



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

PATRÍCIA DA SILVA DIAS

**PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER
ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES
ANORÉXICOS**

ARIQUEMES-RO

2015

PATRÍCIA DA SILVA DIAS

**PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO
PRAZER ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE
PACIENTES ANORÉXICOS**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção de Grau de bacharelado em Psicologia.

Profº Orientador: Ms. Roberson Geovani Casarin.

ARIQUEMES-RO

2015

Patrícia da Silva Dias

**PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER
ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES ANORÉXICOS**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção de Grau de bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº. Orientador: Ms. Roberson Geovani Casarin

Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Ms. Carla Patrícia Rambo

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Drª Maila Beatriz Goellner

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, ____, _____, 2015.

Dedico este trabalho a Deus e a minha família que não mediram esforços para que o sonho da educação nível superior se tornasse possível, contribuindo para meu crescimento pessoal, social e acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo Deus meu criador, pelas bênçãos distribuídas em minha vida e pela oportunidade de estar realizando este sonho.

Agradeço a minha mãe Léia Medeiros da Silva de maneira muito especial, por seu carinho, atenção e amor, que nunca deixou de acreditar em mim e assim como seus esforços possibilitou que eu trilhasse a trajetória acadêmica. Em seguida agradeço ao meu avô Jurandir Corrêa Dias, que de maneira especial se fez presente, sempre me incentivando com orgulho de ver sua neta trajando o perfil universitário, isso me motivou muito.

Deixo registrado com muito carinho ao meu orientador Roberson G. Casarin, um enorme obrigado, pela dedicação nas etapas deste trabalho. Aproveito este espaço para destacar a participação de Calar Patrícia Rambo, orientadora do curso de Psicologia pelo amor e por sempre acreditar em minhas capacidades.

Posteriormente agradeço a minha prima Samara da Cruz Dias e ao meu irmão Charles da Silva Dias que acompanharam esta vitória passo a passo das idas e vindas à faculdade. A minha avó Geralda Medeiros Dias que a seu jeito sempre se fez presente com poucas palavras, porém ricas em sabedoria. Aproveitando os agradecimentos cito Vitor Augusto Amadio, pela compreensão e auxílio nesta conquista.

Agradeço aos meus amigos de curso que em diferentes momentos estiveram lá. Em especial destaco minha tão saudosa amiga Silvana Pereira Falca, pois participou com seus cuidados e conselhos.

De todos, agradeço aos que duvidam da concretização deste sonho, que por vezes foi um dos maiores injetores de ânimo em tempos de angústia.

Finalmente o que dizer? Acredito não ter outra palavra se não repetir. Obrigada, obrigada, obrigada! Os aplausos finais são tão meus, quanto de todos que me viram aprendendo a trilhar o caminho do conhecimento.

Os olhos do espírito só começam a ser penetrantes
quando os do corpo principiam a enfraquecer.

PLATÃO

RESUMO

A Anorexia Nervosa é considerada um transtorno alimentar que constitui um problema de saúde grave, sua incidência abrange principalmente adolescente e 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 psicólogos independentes de abordagem de atuação psicológica clínica. Sendo incluídos apenas os que já tenham atendido ou que estavam atendendo pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa. Esta pesquisa teve como objetivo verificar com psicólogos clínicos se o reenquadramento do prazer alimentar listado como um item de importância no tratamento de pacientes anoréxicos. 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.

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

ABSTRACT

Anorexia Nervosa is considered an eating disorder that is a serious health problem and its 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 independent psychologists of clinical psychological action approach. It is included only those who have already attended or were attending patients diagnosed with Anorexia Nervosa. However, this research aimed to check with clinical psychologists if the reframing of food pleasure listed as an item of importance in the treatment of anorexic patients. From this point, it was possible to identify some actions on the management of psychological strategies in treating the disease, but also analyze evidence of cognitive re-elaboration related to feed pleasure in Anorexia Nervosa.

Keywords: Anorexia Nervosa, pleasure, contemporary, psychotherapy.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Buscando relação entre tempo de atuação do profissional com a quantidade de pacientes atendidos.....	35
Tabela 1 – Quais são as estratégias que você utiliza em sua atuação para o tratamento da Anorexia?.....	36
Tabela 2 – Qual sua visão diante da patologia e a recuperação na alimentação?.....	39
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?.....	41
Tabela 4 – Você, em sua atuação, está preocupado em restaurar o prazer alimentar?.....	43
Tabela 5 – Como reconhecer que o problema teve fim?.....	45
Tabela 6 – Terminado o tratamento, quais as chances de a doença voltar?.....	47

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DSM 5 - Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

RO – Rondônia

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ANOREXIA NERVOSA.....	15
2.2 ANOREXIA NERVOSA UMA QUESTÃO CONTEMPORÂNEA	16
2.3 A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO ALIMENTAR	18
2.4 ANOREXIA NERVOSA	22
2.5 SINTOMAS.....	24
2.6 TRATAMENTO.....	26
3 OBJETIVOS.....	30
3.1 OBJETIVO GERAL.....	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 PROCEDIMENTOS.....	31
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	32
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	33
4.5 COLETA DE DADOS.....	33
4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	33
4.7 MATERIAIS.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51

REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES.....	58
APÊNDICE I.....	59
APÊNDICE II.....	63
ANEXOS.....	64
ANEXO I.....	65
ANEXO II.....	66

INTRODUÇÃO

Este estudo apresentou proposta para o Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido no programa de graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, localizada no município de Ariquemes - RO. O presente trabalho intitula-se como *Psicologia Clínica: Re-significação do prazer alimentar no tratamento de pacientes anoréxicos*.

Faz-se necessário esclarecer que de acordo com a nova ortografia não se faz mais o uso do hífen apresentando-se na escrita “ressignificação”, porém seu sentido não corresponde a este estudo, uma vez que atribui definição de dar novo significado. Assim, para este trabalho, foi mantido o uso do hífen na palavra re-significação, porque “re” significa voltar ou retroceder e “significação” significado, ou seja, voltar ao sentido do que já existiu.

Este estudo tem como objetivo verificar junto a psicólogos clínicos a re-significação do prazer em alimentar-se como item de importância no tratamento de pacientes anoréxicos. A interpretação teórica é baseada em considerações psicanalíticas, com fundamentos de autores contribuintes para a contextualização do fenômeno pesquisado.

A Anorexia Nervosa, embora seja uma doença considerada moderna, tem suas raízes firmadas em tempos muito antigos, que perpassam por várias culturas, seus sintomas assombram o mundo contemporâneo, pois tem causado polêmica entre os biomédicos, culturas e psicodinâmicas. Em épocas antigas, a patologia não era vista como nos dias atuais, o ato de privação de alimentos era prática comum, principalmente em mulheres religiosas, pois acreditavam que os jejuns as colocavam mais próximas à santidade, porém esta situação tão estendidas que várias chegavam a óbito. (WEIBERG, 2010).

Atualmente este transtorno alimentar ganhou outro espaço, tornou-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, conforme Santos e Almeida, (2010).

O tratamento é bastante difícil, porém é possível a recuperação, o que depende muito do paciente. Os profissionais envolvidos são médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras e odontologistas. (AMORAS, 2010).

O transtorno alimentar Anorexia Nervosa é uma doença que necessita de maior atenção quanto à literatura, pois existe uma carência sobre o tema, fazendo-se necessários novos estudos que abordem o assunto.

Com tão pouco material sobre assuntos que abordem as dimensões da doença, já não estaria na hora de incentivar novos estudos?

Será que os profissionais estão realmente envolvidos com o tratamento a ponto de se adequarem as necessidades e a subjetividade do paciente?

Quais são as estratégias utilizadas para o tratamento da Anorexia Nervosa?

Qual a visão dos psicólogos diante da doença e a recuperação alimentar?

Quanto que o prazer alimentar pode ser afetado pela doença?

Na atuação, os psicólogos estão preocupados em restaurar o prazer alimentar?

Como reconhecer que o problema teve fim?

Quais as chances da doença voltar?

Todas estas questões são problemáticas discutidas neste estudo, como também cada uma delas, torna-se um problema de pesquisa, abrindo portas para novos estudos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ANOREXIA NERVOSA

A Anorexia Nervosa pode ser classificada como uma doença da modernidade por estar intimamente ligadas às relações culturais, no entanto esse tipo de transtorno alimentar já existia em outros períodos e culturas, de acordo com Weinberg (2010). Contudo, a Anorexia Nervosa parece ser um enigma que insiste em assombrar os profissionais, sendo ela motivo de discussões entre posições biomédicas, culturais e psicodinâmicas.

A evolução do nome da anorexia recebe relevância à medida que o uso do termo não obedece estreitamente a sua definição etimológica. Assim, de acordo com um artigo publicado pela PUC (2001) com tema “A conceituação da Anorexia Nervosa e sua história”, comenta que o sentido original da palavra anorexia procede do grego – *anorexis*, onde *an* que significa ausência ou deficiência de, e *orexis*, apetite. No entanto segundo o dicionário ilustrado da saúde de Silva, Silva e Viana (2005) 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.

Segundo Weinberg (2010) a prática do jejum faz parte da história humana desde muito tempo. 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.

