivas e perfeccionismo, parecem estar presentes, sendo alguns dos fatores de influencia para a insatisfação com a autoimagem.

Grande parte dos comportamentos para o controle de peso envolve: o uso de laxantes e anfetaminas (conhecidos como inibidores de apetite), exercícios físicos de maneira exagerada e indução de vômito <sup>(20)</sup>.

Nos casos mais graves há a autoavaliação constante do corpo frente ao espelho, aparecendo em seguida: o isolamento do convívio social, a restrição do envolvimento com a família principalmente em horários reunidos para alimentar-se, como no caso de refeições rotineiras. A ausência de menstruação e recusa de qualquer tipo de alimento estão associados a casos extremos da doença pela intensa angústia, acompanhada de medo de engordar e perturbações psíquicas nas quais a imagem corporal é distorcida <sup>(9, 21)</sup>. Também é comum os pacientes terem sensibilidade ao frio, pelos finos e macios no dorso, queda de cabelo, pele amarelada e seca, dentes quebradiços, lesões nos dedos,

diminuição do apetite sexual, alterações nos batimentos cardíacos, irregularidade na evacuação, ansiedade, agitação, depressão, compulsividade e irregularidade no sono <sup>(22)</sup>.

Esse transtorno alimentar pode, ainda, repercutir nos tecidos bucais, nos dentes, lesões provocadas na garganta pela indução do vômito, hipersensibilidade, cárie, aumento de glândulas parótidas e hipossalivação <sup>(22)</sup>.

### 3.4 TRATAMENTO

É muito difícil lidar com questões tão subjetivas, pois não se pode medir o quanto cada pessoa absorve diante do que a rodeia na sociedade, entendendo que cada indivíduo comporta-se de maneira diferente frente à mesma situação. Deste modo, a família como instituição representante da formação do desenvolvimento psicossocial, deve ser a mais envolvida para um diagnóstico precoce <sup>(9)</sup>.

Segundo Oliveira e Deiro <sup>(24)</sup>, o tratamento na maior parte dos casos, requer modelo multidimensional, ou seja, enxergando o paciente como um todo, sendo ele vítima da doença e não precursor dela.

Não é possível pensar em um tratamento específico para Anorexia Nervosa, uma vez que se entende que cada paciente é único. No entanto, de acordo com a teoria psicanalítica, deve os psicólogos atentar não somente a aspectos visíveis, mas dar crédito principalmente às representações imprecisas entre percepção da realidade interior e a exterior do paciente, uma vez que internamente está centrado em um mundo subjetivo de representações criadas por si mesmo, sendo que a realidade externa é manipulada pela percepção de um mundo introjetado. Assim, deve se aprofundar a perscrutação do indivíduo sobre seus sentimentos e identificar os fundamentos de irrealidade <sup>(25)</sup>.

Para Valdanha, Comim e Santos <sup>(26)</sup> assim como o engajamento dos profissionais, a família tem papel muito importante no contexto do tratamento, devendo aceitar e envolver-se com ele. As literaturas indicam que ela exerce influência na sintomatologia para o surgimento dessa doença, portanto nas propostas interventivas, os familiares mais próximos devem estar envolvidos na prevenção e na motivação aos comportamentos adequados ao restabelecimento da saúde do paciente. A escola também deve estar consciente do caso e trabalhar para que o paciente sinta-se inserido e aceito, inibindo práticas como as de *bullying* <sup>(27)</sup>.

Os profissionais envolvidos no tratamento deste transtorno são: médicos, psicólogos, nutricionistas, em alguns casos psiquiatras e odontologistas. O médico é responsável por acompanhar o funcionamento das condições orgânicas do indivíduo; ao nutricionista cabe à proposição de alimentos saudáveis para o ganho de peso e para a recuperação da massa corpórea, o psicólogo é responsável pela investigação e intervenção de origem psíquica trabalhando autoestima, autoconfiança, emoções,

sentimentos, pensamentos e comportamentos, além de investigar a existência de outras doenças subjacentes à Anorexia Nervosa; o psiquiatra é responsável pela intervenção farmacológica, e pode receitar medicamentos em caso de depressão no paciente. No caso do envolvimento de um profissional odontologista, este pode fazer avaliação da cavidade bucal do paciente, pois comportamentos de indução de vômitos podem ocasionar alterações na cavidade bucal. Faz-se necessário uma avaliação odontológica, pois em casos de pacientes que induzem o vômito, o ácido clorídrico estomacal pode danificar os dentes. O profissional odontologista cuidará da higiene bucal com intuito de orientação e prevenção. Empregando substâncias com a capacidade de neutralizar os ácidos nos fluidos bucais promover remineralização ou aumentar a resistência dos dentes <sup>(22)</sup>.

