

**“PADRÕES DISFUNCIONAIS DE INTERAÇÃO EM FAMÍLIAS DE
ADOLESCENTES COM ANOREXIA NERVOSA”**

Letícia Langlois Oliveira

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia sob orientação do
Prof. Dr. Cláudio Hutz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Porto Alegre, maio de 2004.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| Lista de tabelas | 3 |
| Resumo | 8 |
| Abstract | 9 |
| I. Introdução | 10 |
| 1.1. Anorexia nervosa: Considerações gerais e prevalência | 10 |
| 1.2. Quadro clínico e critérios diagnósticos | 11 |
| 1.3. Histórico | 16 |
| 1.4. Anorexia nervosa e as relações familiares disfuncionais | 18 |
| 1.5. O sistema familiar na adolescência | 28 |
| 1.6. Estilos Parentais e Práticas Educativas Parentais | 33 |
| 1.7. Justificativa do estudo | 36 |
| 1.8. Questões norteadoras | 37 |
| 1.9. Objetivos | 37 |
| 1.10. Expectativas | 37 |
| II. Método | 39 |
| 2.1. Participantes e procedimentos | 39 |
| 2.2. Instrumentos | 43 |
| 2.3. Análise dos Dados | 45 |
| III. Resultados e discussão | 48 |
| 3.1. Caso 1: Família de Mary | 48 |
| 3.2. Caso 2: Família de Joana | 70 |
| 3.3. Caso 3: Família de Caroline | 86 |
| 3.4. Caso 4: Família de Juliana | 112 |
| 3.5. Discussão final conjunta | 113 |
| IV. Considerações finais | 138 |
| Referências | 141 |
| Anexos | 150 |
| Anexo A. Termo de consentimento livre e esclarecido | 150 |
| Anexo B. Entrevista Inicial | 151 |
| Anexo C. Entrevista Familiar Estruturada | 152 |
| Anexo D. Escalas para avaliação da Entrevista Familiar Estruturada | 153 |
| Anexo E. Escalas de Responsividade e Exigência Parental (filhas) | 156 |
| Anexo F. Escalas de Responsividade e Exigência Parental (pais) | 159 |
| Anexo G. Entrevista de Práticas Educativas Parentais | 162 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Respostas de Polly sobre as situações difíceis | 60 |
| Tabela 2. Respostas de Polly às situações estruturadas | 60 |
| Tabela 3. Respostas de Tonny sobre as situações difíceis | 61 |
| Tabela 4. Respostas de Tonny às situações estruturadas | 61 |
| Tabela 5. Respostas de Juraci sobre as situações difíceis | 79 |
| Tabela 6. Respostas de Juraci às situações estruturadas | 79 |
| Tabela 7. Respostas de Ana sobre as situações difíceis | 101 |
| Tabela 8. Respostas de Ana às situações estruturadas | 101 |
| Tabela 9. Respostas de Jorge sobre as situações difíceis | 103 |
| Tabela 10. Respostas de Jorge às situações estruturadas | 103 |
| Tabela 11. Respostas de Odete sobre as situações difíceis | 123 |
| Tabela 12. Respostas de Odete às situações estruturadas | 123 |

AGRADECIMENTOS

Neste momento de conclusão, quando faço uma retrospectiva de tudo o que vivi até agora, percebo que se eu fosse mencionar todos aqueles que foram importantes na minha vida teria que escrever uma dissertação. Percebo também como tenho sorte de ter sido sempre cercada de pessoas especiais, sem as quais certamente eu não estaria aqui.

Em primeiro lugar, gostaria de dizer obrigada aos meus pais Fernando e Gladis, exemplos de amor e dedicação, dos quais tenho um imenso orgulho e com quem aprendi tudo o que sei de melhor. Agradeço constantemente por ser filha de vocês!

À minha irmã e minha melhor amiga Maria Luiza pelo carinho, companheirismo e sinceridade que me ajudam a crescer, acreditar em mim e ser uma pessoa melhor.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cláudio Hutz, pela confiança em mim depositada e pela liberdade que me foi concedida para desenvolver um estudo independente de sua área de pesquisa.

Às professoras Dra. Débora Dell'Aglio, Dra. Maria Lúcia Nunes e Dra. Olga Falceto, pela dedicação à leitura deste trabalho e pelas fundamentais contribuições na sessão de qualificação do projeto de dissertação.

À equipe do GEATA - Grupo de Estudos e Atendimento de Transtornos Alimentares, em especial à Dra. Maria Angélica Nunes, por proporcionar o contato com as famílias participantes deste estudo.