Por vezes o jejum era recomendado pelos médicos como prática curativa. Hipócrates (460 a. C. -370 a. C) foi um filósofo que costumava recomendar jejuns e vômitos para tratar diversas doenças. Assim, 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. (WEINBERG, 2010).

Na literatura o primeiro relato médico sobre pessoas que se privavam de alimentos foi de Richard Morton:

Sua publicação de 1689, na qual o autor analisa o caso de uma jovem de dezoito anos que recusava insistentemente a alimentação e padecia de vômitos com base em evidências de distúrbios biológicos e psicopatológicos, faz referência à *consumpção nervosa*, [...] Apesar dessa descrição minuciosa da anorexia nervosa, Morton (1689) ficou mais conhecido pelos seus trabalhos sobre tuberculose, [...] e foi somente, ao longo dos séculos XVIII e XIX, que a literatura médica passou a fazer referências ocasionais mais sistemáticas sobre estados de auto-inanição e conseqüente emagrecimento. (PUC, 2001, p. 7).

2.2 ANOREXIA NERVOSA UMA QUESTÃO CONTEMPORÂNEA

Tem sido crescente e visível os diferentes tipos de transtornos envolvendo questões alimentares, dentre os principais está a Anorexia Nervosa, possível até de ser classificada como o mais perigoso de todos os transtornos, pois o índice de mortalidade o apresenta como um sério problema de saúde pública. Apesar de ser considerada por vezes um tipo de doença nova, seria ignorar o fato de que o comportamento alimentar anoréxico é

estudado há muitos anos e que com o tempo tem ganhado maior destaque, isso se dá pelo motivo das funções socioculturais, sendo o mais relevante o culto dado ao corpo, ou seja, a valorização de um corpo magro como objeto de desejo e instrumento dos objetivos sexuais. (SANTOS E ALMEIDA, 2010, VALDANHA; COMIN E SANTOS, 2013).

A veneração ao corpo sempre esteve circulando na sociedade, embora tenha mudado o conceito de beleza, o corpo sempre esteve associado ao perfil de beleza ideal e acréscimo social. A questão de um corpo magro e esguio, não está intimamente ligada à mídia, mas também é uma exigência imposta a outro lado da população, como por exemplo, os atletas, ginastas, dançarinas, esses por sua vez encaixam-se em uma busca por uma padronização constante. (REIS, ET AL. 2013; SOUZA ET AL. 2014).

Não é possível dizer que existe uma epidemia de transtornos alimentares na contemporaneidade, porém não se pode fechar as portas da preocupação quanto aos níveis crescentes de casos, pois têm sido significativos na sociedade. A cultura atual contribui para a preocupação excessiva com a imagem corporal e os que mais se encaixam nesse perfil são meninas adolescentes. (LIMA, ROSA E ROSA, 2012).

Ao longo do tempo os padrões de beleza sofreram várias transformações, todas as épocas tiveram padrões normativos do belo, principalmente quando relacionados à beleza feminina. Práticas e hábitos sempre tiveram relação com definições socioculturais. Neste sentido, sempre houve contradição entre a aceitação de suas próprias características com o ideal de formas valorizadas. Assim, as épocas mudam, porém a essência é a mesma, a diferença é que houve um tempo em que a fartura de alimentos e formas arredondadas foram valores de uma época um pouco distante, atualmente a magreza representa autodisciplina e sucesso. Percebe-se que condutas alimentares e padrões estéticos corporais estão juntos há muito tempo. (OLIVEIRA E HUTZ, 2010).

2.3 A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO ALIMENTAR

Segundo Maturana (2010) a alimentação está longe de ser somente uma forma de nutrição ou meio de atender as necessidades para sobrevivência. Está associada a aspectos históricos, sociais, religiosos e principalmente familiares. Está envolvida em vários momentos da vida do indivíduo, pontualmente relacionada ao emocional, sendo que o alimento está presente na maior parte do tempo em que as reuniões coletivas acontecem.

Este trabalho utiliza como base analítica a psicanálise, para compreender o distúrbio alimentar Anorexia Nervosa. Partindo deste ponto, analisar as primícias do desenvolvimento humano pode ser uma maneira para descobrir as raízes desta doença. A maneira como o indivíduo introjeta seus primeiros contatos com o alimento pode gerar influências na construção de um transtorno alimentar. (ABAID, 2007).

O nascimento é um evento de readaptação inclusive na alimentação, o feto que estava acostumado a receber alimentos através da mãe sem precisar de nenhum esforço, após o nascimento precisa apossar-se de suas próprias energias para continuar recebendo alimento por meio materno, isso acontece nos primeiros anos de vida através da sucção no seio ou mamadeira. As condições impostas ao bebê relacionadas à alimentação, podem ser traumáticas, contudo, isso dá muita responsabilidade às funções maternas, pois dependendo de como a mãe lida com a situação alimentar do filho pode ter consequências positivas ou negativas associadas ao prazer relacionado ao convívio com o outro e com o alimento. No caso de uma mãe acolhedora, onde amamentar é algo que também lhe proporciona prazer, pode ser que este bebê sinta prazer em alimentar-se, sentindo além da saciedade fisiológica, introjeção psíquica favorável. Porém, no caso de uma mãe que considera o ato de amamentar o filho como uma obrigação e suas atitudes neste processo são ríspidas, pode gerar desconforto ao bebê e alimentar-se pode não ser tão interessante, com isso a Anorexia Nervosa pode estar inconscientemente ligada aos primórdios do contato com o alimento. (D'ANDREA, 2006; PAPALIA, 2009).

Segundo Freud (1996) a primeira fonte de prazer do indivíduo é através de sua oralidade, na teoria psicanalítica conhecida como fase oral, sendo a única que perdura por toda a vida. A fase oral é a primeira em que o bebê tem seu contato com o mundo, o seio materno proporciona as primeiras experiências de uma existência além do útero. No entanto, para a teoria psicanalítica, a amamentação está longe de ser somente um meio de nutrição, tem muito a ver com vínculos emocionais e sociais. Logo, a relação materna tem função de assistência e extensão do mundo. A fase oral está intimamente ligada às zonas das primeiras experiências de prazer, onde toda energia sexual é direcionada através dos “lábios e língua”. Contudo, pode-se dizer que a fase oral é fundamental para a satisfação das necessidades básicas, ou seja, de nutrição fisiológica, mas que pode gerar desajustes emocionais se não for bem elaborada.

No entanto, vivências da relação mãe e bebê podem estender-se através de memórias inconscientes por toda a vida, sendo que podem ser contribuintes no desenvolvimento de distúrbios alimentares. De acordo com Winnicott 1965/1983 *apud* Arruda e Andrieto (2009), existem dois tipos de mães, a primeira é a suficientemente boa, esta 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, proporciona a ele tendência a experimentar sentimentos de continuidade da vida. A segunda é chamada por mãe insuficientemente boa, esta atua de forma contrária à primeira, faz com que a criança não seja capaz de iniciar a maturação do ego, ou faz com que o ego tenha seu desenvolvimento distorcido, ou seja, não consegue distinguir o eu do “não eu”, ocorrendo desorganizações emocionais primárias, tendo dificuldades no cuidado de si mesmo.

Partindo do ponto que sua primeira descoberta externa é o seio, esta também é a primeira descoberta afetiva do indivíduo, este laço pode ser positivo ou negativo, pois é a partir do relacionamento materno latente que irá despertar os sentimentos de amor ou ódio. É através da sucção do leite que o bebê irá introjetar a figura materna, isso remete as duas opostas figuras de mãe citadas no parágrafo anterior. A mãe insuficientemente boa vai da

intromissão à negligência, ou seja, seus cuidados são excessivos a ponto de não permitir que o bebê vivencie suas próprias experiências, por exemplo: não permitir que o filho sinta fome, ela está sempre presente, toda vez que imagina que ele pode querer mamar já lhe dá o alimento. No caso da negligência, está relacionada ao descuido, isso se caracteriza por não saber se adaptar às necessidades do latente, fazendo com que ele não confie nesta mãe nem podendo prever suas ações. Experiências negativas com os cuidados básicos iniciais podem gerar traumas que se apresentem no futuro. Essas lacunas podem contribuir para o surgimento de comportamentos obsessivos como: canibalismo, roer unhas, fumar e/ou transtornos alimentares. (ALMEIDA, 2007; ARRUDA E ANDRIETO, 2009).

Assim, a educação alimentar tem raízes psíquicas desde os primeiros dias de vida, isso compete pelos padrões impostos sustentados pelo relacionamento mãe e filho. No entanto, o prazer alimentar está em como lhe é apresentado o alimento cita Boog (2004). Contudo, 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, estabelecido 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. (MATURANA, 2010).