#### **4. MATERIAIS E MÉTODO**

A pesquisa se constituiu no método qualitativo. Sua qualificação se dá através de significado dos fenômenos de estudo apoiados pelos exercícios de interpretação e compreensão, pautados nas observações feitas por LIMA <sup>(28)</sup>.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), tendo parecer número 704. 162, CAAE 30246514.4.0000.5601 e assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como se trata de participantes distantes geograficamente foi enviado o TCLE para o participante via *e-mail* para que assinasse e reenviasse assinado. Após a coleta das assinaturas. O questionário online foi liberado para coletar os dados.

O recrutamento das participantes foi feito mediante uma lista de contatos pessoais do coordenador da pesquisa, através de telefonemas e e-mails. Participaram da pesquisa cinco psicólogas de idades entre 37 a 51 anos, independente da abordagem de atuação utilizada na clínica, sendo que todas deveriam atender aos critérios de inclusão, ou seja, estar em atendimento ou ter atendido pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa, desejar participar da pesquisa e ter assinado o TCLE e devolvido.

Para coletar dados foi elaborado questionário semi-estruturado contendo sete questões, o qual esteve armazenado em site de acesso exclusivo aos participantes e pesquisadores.

A análise dos resultados consiste na unificação dos depoimentos, expondo a seguir sua interpretação psicoavaliativa tendo como base o olhar psicológico diante do tema estudado. Foram realizadas interpretações dos depoimentos de forma agrupada e por tema.

A leitura dos resultados expostos deve ser feita da seguinte maneira: 01.01 significa que 01 corresponde à identificação do participante, o número seguinte indica a resposta e na sequência, o depoimento fidedigno, sendo assim sucessivamente. No entanto, quando deparado com, por exemplo: 01.01, 02.01 entende-se que o participante número 02 demonstrou que sua resposta coincide com depoimento anterior. O método de avaliação dos resultados é baseado na metodologia utilizada por Sousa <sup>(29)</sup>.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os que constituem o grupo deste estudo são do sexo feminino e de idades variadas, sendo três da abordagem Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), uma Comportamental e uma Psicanálise.

Importante notar que a variável correspondente ao tempo de atuação, quando comparada ao número de pacientes atendidos, não se fez relevante, sendo que o menor tempo de atuação, 04 anos, prestou atendimento a 06 pacientes; a que contava com tempo superior, 28 anos de exercício profissional, atendeu apenas a 02 pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa. Contudo, destacou-se a participante que durante os 22 anos de profissão por ter atendido cerca de 10 pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa.

---

### **Tabela 1 - Quais são as estratégias que você utiliza em sua atuação para o tratamento da Anorexia?**

---

01.01 A identificação e modificação de características cognitivas, emocionais e comportamentais no desenvolvimento e manutenção do transtorno.

---

02.02 Fundamentadas na Terapia Cognitiva Comportamental.

---

03.03 Trabalhar autoestima, imagem corporal e desequilíbrio alimentar.

---

04.04 Protocolo específico para Anorexia Nervosa e Transtorno Alimentar.

---

05.05 Escuta e leitura psicanalítica. Nenhuma estratégia diferente dos demais pacientes.

---

As respostas expõem discursos objetivos quanto ao manejo do tratamento da doença, porém, quanto ao esclarecimento às estratégias utilizadas para intervenção psicológica é bastante simples, pois não oferece informações que esclareçam a atuação profissional, ou seja, os depoimentos estão baseados apenas em informações mediante a particularidade da formação profissional.

No entanto, não é relevante descartar tais informações, pois remetem a maneiras específicas de modelos de atuação, entendendo que são abordagens psicológicas a qual atuam, tendendo a privilegiar as especialidades. Nesse sentido, as estratégias de tratamento para Anorexia Nervosa, de acordo com Souza <sup>(29)</sup>, são componentes curriculares previamente estabelecidos e formadores do currículo integrado do profissional.

---

**Tabela 2 - Qual sua visão diante da patologia e a recuperação na alimentação?**

---

01.01 É uma perturbação alimentar grave que pode levar a morte, mas que pode sim ter uma boa recuperação.

---

02.01 É um transtorno alimentar grave com prejuízos na convivência social e familiar, em casos graves pode levar a morte. É necessário um tratamento amplo multidisciplinar, na psicoterapia é entendido como uma desorganização, ou seja, como o paciente constrói sua realidade. O trabalho de reestruturação cognitiva é necessário nesse processo no que se refere ao modo de pensar, sentir e agir. Quanto à recuperação na alimentação é progressiva e exige muito esforço dos pacientes e familiares.