Às minhas grandes amigas Laura e Carolina, companheiras de todas as horas desde a pré-escola, pela imensa amizade que certamente nos acompanhará por toda a vida.

À Cissa, pela força e presença fundamental nas horas mais felizes e nas mais difíceis.

À amiga Simone, sempre disposta a me ouvir e ajudar todas as vezes que precisei. Valeu o companheirismo nos últimos anos e a ajuda neste trabalho!

À Lurdinha, minha maior torcedora e incentivadora, agradeço pela amizade e apoio durante toda a minha vida.

Ao João Luís, que me ajuda a perceber que o importante na vida é ser feliz.

À Leila, por me auxiliar a crescer e a ir atrás dos meus objetivos.

À Paula, Sibi, Taci, Francine, Caci, Lili, Déia, Carol, Rose e Vivi, por tornarem inesquecíveis os meus anos de Faculdade.

Agradeço também a todos os meus novos e grandes amigos conquistados em Porto Alegre, pessoas especiais que tornaram os dias mais felizes por aqui. Agradeço especialmente à Francesca, um dos maiores corações que já conheci e ao Rafael, pelas longas conversas e parceria no último ano.

Aos meus colegas de Mestrado Adriana, Afonso, Carlo, Carol, Carô, Dani, Fran, Elder, Giana, Iara, Raquel, Rochele e Simone, que demonstraram durante esses dois anos juntos que o sucesso profissional não é baseado na competição, mas sim na competência, colaboração e união. Vou sentir muita saudade de vocês!

Às acadêmicas do curso de Psicologia da UFRGS Alessandra Menke e Ana Hertzog, pelo interesse, disposição e pela companhia nas viagens em busca dos participantes.

Aos funcionários do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS, Alziro, Sílvio e Margareth, pela presteza com que me ajudaram sempre que precisei.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

Agradeço especialmente às famílias que aceitaram colaborar com esta pesquisa. Obrigada por abrirem suas casas e corações e por permitirem nossa entrada brusca em sua intimidade, ajudando, assim, outras pessoas que enfrentam o mesmo problema. Aprendi muito com vocês!

Dedico este trabalho a minha madrinha e segunda mãe, Clinéia, que despertou em mim o amor pela docência e me ensinou os valores mais importantes da vida.

RESUMO

Este estudo se propõe a investigar a interação em quatro famílias de adolescentes acometidas de anorexia nervosa. A ênfase está na descrição e compreensão de padrões disfuncionais de interação referentes aos estilos parentais, práticas educativas parentais, comunicação, regras, papéis, liderança, conflitos, afeição física, manifestação da agressividade, interação conjugal, integração, auto-estima e individualização.

O delineamento utilizado é o de “Estudos de Caso” e o referencial teórico eleito é o paradigma sistêmico. As informações foram obtidas através da Entrevista Inicial, Entrevista Familiar Estruturada, Escalas de Responsividade e Exigência Parental e Entrevista de Práticas Educativas Parentais. Os resultados apontaram para uma disfuncionalidade dos padrões de interação estabelecidos, o que dificulta o desenvolvimento emocional dos membros nas famílias investigadas. Foram observados uma ausência de sintonia comunicacional entre os membros dos sistemas, presença de regras rígidas e disfuncionais, inadequação dos papéis, liderança fixa e autocrática, tendência a evitar a expressão de conflitos, manifestação destrutiva da agressividade, baixo nível de afeição física e auto-estima, dificuldades na individualização, delimitação débil de fronteiras entre os subsistemas, falta de gratificação dos subsistemas conjugais com trocas afetivo-relacionais pobres entre os membros dos casais e baixa integração familiar. Além disso, pôde ser constatado um predomínio de técnicas parentais coercitivas na educação das filhas. Em relação aos estilos parentais, embora a maioria dos membros perceba a autoritatividade na postura parental, acredita-se que os pais tenham, na realidade, estilos autoritários e negligentes.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the interaction in four families with anorexical adolescents. The emphasis is given to the description and comprehension of dysfunctional patterns of interaction regarding parental styles, parental educative practices, communication, rules, roles, leadership, conflicts, manifestation of aggressivity, physical affection, interaction of the couple, individualization, self-esteem and integration.