Entretanto, segundo Abreu (2009), a Anorexia Nervosa em especial nas meninas pode estar relacionada à perturbação inconsciente de sua relação mãe/bebê, pois não alimentar-se pode ser uma forma de não permitir que sua mãe a invada, além da possibilidade de conflitos relacionados ao complexo de Édipo, ou seja, com a figura paterna e manter um corpo “esbelto” seria a forma de chamar atenção, onde para isso se utiliza de padrões culturais da época para sustentar sua compulsão, sendo que o modelo exigido hoje é ser magra e para isso a mídia contribui na divulgação das exigências culturais do século XXI. Contudo, a Anorexia Nervosa pode ser a tentativa de punir a mãe insuficientemente boa com a qual não quer se parecer principalmente na passagem da infância para a adolescência que acaba sendo um processo de luto pela infância, afinal está assumindo outro papel no mundo, que vem com uma bagagem de novas experiências, o ganho de peso, a mutação das formas

do corpo. O não alimentar-se na adolescência pode ser a tentativa inconsciente de não deixar que a infância se acabe, a fim de exterminar o medo de matar a mãe suficientemente boa introjetada, assim não alimentar-se pode ser a tentativa desesperada de não perder o olhar infantilizado e empático que a mãe lhe proporcionou.

Claudino et al. (2011) ressalta que o indivíduo não tem consciência do motivo real pelo qual mantém tal comportamento. Desta forma, cabe ao profissional Psicólogo investigar o histórico de seu paciente através da anamnese podendo contar até com a contribuição da mãe que pode lhe proporcionar informações valiosas a respeito das primeiras experiências orais quando ainda na infância.

A recusa do alimento na Anorexia Nervosa pode ter significados simbólicos na psique do indivíduo, como no caso da modernidade atual 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 que expressa a sexualidade reprimida ou não desenvolvida, a essência de tudo está em um indivíduo histérico, manipulado por sua própria obsessão que se mantém frágil, derivado da crença de que não pode ser amada caso não seja como o imposto. A Anorexia Nervosa e comportamentos mantenedores do transtorno podem ser interpretados como maneira de chamar atenção. No entanto, laços muito mais arcaicos que possam predizer estão envolvidos, principalmente laços envolvendo relação mãe e filho. (WEINBERG, 2010).

Assim, o prazer alimentar, perdido em pacientes com Anorexia Nervosa pode estar envolvido em relações de trocas afetivas traumáticas referentes a momentos que envolviam alimentos, além de influências avulsas ao relacionamento familiar, como os padrões do belo no contemporâneo. (MATURANA, 2010).

2.4 ANOREXIA NERVOSA

Pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa apresentam como característica marcante do distúrbio recusa alimentar, percepção corporal, insatisfação e busca constante de objetivos autoimpostos focados na redução de medidas corporais, assim contribuem Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011) e Thurm (2012). É um transtorno que atinge principalmente o sexo feminino, embora tenham crescido as incidências em homens na atualidade.

No Brasil, os estudos sobre Anorexia Nervosa são escassos, estudos de Ciqueira, Oliveira e Cunha (2011) consideram que pacientes anoréxicos chegam rápido ao estado de caquexia, ou seja, o grau mais extremo de desnutrição, apontando índices altos, 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, porém com possibilidade de surgimento precoce aos 10 ou 11 anos, quando diagnosticada tardiamente após os 23, sendo que quando o diagnóstico é tardio a taxa de mortalidade ronda 5% dos casos.

Santos e Almeida (2010) entende 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 pelos flagrantemente da mutação do corpo humano. Logo, esta doença pode ser reconhecida como um dos transtornos alimentares mais perturbadores, pois afronta os limites da realidade em uma busca desenfreada e obsessiva pela perfeição corporal. Esta doença por sua vez assombra qualquer indivíduo independente de religião, crenças, classe socioeconômica, gênero, ou orientação sexual. (CAVANA, 2001; ALVARENGA, SCAGLIUSI E PHILIPPI, 2011).

As preocupações quanto aos casos de Anorexia Nervosa, são pertinentes, visto que as consequências são desastrosas a ponto de a desestruturação cognitiva repercutir nos flagelos do corpo. Entretanto, a patologia não traz somente exposição externa de suas consequências, mas

também pode internamente comprometer o sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, sistema hematológico, sistema renal, sistema metabólico, sistema reprodutivo, sistema endocrinológico, entre outras consequências fisiológicas que podem comprometer o funcionamento normal do organismo. É uma doença cruel e que age sem piedade, do psicológico ao físico, comenta Reis et al. (2013).

Embora Anorexia Nervosa tenha lugar na história da humanidade, atualmente ganhou outro espaço, sem estar atrelada à santidade, o foco está no encaixe de um modelo imposto por uma sociedade contemporânea que vislumbra curvas e medidas exatas, impondo um padrão ao qual, para ser aceito deve enquadrar-se. Difícil lidar com questões tão subjetivas, pois não se pode medir o quanto cada pessoa absorve dos ideais pregados pela 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. (ABAID, 2007; FERNANDES 2012).

Partindo disso, Bernardes (2010) 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 fatores podem ser de ordem física como já foi citado no decorrer do texto, e também podem ter antecedentes do ambiente em que o sujeito está inserido, ou seja, influencia da relação familiar, moda, a mídia que divulga os padrões ideais ou esperados da época, família, amigos, e principalmente o bullying em casos de sobrepeso. Todos esses exercem cargas diretas na compreensão dos sintomas que levam uma pessoa aparentemente saudável a chegar ao diagnóstico de Anorexia Nervosa.

Portanto, o exagero pelo corpo perfeito pode estar enraizado na feroz e devastadora ideia de encaixe social que uma sociedade corrupta aos verdadeiros valores se adequou. É verdade que a preocupação com o peso deve existir, porém isso deve ser feito de maneira saudável podendo com isso evitar outras doenças. Apesar disso, deve-se ter noção do que é normal e o que foge aos padrões da normalidade. Nada obstante, a Anorexia Nervosa é

um transtorno multifatorial, deste modo, aceitar-se, saber conviver com as mudanças sociais, é possível, assim exercendo autonomia das próprias vontades. (BERNARDES, 2010; SANTOS E ALMEIDA, 2010).

No entanto, Fleitkich (2000) demonstra que a Anorexia Nervosa pode estar intimamente ligada com os transtornos ansiosos, fobia social, TOC - transtorno obsessivo compulsivo, transtornos afetivos e transtornos da personalidade, como também Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011) contribui que características como perfeccionismo, necessidade de manter o controle de sua vida e impassibilidade ao sexo são traços do perfil de paciente com Anorexia Nervosa. Partindo deste ponto seria possível dizer que os sujeitos com esse tipo de característica poderiam ter uma predisposição para este tipo de doença.

Apesar da grave perturbação no comportamento alimentar, característica maior da identificação do transtorno Anorexia Nervosa, de acordo com o DSM 5 (2014) 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).

2.5 SINTOMAS

Segundo Reis et al. (2013) 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.

De acordo com Fonseca (2013) na contemporaneidade existe a preocupação excessiva com o corpo, este ideal social parte de uma magreza, consistindo em um problema social, pois o controle relacionado à comida acompanha uma perturbação das interações sociais. Isso faz cogitar a ideia de que existe relação entre a privação social devido a inclusão de alimentos em qualquer reunião seja ela de diferentes pretextos com a Anorexia Nervosa. A negação deste convívio pode envolver a culpa que poderá sentir o indivíduo com o transtorno de estar em um ambiente onde o alimento é praticamente obrigatório, além de achar que não se encaixa nas medidas impostas.

O principal sintoma da doença está na privação de alimentos que naturalmente levará ao exílio do convívio social. Atitudes consideradas patológicas voltadas para o controle alimentar são características marcantes deste transtorno. 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. (CAMPOS E HAACK, 2013).

Os casos mais graves de Anorexia Nervosa apresentam comportamentos como autoavaliação constante do corpo frente ao espelho. Logo em seguida aparece 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 café da manhã, almoço e jantar. 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 onde a imagem corporal é distorcida. (ABAID, 2007; FERRARI, 2013).

É comum os pacientes relatarem ter 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. (AMORAS ET AL, 2010; SÁ E ARTEIRO, 2012;).

O transtorno alimentar pode repercutir nos tecidos bucais, nos dentes, lesões provocadas na garganta pela indução do vômito, hipersensibilidade, cárie, aumento de glândulas parótidas e hipossalivação. Sendo assim, um profissional odontológico também pode ser incluso para o tratamento de pacientes diagnosticados com Anorexia Nervosa, representando importante papel na recuperação da saúde bucal. (AMORAS ET AL, 2010).

2.6 TRATAMENTO

Segundo Oliveira e Deiro (2013), o tratamento na maior parte dos profissionais envolvidos requer um modelo multidimensional, abrangendo fatores individuais, isso parte do reconhecimento dos profissionais enxergando o paciente como um todo, ou seja, fatores sociais, genéticos, familiares e nutricionais estão envolvidos no transtorno alimentar Anorexia Nervosa.

No entanto, de acordo com a teoria psicanalítica, deve os psicólogos atentar não somente a aspectos visíveis, mas dar crédito principalmente às questões imprecisas entre percepção da realidade interior e a exterior do paciente, uma vez que internamente está centrado em um mundo subjetivo de fatos criados por si mesmo, sendo que a realidade externa é manipulada pelo olhar de um mundo interior. Assim, deve se aprofundar através do próprio indivíduo sobre seus sentimentos e identificar os fundamentos de irrealidade. (ARRUDA E ANDRIETO, 2009).