---

03.03 Cobrança excessiva de um “belo” perfeito e inexistente. Difícil recuperação uma vez que no meu caso, os pacientes não terminaram o processo terapêutico.

---

04.02 Positiva, uma vez que mudanças cognitivas favorecem a mudança comportamental.

---

05.05 Penso a anorexia como um sintoma contemporâneo, em que o sujeito recusa o alimento, entretanto sua recusa é uma defesa sintomática contra algo de outra ordem, é um sentido para o insabido.

---

Ao abordar este tema a maioria das participantes caracteriza a patologia como grave, onde as consequências são amedrontadoras, sendo que a maior delas é a morte, porém também demonstra nos depoimentos a possibilidade de reabilitação.

A mente de uma pessoa com Anorexia Nervosa não julga sua atitude de recusa alimentar como errada, mas como sacrifício prazeroso na obtenção do belo e perfeito em sua concepção. Assim, chegam rápido ao estado de caquexia, ou seja, o extremo grau de desnutrição, sendo que o gozo está em sentir-se mais magra a cada alimento rejeitado, caracterizado como uma vitória toda vez que isso acontece <sup>(15)</sup>.

No entanto esta questão traz uma visão pessoal dos profissionais, porém pode-se perceber que todas as respostas destaca-se forte conhecimento científico da patologia.

---

**Tabela 3 - Se você pudesse atribuir um peso de 0 a 10, quanto ao prazer de comer, tendo em vista que é social, em seu paciente, qual seria?**

---

01.01 Zero.

---

02.02 Dois.

---

03.03 Oito.

---

04.04 Antes do tratamento zero, posterior chegando ao nível dez.

---

05.05 Cinco.

---

Os depoimentos se apresentaram distintos, porém foi possível considerar que o prazer alimentar em pacientes com Anorexia Nervosa é muito baixo. As participantes concordam que os pacientes não sentem prazer em alimentar-se durante o processo evolutivo da doença, porém após o tratamento grande partes dos participantes concordaram que existe prazer referente à alimentação. Isso demonstra que o tratamento psicológico pode auxiliar na re-significação do prazer alimentar enquanto social, devolvendo aos pacientes fortes estruturas psíquicas quanto ao gozo em comer.

Contudo, deve ser considerado que sensações e emoções estão presentes no convívio social. A literatura aponta que é possível obter respostas positivas relacionadas à alimentação em pacientes em processo de reabilitação, porém, é necessário atentar que o descontrole do paciente pode levar a culpa, principalmente quanto a sua imagem corporal, assim é necessário respeitar os limites de ingestão de alimentos mesmo que em pequenas quantidades <sup>(27, 29)</sup>.

---

**Tabela 4 - Você, em sua atuação, está preocupado em restaurar o prazer alimentar?**

---

01.01 Sim, pois serão trabalhados os pensamentos disfuncionais relacionados à alimentação.

---

02.02 A necessidade do paciente deve ser avaliada e encontrada a melhor maneira de trazer qualidade de vida e o equilíbrio emocional e alimentar.

---

03.01 Sim.

---

04.04 O foco do atendimento não é o prazer alimentar, mas o que causa à falta da alimentação, no caso a ansiedade, os problemas emocionais.

---

05.04 Não.

---

Neste tema a maioria das participantes alegou que sim, existe preocupação em restaurar o prazer alimentar do paciente com Anorexia. No entanto chama atenção que duas participantes atribuem depoimentos que contrariam respostas dadas no tema anterior, sendo que atribuíram notas

significativas a resignificação do prazer alimentar enquanto social, mas não julgam ser relevante resignificar este prazer durante o processo de cura da doença.

De acordo com Boog <sup>(30)</sup> a equipe envolvida no tratamento deve considerar que a busca pelo equilíbrio emocional e alimentar são os focos para a qualidade de vida do paciente. A alimentação é muito mais que o privilégio em nutrir-se. Alimentar-se envolve questões de humanização, ou seja, tem relação direta com o social, possibilita a integração do sujeito enquanto parte de grupos dando significado à vida, não se resumindo apenas a questões biológicas, de forma que a qualidade de vida pode estar relacionada à noção de integração com meio.

Contudo, os psicólogos devem estar preocupados em restaurar o prazer alimentar. Técnicas independentes da abordagem de atuação do profissional podem ser desenvolvidas para que o paciente possa se restabelecer no ambiente social, uma vez que o alimento tem se inserido fortemente nas reuniões com intuito não somente de saciar a fome, mas também aparecendo como fonte de prazer e participante oficial nos momentos de descontração.