The design employed is the "Case Studies" and the elected theoretical reference is the systemic paradigm. Informations were obtained by the means of the Initial Interview, Structured Family Interview, Parental Responsiveness and Exigency Scales, Parental Educative Practices Interview. Results suggested a dysfunctionality of the established patterns of interaction, which difficult the emotional development of the members in the investigated families. The main observation included an absence of communicational syntony between the members, presence of dysfunctional and rigid rules, inadequacy of the roles, fixed and authoritarian leadership, tendency to avoid conflict expression, destructive manifestation of aggressivity, poor levels of physical affection and self-esteem, difficulties in individualization, weak demarcation of boundaries among the subsystems, absence of gratification between the members of the couple and low familiar interaction. The predominance of coercitive and negligent parental techniques in the daughter's education was also ascertained. Considering the parental styles, though most of the members perceive authoritativeness in the parental posture, it is supposed that parents actually has authoritarian and negligent styles.

INTRODUÇÃO

1.1 Anorexia Nervosa: considerações gerais e prevalência

A anorexia nervosa tem sido definida como um transtorno do comportamento alimentar caracterizado por limitações dietéticas auto-impostas, padrões bizarros de alimentação com acentuada perda de peso auto-induzida e mantida pelo paciente associada a um temor intenso de ganhar peso (Cordás & Busse, 1995). Cabe salientar que o termo anorexia é equivocado, visto que os pacientes acometidos do transtorno lutam obstinadamente contra a fome, e a ausência de apetite só passa a ocorrer em fases avançadas da doença (Abuchaim, 1998).

A prevalência de transtornos alimentares tem crescido de forma significativa nas últimas décadas (Castro & Goldstein, 1995, Goldbloom & Garfinkel, 1992). Acredita-se que este aumento esteja estreitamente ligado ao modelo estético vigente, em que o preconceito contra a obesidade é muito intenso, e a magreza é ligada à imagem feminina de sucesso e perfeição (Goldbloom & Garfinkel, 1992). Atualmente, a busca pela esbelteza se tornou uma obsessão cultural massificada (Hercovici & Bay, 1997). Nas sociedades ocidentais, é inquestionável que o número de casos de anorexia e bulimia vem crescendo de forma alarmante, mas também no Japão, onde antes da ocidentalização tais transtornos praticamente inexistiam, nos dias de hoje são quase tão frequentes quanto nos Estados Unidos (Kaplan, 1992).

Estudos de incidência realizados nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha apresentam números que oscilam entre 0,37 a 4,06 casos por 100.000 pessoas anualmente, mas tais números são questionáveis pelo fato de que apenas os casos mais graves chegam ao conhecimento médico (Fairburn, Phil & Beglin, 1990). Além disso, a prevalência de indivíduos que não preenchem todos os critérios diagnósticos, mas que são acometidos de traços anoréxicos ou distúrbios não-especificados é bem mais elevada. Existe também um alto índice de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares na população, como a realização de dietas extremadas, utilização de medicamentos diuréticos, laxantes e anorexígenos, provocação de vômitos e realização de atividades físicas em excesso (King, 1989). Especialmente em relação às práticas inadequadas de controle de peso entre adolescentes, foco deste trabalho, os dados são preocupantes.

Pesquisas apontam que os índices de utilização de diuréticos, laxantes, adoção de dietas e indução de vômitos oscilam entre 2,5% e 15%, enquanto o comer compulsivo está presente em 16% dos jovens, e a não realização diária de duas refeições principais é atitude de 29% dessa população (Fairburn Phil & Beglin, 1990).

Sabe-se que pelo menos 95% dos casos de anorexia ocorrem em mulheres, na sua maioria adolescentes (Castro & Goldstein, 1995, Fairburn, Phil & Beglin, 1990, Flaherty, 1990), e que as taxas, em países desenvolvidos, variam de 0,5% a 1% (American Psychiatric Association, 1995), com maior incidência aos 16 anos e afetando, principalmente, classes sociais mais elevadas (Fairburn, Phil & Beglin, 1990). Apesar disso, diferentemente de alguns anos atrás, hoje o transtorno não acomete apenas meninas brancas de classe sócio-econômica média ou alta, se estendendo sobre os limites de raça ou cor (Kaplan, 1992). É notável que no Brasil o número de casos de anorexia e bulimia nervosa é muito significativo, embora não haja estudos que avaliem o índice de transtornos alimentares no país.