Não é possível pensar em um tratamento específico para Anorexia Nervosa, uma vez que se entende que cada paciente é único, os profissionais devem adequar às necessidades de cada um deles, os componentes da equipe profissional devem se envolver com o caso à medida que a necessidade surja, o envolvimento de muitos profissionais no início do tratamento pode assustar o paciente e fazer com que desista ou que apresente melhoras rapidamente, porém a chance de recaídas torna-se maior. Portanto, seria interessante a equipe multidisciplinar dialogar entre si, caminhando juntos, isso pode trazer benefícios ao paciente, pois propicia a criação de estratégias que não se

contradigam, fazendo com que tenha o mesmo objetivo no tratamento, transmitindo confiança ao paciente. (NARDI E MELERE, 2014).

Para Valdanha, Comim e Santos (2013) assim como o engajamento dos profissionais, a família tem papel muito importante no contexto do tratamento. A família deve aceitar o tratamento e envolver-se com ele. As literaturas indicam que a família exerce influência na sintomatologia para o surgimento da Anorexia Nervosa, portanto nas propostas interventivas devem estar envolvidos com na prevenção e na motivação aos comportamentos adequados do paciente. Além da família, ambiente como a escola, deve estar consciente do caso e trabalhar para que o paciente sintá-se inserido e aceito, inibindo práticas como as de bullying. (SOUZA E SANTOS, 2010).

Os envolvidos com o paciente com Anorexia Nervosa são muitos, como já descrito neste estudo é uma doença que envolve multidimensões, os principais 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 internas do indivíduo, ao nutricionista cabe a 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 da Anorexia Nervosa, o psiquiatra é responsável pela intervenção farmacológica, pode receitar medicamentos em caso de depressão no paciente. No caso do envolvimento de um profissional odontologista, pode fazer avaliação da cavidade bucal do paciente, pois comportamentos como a indução de vômitos podem ocasionar em alterações na cavidade bucal. Faz-se necessário uma avaliação odontológica, pois em casos de pacientes que induzem o vômito, pode o ácido trazido do estômago danificar os dentes. O profissional odontologista cuidará da higiene bucal com intuito de orientação e prevenção e empregando substâncias com a capacidade de neutralizar os ácidos nos fluidos bucais ou promover remineralização ou aumentar a resistência dos dentes. (AMORAS, 2010).

Segundo David (2012), embora outros profissionais tenham grande importância no tratamento de pacientes diagnosticados com Anorexia Nervosa, a psicoterapia é um dos tratamentos essenciais, a terapia tem função de ajuda psicológica profunda possibilitando transformações e fortalecendo algumas capacidades dos pacientes. A psicoterapia pode atuar com fenômeno neurológico como a neuroplasticidade que consiste na habilidade que o cérebro tem em mudar sua estrutura através das experiências da vida, essas experiências são capazes de ativarem neurônios que acionam genes capazes de gerar mudanças estruturais, assim fortalecem conexões com neurônios ativos. Logo, focar a atenção é uma maneira de ativar neurônios. O processo mental de atenção focalizada tem capacidade de mudar estrutura enquanto física do cérebro. No entanto, quando são ativados os neurônios, são liberados neurotransmissores, ou seja, substâncias químicas que atuam nas sinapses.

Para o tratamento psicoterapêutico o primeiro passo é avaliar informações, ou seja, é feita anamnese enfatizando a história do paciente, investigando traumas ou se existem outras doenças vinculadas ao transtorno, pois pacientes com Anorexia Nervosa geralmente apresentam quadro de depressão e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). (SOUSA E CORDIOLI, 2014).

Em casos agudos deve ser encaminhado ao psiquiatra, para incluir no tratamento fármacos. Geralmente a medicação indicada são antidepressivos como: amitriptilina, fluoxetina e outros, são de uso individual e adequados a cada caso contribuem Fonseca et al (2012).

Segundo Campos e Haack (2013) os antidepressivos tricíclicos têm apresentados efeitos positivos no tratamento da Anorexia Nervosa, podem ser citados a clomipramina e a amitriptilina. No entanto, atua no Sistema Nervoso Central (SNC), grande parte dos antidepressivos tricíclicos atuam como inibidores da recaptção de norepinefrina bloqueando o transporte de serotonina e o transportador de norepinefrina. Deste jeito, as sinapses concentradas de neurotransmissores serão elevadas resultando no aumento de neurotransmissão. Essa atividade de noradrenalina e serotonina surtem em efeitos benéficos contra sintomas de depressão e ansiedade. Contudo, esses

fármacos apresentam efeitos colaterais como, boca seca, visão borrada e retenção urinária.

Assim como tratamento psicológico tem sua importância na recuperação de pacientes com transtorno alimentar, o nutricionista é tão importante quanto o psicoterapeuta. O profissional de nutrição irá proporcionar aos pacientes experiências qualificadas e saudáveis na tentativa de provocar mudanças nos hábitos alimentares, possibilitando o retorno ao estilo de vida normal. O nutricionista tem função de acompanhar a evolução fisiológica do paciente, sendo o foco a realimentação e o ganho de peso equilibrado. Contudo, se fazem atenciosos às necessidades do paciente de maneira que a ingestão de alimentos seja de forma voluntária, tentando apoiar-se em um desejo mesmo que pequeno em nutrir-se. Avaliações periódicas são feitas para acompanhar a evolução do paciente, estas avaliações podem incluir: exames físicos, eletrocardiograma, osteodensitometria, avaliação bioquímica, exame digestivo, balanço hídrico, história ponderal, história do distúrbio e patologias associadas conhecidas e medicação. (SÁ E ARTEIRO, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

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

3.2 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;

4 METODOLOGIA

A pesquisa se constituiu no método qualitativo, que rejeita o pressuposto da existência de uma única forma de investigação válida para as diversas ciências, sendo elas culturais ou físicas, sendo capaz de respeitar a concepção de adoção das singularidades. No olhar da pesquisa qualitativa, não é possível legitimar as conclusões contundentes como verdades absolutas. A qualificação se dá através de significado dos fenômenos de estudo apoiados pelos exercícios de interpretação e compreensão, pautados nas observações feitas. (LIMA, 2010).

Participaram da pesquisa cinco mulheres psicólogas com idades variadas, sendo de 37 a 51 anos, independente da abordagem de atuação psicológica utilizado na clínica.

Vale salientar que por exigência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi permitido somente a amostra de cinco participantes.

5.1 PROCEDIMENTOS

Após a aprovação, foi feita uma lista de psicólogos conhecidos e através de ligações feitas individualmente contatados sobre o tema deste estudo, como também levantando os que preenchiam os aspectos de inclusão deste trabalho. Através de alguns psicólogos houve a indicação de outros que encaixavam no perfil desta pesquisa. Deste modo, foi feito o contato com outros profissionais. Os psicólogos são de diferentes cidades do país todos se mostraram muito interessados no assunto e nenhum se recusou a participar. Logo depois foram enviados *e-mails* com TCLE e esclarecido que somente poderia participar os que o devolveram.

Foi criado questionário semi-estruturado para avaliação dos resultados, o questionário ficou disponível durante o período da pesquisa em um *site*

criado para coletar os resultados. O *site* gerou links individuais vinculados ao *e-mail* pessoal dos participantes para acesso a pesquisa, uma vez que somente as respostas enviadas eram armazenadas diretamente no *e-mail* do pesquisador. Isso propiciou segurança e controle dos resultados obtidos.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

Foi realizado procedimento ético necessário: Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FAEMA (Faculdade de Educação e Meio Ambiente), tendo parecer número 704. 162, CAAE 30246514.4.0000.5601 e assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE I), permitindo assim, a utilização dos dados para fins de pesquisa.

Como se trata de participantes em distância geográfica, foi realizado da seguinte forma: após o aceite em participar da pesquisa, foi enviado o TCLE para o participante via *e-mail* para que assinasse e reenviasse assinado, pois este foi um critério inclusivo para a participação. Ao devolver o TCLE, foi enviado o questionário ressaltando sempre a inviolabilidade de toda e qualquer informação contida referente identidade do participante.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As exigências para inclusão no estudo foram: ter atuado como psicólogo clínico, sendo que já deveria ter atendido ou estar atendendo paciente com diagnóstico de Anorexia Nervosa; desejar participar da pesquisa por vontade própria e ter assinado e devolvido o TCLE.

O critério de procurar sujeitos de diferentes abordagens foi para não restringir a investigação a apenas uma visão, mas abranger o assunto às

ramificações da ciência da Psicologia. Com isso pode-se obter reflexões teórico-práticas mais abrangentes.

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não participaram da pesquisa psicólogos(as) que não atenderam pacientes com Anorexia Nervosa; aqueles que não desejaram ou que não devolveram o TCLE e/ou o questionário preenchido.

5.5 COLETA DE DADOS

Foi elaborado questionário semi-estruturado contendo sete questões, sendo que duas eram quantitativas e cinco qualitativas.

Após a devolução do TCLE foi enviado o questionário, ele esteve armazenado no site disponível em <https://pt.surveymonkey.com/user/sign-in/> onde os resultados dos questionários eram enviados automaticamente enviados ao *e-mail* do pesquisador, assim que o participante terminasse de respondê-lo.