---

**Tabela 5 - Como reconhecer que o problema teve fim?**

---

01.01 Quando há uma reestruturação cognitiva, e os pensamentos disfuncionais sobre a imagem corporal e alimentação foram alterados, ou seja, foram trabalhadas as crenças centrais e influências sociais, familiares ou e emocionais que eram mantenedoras do transtorno.

---

02.01 Quando o paciente não sofre com sua imagem corporal e consegue se alimentar de maneira equilibrada é suficiente para se manter saudável.

---

03.03 Nos meus atendimentos não teve fim, uma vez que os pacientes abandonaram o tratamento.

---

04.02 quando o paciente ganha peso e consegue realizar as refeições sem sofrimento, de forma automática e habitual.

---

05.05 Quando o sujeito deixa de dar peso ao circuito sintomático relacionado às preocupações com o alimento.

---

Os depoimentos neste tema ganham suporte científico, pois todas as declarações coincidem com o que diz Valdanha, Comim e Santos <sup>(26)</sup>, sendo possível acreditar que a volta às atividades normativas são os maiores indicadores de que o paciente caminha para exercer autonomia de seus impulsos.

O reconhecimento do fim da doença caracteriza-se pela adequação aos padrões que se encaixam em uma rotina saudável, que possa transmitir boa qualidade de vida, sabendo o indivíduo lidar com as preocupações de seu corpo, porém, sem se enquadrar em aspectos patológicos.

---

**Tabela 6 - TEMA G: Terminado o tratamento, quais as chances de a doença voltar?**

---

01.01 Na terapia cognitiva após o fim do tratamento o paciente não recebe alta imediata, sem ser trabalhando sessões espaçadas com as prevenções de recaídas, com objetivo de auxiliar o paciente a identificar situações de risco para a recaída e ensinar habilidades cognitivas e comportamentais para reduzir estes riscos.

---

02.02 Depende muito da adesão do paciente ao tratamento, se os fatores emocionais e a compreensão do seu corpo estão equilibrados as chances de uma recaída são pequenas.

---

03.03 O paciente deve estar atento aos sinais e sempre que necessário recorrer à ajuda.

---

04.04 sempre há chances de recaída. Porém na cognitiva atuamos com prevenção de recaídas o que ajuda muito.

---

05.05 Relativas é sempre uma defesa que ele pode acionar em circunstâncias contingenciais.

---

As declarações são de acordo com as abordagens de atuação de cada profissional. No entanto, todos relataram que é possível a existência de recaídas, pois esta pode ser sempre uma defesa que o paciente pode acionar de acordo com suas condições psíquicas.

Contudo, após o paciente ter recebido alta, deve receber apoio para que saiba identificar indícios sintomáticos da doença, pois geralmente, não percebe aspectos de retrocesso da doença <sup>(24)</sup>.

Esse trabalho apresentou a porta de entrada para que sejam consideradas questões subjetivas quanto ao prazer alimentar dos pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa. Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, fica o convite para que este estudo seja ampliado, permitindo uma visão multifocal sobre esta questão. Assim, se faz necessário mais pesquisas sobre o tema, deste modo expandir o conhecimento científico acerca do tema.

Nada obstante, fica a reflexão para os profissionais, não somente aos psicólogos, mas à equipe envolvida com o caso. Este trabalho sugere maior investigação quanto à preocupação em re-significar

o prazer alimentar para que novas técnicas de enfrentamento sejam desenvolvidas para esta enfermidade que assola a saúde pública contemporânea.

## 6. CONSIDERAÇÕES

Foi possível perceber neste estudo que a maioria das terapeutas está preocupada com esta temática e julga ser importante a re-significação do prazer alimentar, pois identificam que após tratamento a maioria dos pacientes conseguem sentir prazer em comer.

Os indícios da reelaboração e as ações utilizadas pelas psicólogas para o fortalecimento do prazer alimentar em intervenção clínica estão na promoção de qualidade de vida. No entanto, as técnicas clínicas utilizadas para o tratamento são voltadas para modificação de características emocionais e comportamentais vigiando sempre a abordagem de atuação do terapeuta.

Contudo, esta doença se define pela aguçada perda do prazer alimentar que se liga a um comportamento histérico que se fortalece a cada alimento recusado. Tem relação fortalecida e justificada pela intensa carga afetiva que se manifesta no corpo, onde as evidências estão em um corpo magro marcado por sofrimentos maquiados por uma psique transformada pelos pensamentos irracionais.