Em relação aos aspectos culturais, pode-se constatar que, ao longo da história, o conceito de beleza sofreu inúmeras variações, sendo a economia um dos aspectos influentes, havendo sempre uma contradição entre a oferta de alimentos e as formas e corporais femininas que são valorizadas. Assim, em épocas nas quais os alimentos são escassos, a imagem feminina robusta é sinal de poder e opulência, enquanto que, em períodos em que os alimentos são oferecidos em abundância, como atualmente, a magreza representa autodisciplina e sucesso. (Hercovici & Bay, 1997). Quanto aos aspectos sociais da atualidade, Fernandez (1995) enfatiza o papel da mídia como central no aumento da prevalência de transtornos alimentares nos últimos anos. Segundo a autora, o ideal de corpo feminino que a sociedade oferece às mulheres jovens é um reflexo do que é exibido na televisão, onde o modelo de beleza é o da manequim anoréxica.

1.2 Quadro clínico e critérios diagnósticos

A anorexia nervosa geralmente inicia a partir de uma simples dieta realizada como resposta a um excesso de peso real ou imaginário (Goldbloom & Garfinkel, 1992). Apesar da realização de regimes e busca de outros métodos que visam ao emagrecimento serem comuns na adolescência, ao contrário da maioria dos jovens, que após algum tempo

retornam ao peso antigo ou atingem o peso ideal, os anoréxicos buscam uma forma física cada vez mais esbelta (Hercovici, 1987). Os fatores precipitantes ou desencadeantes da inanição são diversos. Podem consistir em eventos vitais significativos como perdas, separações familiares, enfermidades, mudanças de escola, modificações corporais, entre outros, embora muitas vezes o fator específico não possa ser identificado ou, em alguns casos, pode constituir em uma circunstância aparentemente corriqueira (Abuchaim, Somenzi & Duchesne, 1998, Hercovici & Bay, 1997).

Os pacientes em um primeiro momento eliminam alimentos muito calóricos e, aos poucos, passam a restringir todos os outros itens que faziam parte de seu cardápio (Russel, 1983). Com o tempo, passam a direcionar toda sua atenção para assuntos relacionados à dieta e perda de peso, em uma busca implacável à magreza. Os hábitos alimentares passam, então, a ser ritualizados e secretos (Nunes & Ramos, 1998), e comportamentos bizarros em relação à comida passam a ocorrer. Os pacientes escondem alimentos por todos os cantos da casa, cozinham refeições elaboradas, compram comida em abundância no supermercado e se preocupam com a dieta da família (Cordás & Busse, 1995, Hercovici & Bay, 1997). Apesar desse contato estreito com a comida, a ingestão nutricional é muito pequena, sendo que, em estágios mais avançados da doença, é comum que comam apenas uma fruta ou uma fatia de queijo, ou que apenas bebam um café preto durante o dia inteiro (Russel, 1983). Concomitantemente à dieta restritiva, é freqüente a ocorrência de episódios de comer compulsivo de alimentos calóricos considerados proibidos pelos pacientes (Nunes & Ramos, 1998). Para compensar tais orgias alimentares, muitos anoréxicos passam a utilizar métodos de purgação, sendo comum o abuso de laxantes e diuréticos, o engajamento em atividades físicas cada vez mais vigorosas e, em 40% dos casos, a provocação de vômitos, atitude esta que piora muito o prognóstico (Winokur & Clayton, 1986).

Com a evolução da doença, as inspeções minuciosas frente ao espelho passam a ser constantes (Winokur & Clayton, 1986) e, embora o emagrecimento seja cada vez mais intenso, o medo da obesidade aumenta. Um aspecto central da patologia, mas que não está presente na totalidade dos casos, é a perturbação da percepção corporal. O indivíduo apresenta uma distorção no modo de perceber o próprio corpo, acreditando estar gordo mesmo contra todas as evidências clínicas e súplicas familiares (Crisp, 1980).

O curso da anorexia nervosa é variável, podendo ir desde um único episódio com recuperação física e psicológica total, o que é mais raro, até evoluções crônicas com sucessivas internações e recaídas (Holmes, 1997, Winokur & Clayton, 1986). O transtorno pode ser letal em função de suas alterações fisiológicas e metabólicas causadas pela degradação nutricional (Nunes & Ramos, 1998, Winokur & Clayton, 1986). Casos fatais não são raros em absoluto. Estudos apontam que o número de mortes por consequência da doença oscila entre cinco e 15% dos casos. Todavia, a maior parte dos pacientes mantém, ao longo de toda a vida, alterações psicológicas como: pobre relação conjugal, papel materno mal-desenvolvido, má adaptação profissional, maltrato com as refeições e desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos (Ratnasuriya, Eisler, Szmugler & Russel, 1991).