5.6 ANÁLISES DOS RESULTADOS

A interpretação dos resultados consiste na unificação dos depoimentos dos sujeitos, expondo a seguir sua interpretação a qual não podem ser entendidos como isoladas, mas parte de um conjunto de respostas que levam a hipóteses relevantes para o estudo complementar da Ciência Psicologia.

Foram realizadas interpretações dos depoimentos de forma agrupada e por tema, apresentando cada um em Tabelas. 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 (2014).

Posteriormente a Tabela, estará a discussão dos resultados diante do tema, sendo que depoimentos originais no decorrer do texto são destacados em itálico e entre aspas. No entanto, para identificar a quem pertence a fala original foi mantido a numeração da unidade de significado, seguido da fala original dos depoimentos, logo após está a interpretação.

5.7 MATERIAIS

Foram utilizados para esta pesquisa:

- Computador; Word; e Internet.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os que constituem o grupo deste estudo são do sexo feminino e de idades variadas. Entretanto, como mostra o quadro 1, se faz importante notar que a variável correspondente ao tempo de atuação, quando comparada ao número de pacientes atendidos, não se fez relevante, uma vez que um dos entrevistados, tendo o menor tempo de atuação, 04 anos, prestou atendimento a 06 pacientes. Já o entrevistado com tempo superior, 28 anos de exercício profissional, atendeu apenas a 02 pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa, segundo informou.

Contudo, ao comparar quantidade de pacientes atendidos durante o tempo de profissão, destacou-se com maior número de pacientes atendidos durante a trajetória profissional o entrevistado 05.05 por já ter atendido cerca de 10 pacientes em seus 22 anos de exercício profissional.

Quadro 1 - Buscando relação entre tempo de atuação do profissional com a quantidade de pacientes atendidos

Entrevistado	Abordagem	Idade	Tempo de Atuação	Pacientes Atendidos
01.01	Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)	37 anos	08 anos	02
02.02	Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)	51 anos	04 anos	02
03.03	Comportamental	49 anos	28 anos	02
04.04	Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)	26 anos	04 anos	06
05.05	Psicanálise	44 anos	22 anos	Cerca de 10

Seguem abaixo Tabelas representativas dos temas abordados em pesquisa para o estudo deste trabalho.

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.

A seguir alguns depoimentos e interpretações relacionadas às estratégias utilizadas por psicólogos clínicos para o tratamento da Anorexia Nervosa.

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

Entendendo que a Anorexia Nervosa é uma doença com características que abalam o estado psíquico e físico do paciente, identificar pensamentos irracionais que o conduziu a modificar condutas normais de manutenção biológica, para comportamentos de mutilação consciente e inconsciente do próprio corpo, pois estes pensamentos são mantenedores do transtorno. No

entanto, deve ser imprescindível ao psicólogo diante de seu caráter profissional para o tratamento da doença, compreender a história do paciente levando em conta onde ele está inserido, pois isso pode dar indícios de características cognitivas, emocionais e comportamentais do desenvolvimento e manutenção do transtorno.

Contudo, estar atento pode proporcionar ao terapeuta através do próprio paciente descobrir a gênese da doença Anorexia Nervosa, assim como desvendar aspectos subjetivos quanto a imagem corporal, como demonstra a literatura que pacientes com esse transtorno alimentar nunca estão satisfeitos com seu corpo, contextualizam Reis et al. (2013).

Nesse sentido, Valdanha, Comim e Santos (2013) acrescentam que os terapeutas devem utilizar de meios legítimos, ou seja, basearem-se em meios verdadeiros diante o discurso do paciente para hipótese de diagnóstico, pois este é um dos instrumentos ao qual o Psicólogo pode fundamentar para criar métodos de intervenção diante o caso. Logo, é necessário que seja feito uma análise minuciosa do caso, assim como também dos materiais que lhe darão suporte mediante a hipótese diagnóstica. O profissional deve agir com segurança quanto ao manejo de seu trabalho terapêutico, para não transmitir insegurança a seu paciente. Assim, a postura do profissional deve ser segura, demonstrando competência em avaliar e validar as evidências, tendo como suporte publicações científicas.

03.03 “Trabalhar autoestima, imagem corporal e desequilíbrio alimentar”.

A resposta utilizada destaca características dos sintomas da Anorexia Nervosa, no entanto, o entrevistado não destaca questões estratégicas de intervenção, mas demonstra ter conhecimento quanto à doença, pois o depoimento identifica apontamentos científicos quanto à doença como discorre Sá e Arteiro (2012), pois a autoestima, imagem corporal e desequilíbrio alimentar fazem parte da obsessão rígida pelo corpo perfeito, visto como apontamentos característicos dos sintomas da doença.

É perceptível a autoestima baixa em pacientes com esse transtorno alimentar, pois como se enxerga diante de um espelho ou em sua visão psicológica está afetada, uma vez que seu corpo nunca está conforme gostaria. O desequilíbrio alimentar é procedente de julgamentos feitos de uma fantasia histórica, repleta de sentimentos negativos de si mesmo. Segundo Souza et al. (2014) pacientes com Anorexia Nervosa enfrentam dificuldades em conviver socialmente, assim como, dificuldades em enfrentar situações críticas dos componentes biológicos pela recusa do alimentar-se, isso é proveniente de uma autoestima baixa, sendo a maior característica o humor negativo. Portanto, trabalhar questões ligadas à ótica subjetiva dos pacientes também são meios estratégicos para recuperação da doença.

No entanto, os participantes apresentaram como estratégias de atuação as considerações seguintes.

04.04 “Protocolo específico para AN e TA”.

02.02 “Fundamentadas na Terapia Cognitiva Comportamental”.

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 suas especialidades. Nesse sentido, as estratégias de tratamento para Anorexia Nervosa, de acordo com

Souza (2014), 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. Dificil 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.

Todas as participantes caracterizam a patologia como grave, onde as consequências são amedrontadoras, sendo que a maior delas é a morte.

Apesar de atualmente ser uma doença com sintomas ligados às exigências contemporâneas, onde a busca pela perfeição física é o maior objetivo, a desorganização mental do paciente diante da realidade faz com que

seja maior a dificuldade de compreensão de suas verdadeiras necessidades, ou seja, questões cognitivas atuam de maneira distorcida quanto ao sentir e agir. Além disso, é provável que a recuperação seja possível, uma vez que a recusa alimentar não está somente em perder peso, mas em questões subjetivas desorganizadas inconscientemente. Assim, o paciente pode não saber os verdadeiros motivos que o levam a recusa alimentar, ou seja, a recusa alimentar é uma atitude de defesa de origens desconhecidas pelo paciente.

Entretanto, os pacientes com Anorexia Nervosa apresentam personalidade perfeccionista, envolvendo questões sociais, culturais, psicológicas, familiares, biológicas e emocionais, segundo Weinberg (2010). Partindo disso, têm facilidade em absorver esses assuntos, mas em forma de julgamento, internalizando fatos que o levam a sentir culpa.

Quanto ao processo alimentar todas as participantes concordam que a recuperação é possível, porém, é importante ressaltar que é um processo árduo e contínuo, uma vez que reestruturar questões cognitivas do paciente em relação à alimentação é o maior desafio para a equipe multidisciplinar e para a família, exigindo muito esforço e compreensão dos envolvidos.

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. Deste modo, as tentativas incessantes pela magreza são uma absurda desenvoltura para manter o peso baixo e inadequado à altura e idade. (CIQUEIRA, OLIVEIRA E CUNHA, 2011).

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”.

Neste depoimento o entrevistado avalia a doença como enfermidade referente às margens contemporâneas. Sendo que na atualidade, a mídia tem acarretado influências significativas para dietas mirabolantes com propostas que alegam a possibilidade de alcançar o ideal de medidas. Contudo, ilustram pessoas com corpos desenhados e esbeltos, transmitindo segurança e autoconfiança quando se perde peso, além da moda favorecer medidas específicas.

Tudo isso está promovendo alienação da percepção corporal, além de fazer com que o sujeito não se aceite, sentindo-se sempre fora de contexto, isolando-se de grupos sociais, sem contar que algumas famílias também exercem atitudes punitivas quanto ao corpo, contribuindo ainda mais para compreensão distorcida da percepção própria. Todavia, isso pode ser absorvido através de memórias inconscientes e incorporadas pelo indivíduo, acarretando em obsessão impulsiva pela modelagem do corpo, traçada por busca incessante de enquadro social, característica esta presente em pacientes com Anorexia Nervosa.

A sociedade contemporânea tem o poder de ditar o que é bom vestir, comer, usar e ter, isso tem se concretizado em uma insanidade do que é bom, travando lutas interna pela incessante busca dos padrões contemporâneos quanto à estética. Muitas vezes esta busca parte de motivações inconscientes, uma tentativa em encaixar-se ou pertencer ao grupo social caracterizado como modelo a ser seguido. (BERNARDES, 2010).

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.

Nota-se que os depoimentos são distintos, porém é possível considerar que o prazer alimentar em pacientes com Anorexia Nervosa é muito baixo.

01.01 “Zero”.

02.02 “Dois”.

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

05.05 “Cinco”.