## REFERÊNCIAS

- 1- Silva C. R. J; Silva R. C. L; Viana D. L. P. Dicionário ilustrado de saúde. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.
- 2- Weiberg, C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da anorexia nervosa. *Latinoam. Psicopat. Fund* 2010; 2(13): 224-237
- 3- Santos, C. M. T.; Almeida, G. O. Anorexia Nervosa: uma Revisão Bibliográfica. *Rev Saúde Col* 2010.
- 4- PUC. A conceituação da anorexia nervosa e sua história. PUC-RIO, Rio de Janeiro, n 1, p. 1-14. 2001. Disponível em: <<http://www.googleacademico.com/pdf>> Acesso em: 12 Mar. 2015.
- 5- Reis, N. M.; et al. Imagem corporal, estado nutricional e sintomas de transtornos alimentares em bailarinos. *Bras. Ati. Fis. Saúde* 2013; 6(18): 763-781
- 6- Souza, A. C; et al. Atitudes em relação ao corpo e à alimentação de pacientes em anorexia e bulimia nervosa. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63(1): 1-7.
- 7- Lima, N. L; Rosa, C. O. B; Rosa, J. F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Estud. pesqui. psicol.* 2012; 2(12): 360-378.
- 8- Oliveira, L. L; Hutz, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicol Est* 2010; 3(15): 575-582.
- 9- Abaid, F. Anorexia nervosa: estudo psicanalítico vincular e geracional a propósito da clínica. *Contemp Psican Transd* 2007; 1(1): 237-250.

- 10- D'andrea, F. F. Desenvolvimento da personalidade. 17 ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Bertrand Brasil; 2006.
- 11- Papalia, D. E; OLDS, S. W.; Feldman R. D. Desenvolvimento humano. 10. ed. São Paulo(SP): Ed. Mc Graw Hill; 2009.
- 12- Freud S. Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901 – 1905). Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- 13- Arruda, S. L. S; Andrieto, E. Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura winnicottiana. Arq. bras. psicol 2009; 3(61): 97-105.
- 14- Maturana, V. Reflexões acerca da relação entre a alimentação e o homem. Revista IGT 2010; 12 (7): 176-219.
- 15- Ciqueira, H. M. S.; Oliveira, L. M. M.; Cunha, L. C. M. Anorexia nervosa: a doença do século. Goyazes 2011; 1(1): 2-19.
- 16- Alvarenga, M.; Scagliusi, F. B.; Philippi S. T. Nutrição e Transtornos Alimentares – Avaliação e Tratamento. São Paulo: Manole; 2011.
- 17- Thurm, B. E. Perfil da percepção corporal e a insatisfação corporal em mulheres com transtornos alimentares – uma proposta de intervenção corporal. [Tese]. Universidade São Judas Tadeu; 2012.
- 18- Bernardes, T. Adolescência, mídia e transtornos alimentares: uma revisão bibliográfica. Unipampa 2010; 1(1): 1-34.
- 19- DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al., 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 20- Campos, J. G. S. C; Haack, A. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. Com. Ciências e Saúde 2013; 3(23): 253-262.
- 21- Ferrari, E. P.; Petroski, E. L.; Silva, D. A. Prevalence of body image dissatisfaction and associated factors among physical education students. Trends Psychother 2013; 35(2): 119-127.
- 22- Amoras, D. R; et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. Rev Odontol 2010; 4(39): 241-245.
- 23- Sá, M.; Arteiro, C. Anorexia nervosa: definição, diagnóstico e tratamento. U. Porto 2012; 1(1): 5-29.
- 24- Oliveira, L. L; Deiro, C. P. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn 2013; 1(15) 36-49.
- 25- Arruda, S. L. S; Andrieto, E. Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura winnicottiana. Arq. bras. psicol. 2009; 3(61): 97-105.
- 26- Valdanha, É. D.; Comin, F. S.; Santos, M. A. Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. Rev. latinoam. psicopatol. Fundam 2013; 1(16): 71-88.
- 27- Souza, L. V; Santos M. A. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. Psicol Estudo, Maringá 2010; 2(5): 285-294.
- 28- Lima, M. C. Monografia: a engenharia da produção acadêmica. 2 ed. São Paulo: Ed. SaraivaUni; 2010.

29- Sousa, I. F. A interdisciplinaridade na formação farmacêutica: uma abordagem à luz da fenomenologia. [Tese]. Campo Grande. Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste/ UFMS; 2014.

30- Boog, M. C. F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. Saúde Ver 2004; 6(13): 17-28.