Diferentemente dos dias atuais, em que o quadro clínico e a evolução da anorexia nervosa são conhecidos, até o final da década de 60 não havia critérios diagnósticos definidos explicitamente para a detecção do transtorno. A partir daí, os critérios passaram a ser construídos operacionalmente, com ênfase em aspectos importantes como a psicopatologia, mudanças no comportamento alimentar e alterações endocrinológicas (Nunes & Ramos, 1998). Em 1969, Gerald Russel (citado por Hercovici & Bay, 1997) desenvolveu três critérios diagnósticos da doença, que embasam os manuais atuais: (1) comportamentos induzidos à perda de peso; (2) medo mórbido e exagerado de engordar e (3) presença de alteração endocrinológica, caracterizada por amenorréia nas mulheres e perda do interesse e potência sexual nos homens.

Nas últimas décadas, o diagnóstico tem sido mais investigado, e os especialistas percebem a frequência do transtorno e as dificuldades de tratamento (Garfinkel, Kennedy e Kaplan, 1995). Atualmente, a detecção da anorexia nervosa pode ser realizada através de dois tratados embasados em concepções biológicas e psicológicas: o DSM-IV-TR e o CID-10.

As diretrizes diagnósticas estabelecidas pelo DSM-IV TR consistem em:

- a) Recusa de manter o peso corporal indicado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção de peso abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de

peso durante a fase de crescimento, acarretando um peso corporal menor que 85% do esperado).

b) Temor acentuado de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo que o peso esteja abaixo do esperado.

c) Distorção no modo de vivenciar o peso ou a forma corporal, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação da gravidade do baixo peso atual.

d) Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. A presença de amenorréia nas mulheres é constatada se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônios, como estrógeno, por exemplo" (American Psychiatric Association, 2003).

O DSM-IV-TR também recomenda, ainda em relação aos critérios diagnósticos, a especificação dos dois subtipos da anorexia: restritivo e bulímico. A diferença está em que, no primeiro tipo, ocorre apenas uma restrição nutricional através da evitação dos alimentos, enquanto que, no segundo, ocorrem também episódios de um rápido consumo de grandes quantidades de alimentos em um tempo limitado ou indução de vômitos e limpeza estomacal (através do uso de laxantes e diuréticos).

Os critérios diagnósticos abaixo, postulados pelo CID-10, desconsideram a subdivisão da anorexia nervosa em dois grupos. São eles:

a) O peso corporal do paciente é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido como nunca alcançado) ou o índice da massa corporal de Quelet [$\text{peso(kg)/altura(m)}$] em 17,5 ou menos. Indivíduos pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.

b) Auto-indução de perda de peso por eliminação de alimentos considerados 'engordativos' e em um ou mais do que se segue: provocação de vômitos, purgação auto-induzida, realização de exercícios em excesso, utilização de anorexígenos e/ou diuréticos.

- c) Há uma perturbação da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um temor intenso de engordar persiste como uma idéia intrusiva e supervalorizada pelo paciente, que impõe, para si mesmo, um baixo limiar de peso.
- d) Um transtorno endócrino generalizado, que envolve o eixo hipotalâmico - hipofisário - gonadal, aparece nas mulheres como amenorréia, e, em homens, como uma perda do desejo e potência sexuais (uma exceção é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas em tratamento de reposição hormonal, mais comumente através de pílulas anticoncepcionais). Além disso, podem ocorrer níveis elevados de hormônio do crescimento e de cortisol, alterações no metabolismo periférico de hormônio tireoideano e anormalidades na secreção da insulina.
- e) Se o início do transtorno é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é lentificada ou mesmo interrompida (o crescimento cessa, nas meninas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos meninos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é freqüentemente completada normalmente, porém a menarca ocorre tardiamente". (Organização Mundial da Saúde, 1993).

Embora a etiologia da anorexia seja, ainda hoje, desconhecida (Goldbloom & Garfinkel, 1992, Hercovici & Bay, 1997), são crescentes as evidências da interação de diversos fatores não só na gênese como também na manutenção do transtorno (Cordás & Busse, 1995). A maioria dos pesquisadores trabalha com um modelo multidimensional, que reconhece fatores de risco de diversos níveis: culturais, familiares e individuais (Goldbloom & Garfinkel, 1992, Hercovici & Bay, 1997).