Nos depoimentos acima, as participantes concordam que os pacientes não sentem prazer em alimentar-se. No entanto, faz-se necessário atenção quanto este problema, uma vez que o desprazer alimentar pode estar envolvido a questões emocionais muito antigas como na relação familiar, principalmente com a mãe.

Entretanto, destaca-se o entrevistado 04.04 ressaltando que anterior ao tratamento não existe prazer alimentar, porém, após o tratamento afirma que o prazer alimentar enquanto social é possível ser re-significado. No entanto, isso demonstra que é possível reestruturar questões relacionadas ao gozo em comer, isso pode ser feito através da promoção de tratamento que leve em consideração as limitações do próprio paciente.

Levando em conta que as sensações e emoções estão presentes quando em convívio social, a literatura aponta que é possível obter respostas positivas relacionadas à alimentação. 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 da ingestão de alimentos mesmo que em pequenas quantidades. Contudo, tornar o consumo de alimentos uma interação prazerosa envolvendo em especial a família,

podendo aos poucos inserir pessoas próximas, fazem com que o paciente sinta-se aceito, posteriormente podendo iniciar o processo de aceitação de si mesmo. (SOUZA E SANTOS, 2010; SOUZA 2014).

Contudo, existem discrepâncias como demonstra a Tabela acima. Apenas a participante 03.03 identificou prazer alimentar em pacientes anoréxicos, atribuindo nota “Oito”. Isso pode ser entendido não como falência dos métodos terapêuticos, pois cada paciente são tem questões subjetivas diferentes um dos outros, uma vez que cada indivíduo reage de maneira diferente à mesma situação.

Assim, respeitar a subjetividade dos pacientes buscando sempre melhorias para seu quadro clínico, pois cabe ao terapeuta identificar os melhores métodos para intervenção, adequando às necessidades apresentadas no decorrer do processo.

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.

O prazer alimentar deve ser consequência de um tratamento eficiente, ou seja, que consiga atender as necessidades do paciente, porém não são

todos os pacientes que aderem ao tratamento e o alimentar-se pode tornar-se mecanizado. Os terapeutas devem estar preocupados com esta questão. Nos depoimentos da tabela acima a maioria apontam para o envolvimento com este tema.

O participante 01.01 cita que “[...] serão trabalhados os pensamentos disfuncionais relacionados à alimentação”, ou seja, questões psíquicas sempre estão envolvidas nesse transtorno, o foco do tratamento deve estar em inserir o paciente aos padrões da normalidade social, proporcionando de forma que o próprio indivíduo enxergue os benefícios propostos para saúde.

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. Boog (2004) expressa que 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, onde a qualidade de vida pode estar relacionada à noção de integração com meio.

A alimentação envolve os mais diversos significados diante o âmbito cultural, está envolvida com experiências pessoais. Momentos em que o salgado, o doce, bebida e a fartura junto a momentos bons para o paciente com Anorexia Nervosa passam a ganhar novos sentidos psíquicos. No entanto, participar de preparos de alimentos também pode ser uma forma de interação não somente alimentar, mas também social, isso pode auxiliar na re-significação de questões subjetivas ao alimento, além de somar à identidade dos pacientes novas condições de memórias sociais, customizando o sustento e assim perpassando as experiências diárias. Logo Maturana (2010) expressa que a alimentação está longe de ter apenas funções de nutrição e sobrevivência, existem fatores cognitivos ligados que estão além da saciedade fisiológica.

Contudo, alguns depoimentos demonstram a não preocupação com o prazer alimentar na atuação profissional, como apresenta o participante 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”.

Entretanto, na Anorexia Nervosa os pacientes se privam de ocasiões sociais que envolvam alimentos, em especial refeições periódicas com a família, cita Fonseca (2013). A privação de alimento faz com que perca ou não se lembre do sabor atribuído a eles. Criar situações em que o alimento esteja inserido junto aos familiares pode proporcionar momentos benéficos para a recuperação de peso, uma vez que esta é a preocupação maior no tratamento deste transtorno.

Tabela 5 - Como reconhecer que o problema teve fim?

01.01 Quando ha 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.

É importante reconhecer a desenvoltura do paciente quanto à adesão ao tratamento, elogios auxiliam no processo de adequação. No entanto, reconhecer quando o problema teve fim, torna-se um processo minucioso, pois

exige aguçada percepção diante questões referentes às crenças sociais, emocionais e familiares, como cita o participante 01.01. Contudo, observar relação entre a imagem corporal, o equilíbrio da alimentação também são aspectos a serem relevados sugere 02.02.

A equipe multidisciplinar deve trabalhar em sintonia, pois a alta do paciente depende do olhar clínico dos profissionais envolvidos, isso pode prevenir recaída. Assim é possível enxergar o indivíduo por inteiro, pois há diferentes dimensões de tratamento, ou seja, áreas de atuação distintas, porém complementares, fazendo com que seja minuciosa a investigação de melhorias da doença para contemplá-lo com a retomada de uma rotina autônoma.

Deste modo, o tratamento ganha significativas evoluções quando o paciente passa a se importar com os procedimentos de recuperação, envolvendo-se com os profissionais e desafiando-se a cada dia, isso repercute de maneira importante na evolução do caso, passa a ser um querer intrínseco do sujeito e não pressões ou obrigações árduas a serem cumpridas. No entanto, mesmo aderindo aos procedimentos de recuperação da doença é doloroso para o paciente enfrentar a si mesmo, porém, quando passa a desafiar-se, mesmo sendo difícil pode passar a ter significativas vitórias. Isso leva a crer que questões cognitivas estão sendo reavaliadas, que mesmo entre o sofrimento causado pelas disfunções da doença Anorexia Nervosa, existe o entendimento da necessidade de ajuda.

É possível acreditar que a volta às atividades normativas são os maiores indicadores de que o paciente caminha para exercer autonomia de seus impulsos. Tal consideração pode ser compreendida que a volta da inserção ao convívio social, acompanhado de escolhas assertivas do paciente diante da dúvida entre alimentar ou privar-se, são indícios de que o tratamento está caminhando para o final, contribui Valdanha, Comim e Santos (2013).

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

Interessante notar que a participante 05, na Tabela 4 diz não estar preocupada em restaurar o prazer alimentar, porém no depoimento acima abre espaço para questionamentos, sendo que os sintomas ou a perda do prazer alimentar pode estar relacionada a diversos fatores sintomáticos da doença. Pois questões muito ainda no princípio do prazer, ou seja, ainda na oralidade entre a relação mãe-filho pode ser um dos componentes do circuito sintomático relacionados aos hábitos alimentares.

Assim, 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. Entretanto, Amoras (2010) contribui que os principais profissionais envolvidos são: médicos, psicólogos, nutricionistas e em casos agudos psiquiatras e odontologistas.

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.

Nota-se que os discursos são baseados de acordo com a abordagem psicoterapêutica aderida pela particularidade profissional de cada participante. Os depoimentos a seguir retratam indícios da atuação quanto ao tema e a relação da teoria de manejo clínico dos profissionais entrevistados.

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”.

Trabalhar com a prevenção de recaídas é o melhor meio para evitar que volte ao estado patológico, porém, pode acontecer. Durante as sessões o terapeuta pode trabalhar com encontros espaçados como cita o participante 01.01, isso possibilita a observação das atitudes do paciente enquanto dono de suas condutas diárias, conforme suas habilidades cognitivas e comportamentais estiverem adequadas, sem apresentar prejuízos para seu organismo, pode o psicólogo diminuir as sessões até que o paciente possa receber alta.

Mesmo depois do tratamento *“sempre há chances de recaída [...]”* como demonstra o participante 04.04. O indivíduo estará sempre exposto a situações que o remeterão a condições desfavoráveis, porém a família tem forte influência, pois seu posicionamento referente à Anorexia Nervosa pode evitar, como também contribuir para recaídas. Assim, como demonstra 03.01 *“o paciente deve estar atento aos sinais e sempre que necessário recorrer à ajuda”*, ou seja, os terapeutas devem deixar os pacientes aptos para reconhecer quaisquer indícios de desordem que possam levá-lo à doença.

Conforme o depoimento do participante 02.02 e “depende muito da adesão do paciente ao tratamento [...]” há possibilidades de recaídas, afinal, apenas o ganho de peso não é resultado de que o quadro de Anorexia Nervosa foi vencido.

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

O profissional deve estar atento às questões cognitivas e comportamentais associadas à recuperação do paciente. Levar o paciente a conhecer e entender suas limitações a ponto de que ele mesmo possa identificar situações de perigo, pode levar a diminuição de incidência de recaídas, além de o próprio paciente identificar aspectos de exposição a riscos e procurar ajuda. (ABAID, 2007).

Mesmo após o paciente ter recebido alta, o paciente deve receber apoio para que saiba identificar indícios e/ou sintomas da doença, pois geralmente, o não percebe aspectos de retrocesso da Anorexia, discorre Valdanha, Comim e Santos (2013).

Conforme o depoimento 05.05 o paciente pode recorrer à doença como se fosse uma defesa de circunstâncias que desencadeiam processos psíquicos.