Através dos tempos, apesar das diferentes formas de entendimento do transtorno e de tratamento indicados, a maior parte dos especialistas sempre consentiu que a anorexia nervosa é desencadeada, mantida e levada até o ponto da inanição por causas de ordem psicológica, e que as relações familiares têm um papel fundamental no transtorno (Kaplan, 1992). A atenção que tem sido dispensada aos aspectos familiares deve-se à existência de importantes fatores ambientais e genéticos. No presente estudo, destaca-se um funcionamento familiar disfuncional em famílias com pacientes anoréxicos (Bruch, 1973, Falceto & cols., 1993, Fasolo & Diniz, 1998, Hercovici & Bay, 1997, Horesh, Apter, Ishai & Danziger, 1996, Kaplan, 1992, Minuchin, 1978, Selvini Palazzoli, 1990, Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1998). Em relação aos aspectos genéticos,

a evidência mais consistente está baseada na concordância para anorexia em gêmeos monozigotos entre 35 e 50% e entre os dizigotos entre 10 e 17% (Casper, citado em Cordás & Busse, 1995). É importante salientar, também, que a prevalência de anorexia nervosa entre irmãs é de 3 a 10%, índices que excedem as expectativas normais. Além disso, parentes de primeiro grau de anoréxicos apresentam um risco 10 vezes maior de apresentar a doença (Cordás & Busse, 1995).

1.3 Histórico da anorexia nervosa

Apesar de ser conhecida atualmente como "uma síndrome da sociedade opulenta" (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1998, p. 214), muito ligada a fatores culturais das sociedades ocidentais (Goldbloom & Garfinkel, 1992), existem relatos médicos de pacientes acometidos de uma misteriosa enfermidade semelhante à anorexia datados do século III. Além disso, a prática de jejuar pode ser identificada há séculos, o que leva à reflexão se a anorexia é uma doença nova relacionada a pressões sociais ou se configura uma maneira mais profunda de auto-expressão adotada também por outras épocas e culturas (Abuchaim, 1998).

A anorexia nervosa foi reconhecida pela primeira vez na Idade Média, como uma afecção misteriosa que se caracterizava por uma dieta de fome auto-imposta com significativa perda de peso. Todavia, pesquisas mostram indícios de que antes do século XII já havia descrições esporádicas de patologias semelhantes à anorexia. No século III, por exemplo, há um caso de um Buda que buscava iluminação através da inanição e, no século XI, existe o registro de um príncipe que sofria de melancolia e fez dieta durante vários anos. Tais casos eram descritos como enfermidades de origem mental, envolvendo sintomas como amenorréia, constipação, hiperatividade e perda do apetite (Kaplan, 1992). A partir do século XVIII, surgiram vários relatos interessantes descrevendo esta entidade clínica. Há o caso de uma menina francesa que faleceu vítima do transtorno, cuja morte foi atribuída pelos médicos à influência perniciosa da mãe (Kaplan, 1992). A vida de cerca de 250 santas e beatas da Igreja Católica e suas práticas de asceticismo, descritas por Bell (citado por Hercovici & Bay, 1997), mostra um paralelo entre as práticas religiosas de jejum, as chamadas "anorexias santas", e o conceito da doença aceito hoje. Uma santa do século XIV, chamada Liduina de Shiedam, alimentou-se durante anos apenas de pedaços

de maçã cortados do tamanho de hóstias. Para Bell (citado por Hercovici & Bay, 1997), as "anorexias santas" podem ser relacionadas à anorexia atual, visto que em ambas existe uma busca pela libertação feminina de uma sociedade patriarcal.

Outro caso de anorexia é uma lenda medieval descrita por Lacey (citado por Hercovici & Bay, 1997), que fala de uma das filhas do rei de Portugal, muito bela e rica. Com o objetivo de afastar o desejo masculino sobre si, passou a fazer uma dieta de inanição, além de práticas de asceticismo. Seu rosto e corpo começaram a envelhecer e sua face cobriu-se de uma fina penugem. Em alguns países da Europa, a jovem tornou-se a padroeira das mulheres que querem livrar-se da atração masculina.

A primeira descrição clínica da anorexia nervosa como uma patologia com características semelhantes às aquelas de ordem psicossomática foi feita em 1694, por Richard Morton, a partir da análise de dois casos clínicos (Bruch, 1973, Hercovici & Bay 1997). A síndrome só foi redescoberta em 1868, pelo médico inglês William Whitney Gull, criador do termo "anorexia nervosa" (Bruch, 1973). A partir dessa época, os relatos médicos destacavam o papel da trama familiar na doença dos filhos (Garfinkel, Kennedy & Kaplan, 1995, Kaplan, 1992). Gull baseou-se nos quadros clínicos de três meninas entre 14 e 18 anos. Suas conclusões foram de que a aparição típica da doença se dá na adolescência; há uma prevalência em mulheres; intenso emagrecimento e prejuízo das funções nutritivas com grande aumento das atividades físicas; amenorréia associada ao emagrecimento; constipação, perda de apetite e ausência de uma patologia somática (Bruch, 1973). Além disso, o médico também recomendava o isolamento do paciente de sua família (Kaplan, 1992).

Cerca de cinco anos após as observações de Gull, Ernest Charles Lasségue (citado por Bruch, 1973), um neuropsiquiatra parisiense, denomina a doença como "*anorexie hystérique*". Lasségue acreditava que a etiologia do transtorno era histérica e enfatizava muito adequadamente as distorções cognitivas, a negação, os transtornos da imagem corporal e o envolvimento familiar no desenvolvimento da doença. Em relação a este último ponto, em sua obra denominada "Sobre a anorexia histérica", Lasségue (citado por Kaplan, 1992) pontuou que o paciente e sua família formavam uma totalidade extremamente entrelaçada e que se o médico limitasse suas observações apenas ao paciente, obteria um falso panorama da enfermidade. Alguns anos depois, Henri Huchard,

outro médico francês, descartou a origem histórica, mudando o termo para "*anorexia mental*", até hoje utilizado na França e Itália. Já em 1895, Gilles de la Tourette (citado por Kaplan, 1992), um médico que assim como Gull acreditava na importância da separação do paciente anoréxico do meio familiar, foi o primeiro a enfatizar falta de apetite como central na afecção.

No ano de 1914, Morris Simmons (citado por Fairburn, Phil & Beglin, 1990 e Kaplan, 1992) encontrou um possível comprometimento de ordem orgânica após a descrição da severa perda de peso em uma jovem acometida de uma destruição da hipófise. A confusão etiológica surgida a partir deste caso, que sugeria o hipopituitarismo como causa da anorexia nervosa, só foi encerrada em 1949, quando foi comprovada a ausência de emagrecimento intenso a não ser em níveis terminais das doenças restritas à hipófise.

1.4 Anorexia nervosa e relações familiares disfuncionais

A partir do final da década de 40 houve, então, uma proliferação de hipóteses sobre as relações dos pacientes anoréxicos e suas famílias. Nesta época, o meio científico foi dominado por explicações psicanalíticas para a anorexia. Os estudos passaram a focalizar o sintoma mais característico e dramático que é a negação de comer, com ênfase em componentes orais, como o desejo e temor de incorporar ou "engolir" a mãe, além do medo da filha de ser fecundada oralmente pelo pai (Goldbloom & Garfinkel, 1992). A amenorréia, neste período, era compreendida como a negação da genitalidade, repercutida através das fantasias de gravidez (Bruch, 1973). Já a dieta extrema era interpretada como uma evitação simbólica da sexualidade, visto que a inanição pode retardar desenvolvimento das características corporais da puberdade e inibir o desejo sexual (Holmes, 1997).

Na medida em que o número de casos aumentava, médicos e psicólogos se sentiam frustrados frente aos inúmeros fracassos dos tratamentos e à dificuldade de compreender os dinamismos desta complexa enfermidade mental. Buscavam, então, investigar alguns aspectos importantes da doença, como as distorções na percepção corporal, hiperatividade, perfeccionismo e vínculos familiares intrincados (Kaplan, 1992).

Os estudos sobre o desenvolvimento da anorexia e sua conexão com as relações familiares disfuncionais foram intensificados quando os psicólogos passaram a se familiarizar com a questão da separação-individação de Mahler (1974). A menina anoréxica, nesta concepção, ao ingressar na puberdade não possuiria elementos para separar-se adequadamente da mãe, pois não teria resolvido satisfatoriamente a primeira etapa da separação-individação. A simbiose da primeira infância teria se mantido latente. Buscaria, então, restaurar a unidade com a figura materna, ocasionando uma detenção do desenvolvimento normal da puberdade.

Baseada nessas concepções, Bruch (1973) considera a personalidade pré-mórbida como um dos fatores etiológicos importantes do transtorno e enfatiza uma estruturação familiar inadequada. Ela aponta, nas anoréxicas, uma "sensação paralisante de ineficácia", atribuída à incapacidade dos pais em favorecer a autonomia e a expressão de si mesmo às filhas. As adolescentes são sempre lembradas como crianças perfeitas, que nunca enfrentaram os pais e com aparência de serem especialmente dotadas. Com o passar dos anos, se tornam especialistas em satisfazer os desejos parentais. Desta forma, essas meninas não são preparadas para a separação e individualização, tarefas típicas da adolescência. A anorexia representa, segundo a autora, uma busca desesperada de tomar posse do próprio corpo e da identidade, bem como uma tentativa de domínio de quem se sente bastante desamparada. Neste sentido, Falceto e colaboradores (1993) descrevem que, diante da impossibilidade de conquistar a autonomia, essas jovens se definem e ganham espaço dentro de suas famílias através da recusa em alimentar-se. Bruch (1973) também destaca outros aspectos importantes da enfermidade, como um transtorno da imagem corporal, um defeito na interpretação dos estímulos corporais (como os sinais de necessidade nutricional), além de figuras parentais muito controladoras e intrusivas. O funcionamento familiar é resistente a mudanças notáveis, gerando uma elevação progressiva da preocupação, ansiedade, irritação e mágoa e provocando constantemente novos problemas.