Considerando as particularidades e que cada indivíduo reage de maneira diferente à mesma situação, os depoimentos expostos na Tabela acima trazem a relatividade como algo a ser considerado, pois podem haver ou não recaídas, depende da adesão do paciente ao tratamento e das condições que vive. No entanto, leva a entender as particularidades, descartando o determinismo e reconhecendo cada indivíduo com suas particularidades, atuando de acordo com as necessidades de cada um.

Portanto, a eficácia do tratamento está na adaptação do perfil do paciente e nas estratégias utilizadas para o manejo das intervenções a serem

feitas. Entretanto, o paciente pode manter-se durante algum tempo em período refratário, ou seja, determinado tempo sem manifestar sintomas referentes à doença, porém pode voltar a apresentar indícios sintomáticos. Contudo, em pacientes que recaem podem estar presentes variáveis associadas a não adequação ao tratamento, a própria obsessão pela doença, características subjetivas do paciente, disfunções quanto ao funcionamento da família, aspectos motivacionais, questões sociais não resolvidas ou não ocorreu o vínculo terapêutico. (SOUSA E CORDIOLI, 2014).

O reconhecimento do fim do problema com as chances de recaídas são baseados de acordo com a abordagem, pois embora o interesse esteja na recuperação do paciente à maneira como cada profissional maneja suas estratégias, vem da particularidade da formação pessoal acadêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que parte dos participantes estão preocupados com a re-significação do prazer alimentar, assim consta como item de importância no tratamento de pacientes anoréxicos, pois demonstram preocupações em restaurar voltando ao significado original quanto ao prazer em comer, uma vez que pacientes com este tipo de transtorno demonstra total apatia aos alimentos. Sendo que as noções de hábitos ruins alimentares estão associadas a prejuízos à saúde. Contudo, algumas abordagens representadas neste trabalho desconsideraram a preocupação em restaurar do prazer alimentar enquanto prática terapêutica.

O comportamento alimentar é complexo, principalmente quando relacionado a transtornos. Re-significar o prazer na Anorexia Nervosa, trata-se de reelaborar aspectos psíquicos do paciente. No entanto, algumas das ações voltadas para o fortalecimento do processo de re-significação abordadas neste estudo estão abrangidas no trabalho de pensamentos disfuncionais em relação ao alimento.

Os indícios da reelaboração do prazer alimentar em intervenção clínica diante da patologia Anorexia Nervosa estão na promoção de qualidade de vida, onde o paciente poderá ser inserido em atividades diárias ou eventos sem que isso traga prejuízos a ele, ou torne-se tortura estar em ambientes em que o alimento esteja presente, assim poderá fazer parte das refeições respeitando seus limites.

As técnicas clínicas utilizadas no tratamento da Anorexia Nervosa são voltadas para modificação de características emocionais e comportamentais, como apresenta este estudo. Porém para compreender este transtorno e melhor defini-lo, é preciso estar atendo a questões muito mais que externas. É necessário enxergar em diferentes ângulos, ou seja, aspectos envolvendo a história do paciente desde sua primeira fonte de prazer.

A perda pelo prazer alimentar se liga ao 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.

É possível re-significar o prazer alimentar dos pacientes anoréxicos, porém isso deve partir da interpretação dos psicólogos, uma vez que algumas abordagens não dão crédito a esse a este aspecto.

Por fim, se o objetivo do tratamento em pacientes com Anorexia Nervosa está em inserir o sujeito a condutas rotineiras de modo autônomo, devem os profissionais levar em consideração que o prazer alimentar é uma característica de rotinas saudáveis e condutas sociais, sendo este um meio de conduzir o paciente a libertar-se de comportamentos mecanizados na alimentação.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. P.; MAGALHÃES, E. N. Aspectos da relação mãe-filha-pai: influência na ingestão alimentar compulsiva e na recusa determinada. **e-scientia**, v.2, n.1, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/139/78>>. Acesso em: 25 Out. 2013.

ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI S. T. **Nutrição e Transtornos Alimentares – Avaliação e Tratamento**. São Paulo, 2011.

ALMEIDA, B. H. P. **Pulsão De Morte**: Convergências E Divergências Entre Sigmund Freud E Wilhelm Reich. Curitiba: Centro Reichiano, 2007. Disponível em:

<<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Artigos/ALMEIRA,%20Bruno%20Henrique%20-%20Puls%C3%A3o%20de%20morte.pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2013.

AMORAS, D. R; et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. **Odontol**, Araraquara, n 4, vol 39, p. 241-245, Jul./Ago. 2010. Disponível em: <<http://www.revodontolunesp.com.br/files/v39n4/v39n4a09.pdf>> Acesso em: 11 Maio 2015.

ARRUDA, S. L. S; ANDRIETO, E. Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura winnicottiana. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, São Paulo, n 3, vol 61, p. 97-105, 21 Nov. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v61n3/v61n3a11.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2015.

ABAID, F. Anorexia nervosa: estudo psicanalítico vincular e geracional a propósito da clínica. **Psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n 1, p. 237-250, Jan./Fev./Mar, 2007.

BERNARDES, T. Adolescência, mídia e transtornos alimentares: uma revisão bibliográfica. **Unipampa**, Uruguaiana, n 1, vol 1, p. 1-34, 2010. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/BERNARDES>

-T.-Adolesc%25C3%25Ancia-m%25C3%25ADdia-e-transtornos-alimentares-uma-revis%25C3%25A3o-bibliogr%25C3%25A1fica.pdf> Acesso em: 21 Maio 2015.

BOOG, M. C. F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde em Revista**, São Paulo, n 6, vol 13, p. 17-28, 2004.

CAMPOS, J. G. S. C; HAACK, A. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. **Com. Ciências e Saúde**, Brasília, n 3, vol 23, p. 253-262, 20 Mar. 2013. Disponível em:<http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2012Vol23_3_7_Anorexiabulimiaaspectos.pdf> Acesso em: 18 Jun. 2015.

CAVANA, D. D. Educação sexual. In: Curso visual. São Paulo, Ed. Nível, 2001. p. 674 – 688.

CIQUEIRA, H. M. S.; OLIVEIRA, L. M. M.; CUNHA, L. C. M. Anorexia nervosa: a doença do século. **Goyazes**, Goyazes, n 1, p. 2-19, 2011.

CLAUDINO, et al; Anorexia nervosa: diagnóstico e prognóstico. **Projeto Diretrizes**, n 1, p. 1-40, 7 Out. 2011.

DAVID, M. Impactos neuro-científicos para as psicoterapias analíticas. **Grupanáliseonline**, Lisboa, n 1, vol III, p. 1-15, 2012.

DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al., 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

D'ANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade**. 17 ed, Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2006.

FERNANDES, M. H. The boby in anorexia and bulimia. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, n 3, vol 15, p. 668-682, Set. 2012.

FONSECA, A. M et al. Anorexia nervosa: revisão baseada em evidências. **Femina**, São Paulo, n 3, vol 40, p. 1661-1666, Maio/Jun. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3268.pdf>> Acesso em: 15 Maio 2015.

FONSECA, G. S. Anorexia: recusa do corpo? **Psic**, Ijuí, n 1, p. 6-38, 2013.

FLEITLICH, et al. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**. Vol. 76. Rio de Janeiro. 2000. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S323/port.pdf>> Acesso em: 16 de Out. 2013.

FERRARI, E. P.; PETROSKI, E. L.; SILVA, D. A. Prevalence of body image dissatisfaction and associated factors among physical education students. **Trends Psychother**, Florianópolis, n 2, p. 119-127, 2013.

FREUD S. Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901 – 1905). VII. vol. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, n 2, vol 12, p. 360-378, 2012. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v12n2/artigos/pdf/v12n2a03.pdf>> Acesso em: 21 Maio 2015.

LIMA, M. C. Monografia: a engenharia da produção acadêmica. 2 ed. São Paulo. Ed. SaraivaUni. 2010.

MATURANA, V. Reflexões acerca da relação entre a alimentação e o homem. **Revista IGT**, n 12, vol 7, p. 176-219, 2010. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.igt.psc.br%2Foj%2Finclude%2Fgetdoc.php%3Fid%3D1573%26article%3D292%26mode%3Dpdf&ei=o3ZeVcSgGo3BgwTf_4CoCg&usg=AFQjCNE_AW7weCTMYNEoADr1alwzRwQ3cQ&bvm=bv.93990622,d.eXY> Acesso em: 12 Maio 2015.

NARDI, H. B.; MELERE, C. O papel da terapia cognitivo-comportamental na anorexia nervosa. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Rio Grande do Sul, n 1, vol XVI, p. 55-66, 2014. Disponível em: <http://www.cemp.com.br/arquivos/35959_75.pdf> Acesso em: 21 Abr. 2015.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n 3, vol 15, p. 575-582, Jul./Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a15>> Acesso em: 15 Maio 2015.

_____, L. L.; DEIRO, C. P. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Rio Grande do Sul, n 1, vol XIV, p. 36-49, 2013. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=0CFsQFjAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.usp.br%2Frbtcc%2Findex.php%2FRBTCC%2Farticle%2Fdownload%2F565%2F377&ei=WPRoVZH-MMaxggTHm4PwCg&usg=AFQjCNFUkEUNgUK234sHTKjKnwkZdQS0IQ&bvm=bv.94455598,d.eXY>> Acesso em: 13 Jun. 2015.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN R. D. **Desenvolvimento humano**. 10. ed. São Paulo: Ed. Mc Graw Hill. 2009.

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.

REIS, N. M.; et al. Imagem corporal, estado nutricional e sintomas de transtornos alimentares em bailarinos. **Bras. Ati. Fis. Saúde**, Santa Catarina, n 6, vol 18, p. 763-781, Nov. 2013.

SÁ, M.; ARTEIRO, C. Anorexia nervosa: definição, diagnóstico e tratamento. **U. Porto**, Porto Alegre, n 1, p. 5-29, 2012. Disponível em: <http://sigarra.up.pt/fcnaup/en/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id=9285> Acesso em: 2 Maio 2015.

SANTOS, C. M. T.; ALMEIDA, G. O. Anorexia Nervosa: uma Revisão Bibliográfica. **Revista de saúde coletiva**. v. 1. Rio de Janeiro. 2010.

SILVA C. R. J; SILVA R. C. L; VIANA D. L. P. **Dicionário ilustrado de saúde**. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

SOUSA, M. B; CORDIOLI, A. V. Capítulo 16 quando o tratamento não funciona. **Artmed**, n 2, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material_didatico/Quando%20o%20tratamento%20nao%20funciona.pdf> Acesso em: 12 Abr. 2015.

SOUSA, I. F. A interdisciplinaridade na formação farmacêutica: uma abordagem à luz da fenomenologia. 2014, 254 f. Tese (Pós graduação em saúde e desenvolvimento) Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

SOUZA, A. C; et al. Atitudes em relação ao corpo e à alimentação de pacientes em anorexia e bulimia nervosa. **J Bras Psiquiatr**, São Paulo, n 1, vol 63, p. 1-7, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0001.pdf>> Acesso em: 12 Maio 2015.

SOUZA, L. V; SANTOS M. A. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n 2, vol 5, p. 285-294, Abr./Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a07v15n2>> Acesso em: 15 Maio 2015.

THURM, B. E. Perfil da percepção corporal e a insatisfação corporal em mulheres com transtornos alimentares – uma proposta de intervenção corporal. **Biblioteca São Judas Tadeu**, São Paulo, n 1, vol 1, p. 3-57, 2012. Disponível em: <http://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2012/194.pdf> Acesso em: 12 Maio 2015.

VALDANHA, É. D.; COMIN, F. S.; SANTOS, M. A. Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. **Latina de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, n 1, vol 16, p 71-88, Mar. 2013.

WEIBERG, C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da anorexia nervosa. **Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, n 2, vol 13, p. 224-237, Jun. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES ANORÉXICOS.

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DE PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1 – NOME DO PARTICIPANTE

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M___ F___

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº

BAIRRO:

CIDADE.....ESTADO-----

CEP:..... TELEFONE:

II - DADOS SOBRE A PESQUISA E PESQUISADOR

- Pesquisador Responsável: ROBERSON GEOVANI CASARIN – CRP 20/3871. Professor da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Telefone: 69 – 9236 9720/ 3536 6600 e-mail: rgcasarin@yahoo.com.br
- Acadêmica participante: PATRÍCIA DA SILVA DIAS – CPF 010. 738.862-63. Acadêmica do curso de Psicologia- Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Telefone: 69 8151-1692/ 69 3532 2246 e-mail: patrycia18@hotmail.com
- RELEVÂNCIA SOCIAL:
 - A pesquisa se tornou relevante diante da importância que se dá a alimentação do paciente diagnosticado com Anorexia Nervosa. Uma vez

entendido que Anorexia Nervosa afeta a qualidade de vida, e que o tratamento não é fácil.

- Com a preocupação de fazer uma pesquisa voltando os olhos na tentativa de identificar se os terapeutas estão preocupados em restaurar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES ANORÉXICOS

O prazer no alimentar-se, logo se paciente não sente prazer no comer pode ter recaído, voltando ao estado anterior da patologia. Assim é importante discutir sobre as estratégias dos terapeutas, pois os beneficiados neste estudo são os pacientes.

- **RELEVÂNCIA CIENTÍFICA**

- Este estudo torna-se relevante, à medida que traz a proposta de investigação das intervenções clínicas dos psicólogos, uma vez tendo na terapia o objetivo de restaurar o prazer alimentar, pode evitar possível recaída na prática característica do transtorno alimentar anoréxico, verificar as técnicas utilizadas em diferentes abordagens possibilitará também ampliar a visão de como esta questão é trabalhada em sessão, se existem semelhanças no foco das sessões observando como cada abordagem psicológica trata a Anorexia Nervosa.
- Esta pesquisa é grande contribuinte nos estudos, uma vez percebido que Anorexia Nervosa não é um assunto muito discorrido dentro da literatura. A anorexia nervosa traz preocupação não somente física, mas psicológica e para a psicologia é interessante o aumento de estudos nesta área para melhor compreender este distúrbio. Discutir sobre este assunto é despertar novas visões, novas técnicas, melhorar a visão dos psicólogos sobre Anorexia Nervosa e o prazer da alimentação, surgimento de novas pesquisas ou até mesmo novas soluções que poderão ser auxiliares no entendimento e no tratamento diante do caso Anorexia Nervosa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE***PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES ANORÉXICOS***

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

- Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será enviado para os psicólogos que já atenderam ou que atendem pacientes com anorexia nervosa.
- Essa pesquisa envolve risco mínimo, pois poderá trazer desconforto psicológico ao responder as questões.
- Durante a pesquisa você poderá solicitar mais esclarecimentos, assim como desistir da participação sem nenhum prejuízo ou alguma penalidade.
- Você não será identificado de forma alguma, garantindo a confidencialidade, de privacidade, de anonimato e todas as informações obtidas nesta pesquisa não serão consultados por outras pessoas além daquelas envolvidas no projeto (nomes no final). Estas informações poderão ser utilizadas para fins estatísticos ou científicos, desde que fiquem resguardados a minha total privacidade e meu anonimato;
- Você não receberá nenhum dinheiro nem outro benefício por sua participação, assim como não terá direito à indenização posterior.
- Os dados colhidos serão guardados em poder do responsável pela pesquisa, em sigilo, por cinco anos, conforma manda a lei;
- Você terá total acesso aos resultados da pesquisa assim que essa for totalmente concluída;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE***PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER ALIMENTAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES ANORÉXICOS***

- Os dados poderão servir para apresentação em eventos científicos, assim como publicação em revistas pertinentes, sempre prevalecendo o sigilo;
- Esse termo, contém 04 páginas e deverá ser assinado em duas vias, uma ficando com o participante e outra com o pesquisador;
- Quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa da FAEMA. Telefone: 69 3536 6600

Nome por extenso do participante

----- ou
Assinatura do participante

Patrícia da Silva Dias
Acadêmica
Telefone: (69) 8151-1692

Prof. Ms Roberson Geovani Casarin
CRP 20/3871
Telefone: 9236 9720

APÊNDICE II – FORMULÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

ABORDAGEM: **TEMPO DE ATUAÇÃO NA CLÍNICA:**
IDADE: **SEXO: MASC. () FEM. ()**

- 1- Quantos pacientes você já atendeu com anorexia?

- 2- Quais são as estratégias que você usa em sua atuação para o tratamento da anorexia?

- 3- Qual sua visão diante da patologia e a recuperação na alimentação?

- 4- 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?

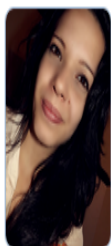
- 5- Você, em sua atuação, está preocupado em restaurar o prazer alimentar?

- 6- Como você reconhece que o problema teve fim?

- 7- Terminado o tratamento, quais as chances de a doença voltar?

ANEXOS

ANEXO I – CURRÍCULO LATTES



Patrícia da Silva Dias

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3521894154805920>

Última atualização do currículo em 04/04/2014

Possui ensino-medio-segundo-graupela Escola Estadual Ensino Fundamental e Médio Frei Henrique de Coimbra(2008). Tem experiência na área de Psicologia. (Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Identificação

Nome Patrícia da Silva Dias

Nome em citações bibliográficas DIAS, P. S.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2010 Graduação em andamento em Psicologia.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

2001 - 2008 Ensino Médio (2º grau).
Escola Estadual Ensino Fundamental e Médio Frei Henrique de Coimbra.

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências Humanas / Área: Psicologia.

Idiomas

Português Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PSICOLOGIA CLÍNICA: RE-SIGNIFICAÇÃO DO PRAZER ALIMENTAR COMO ITEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES ANORÉXICOS

Pesquisador: Roberson Geovani Casarin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30246514.4.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 704.162

Data da Relatoria: 24/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de acordo com as solicitações do Parecer 628444.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto de acordo com as solicitações do Parecer 628444.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto de acordo com as solicitações do Parecer 628444.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de acordo com as solicitações do Parecer 628444.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto de acordo com as solicitações do Parecer 628444.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de acordo com as solicitações do Parecer 628444.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA



Continuação do Parecer: 704.162

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARIQUEMES, 30 de Junho de 2014

Assinado por:

Vera Lúcia Matias Gomes Geron
(Coordenador)

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br