Devido a essa dificuldade de separação e autonomia, os transtornos de alimentação em adolescentes podem ser considerados como uma defesa contra o evento primordial desta etapa do desenvolvimento: mudança. Mudar pode representar a perda ou ameaça da segurança e proteção experimentadas somente dentro do ambiente familiar. O sintoma de

recusa da alimentação pode ser entendido como uma forma de o adolescente manter sua identidade infantil, visto que o papel de paciente fortalece ainda mais seus laços de dependência com os pais, evitando, assim, uma separação ativa da família (Onnis, 1994). Neste sentido, segundo Abuchaim, Somenzi e Duchesne (1998), a anorexia vem servir ou funcionar como uma espécie de padrão de contenção psicológica para manter a homeostase adquirida, com o objetivo de preservar um estado psicológico frágil. A natureza do transtorno visa à auto-preservação, embora suas conseqüências sejam auto-destrutivas. Paradoxalmente, a negação de comer consiste em uma tentativa desesperada de individuação, que se apresenta sob a forma de um "protesto mudo" e visa também à introdução de conflitos em famílias que evitam qualquer situação que ameace o *status quo* do sistema (Onnis, 1994). Nesta mesma linha, a anorexia nervosa pode ser compreendida como uma resposta à tensão social e ao temor à definição sexual gerada pelas mudanças físicas da puberdade, o que conduz a uma evitação fóbica dos alimentos (Crisp, 1980).

Alguns traços de personalidade típicos de meninas anoréxicas são descritos por Hercovici e Bay (1997), como grande necessidade de aprovação externa e falta de respostas às necessidades internas, conformismo, perfeccionismo e escrupulosidade. Tais características correspondem a indivíduos com expectativas pessoais elevadas e com extrema necessidade de agradar e satisfazer os desejos dos outros. Segundo Falceto e colaboradores (1993), é característico que os pais considerem que suas filhas sempre foram exemplares, estudantes-modelo, dóceis e colaboradoras até a instalação da enfermidade. Nunes e Ramos (1998) concordam com tais afirmações alegando que as anoréxicas são vistas por suas famílias como ótimas filhas, meigas e obedientes. Baseadas em sua experiência clínica, Fasolo e Diniz (1998) também percebem as figuras parentais de adolescentes com anorexia como muito exigentes e possuidoras de altas expectativas em relação às filhas, esperando que sejam passivas, carinhosas e que correspondam ao padrão estético vigente. Os pais referem-se às meninas como inteligentes e bem-sucedidas, não compreendendo como podem ter desenvolvido sintomas tão graves. Apresentam-se, também, muito confusos e tomados por um sentimento de culpa e fracasso que os paralisa, não permitindo que reajam frente à doença da filha.

Para Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino, (1998), o sintoma anoréxico só pode surgir da confluência de uma série de fatores, reagrupados em duas categorias

fundamentais: fatores específicos da cultura ocidental e modalidade organizacional-evolutiva das interações na família. Nos países em que a comida é abundante e até mesmo imposta existe, paradoxalmente, uma imposição da magreza como ideal de beleza. Em relação à modalidade interacional típica, os autores enfatizam um subsistema parental confuso, com provocações mútuas contínuas, as quais impossibilitam a solução dos problemas e nas quais a filha desde pequena é envolvida. As exigências que cada uma das figuras parentais faz aos filhos são opostas. No subsistema conjugal, a configuração mais comum é a do marido passivo, silencioso, que aceita tudo e aparenta ser incapaz de impedir os comportamentos invasivos, irritantes e controladores da esposa. Menos freqüente é o caso do pai centralizador e autoritário. Neste caso, a esposa assume o papel de se apresentar ou ser percebida como vítima, mas uma vítima provocadora na medida em que protesta contra a cruz que carrega e reivindica seus direitos de mulher, apelando para o marido os deveres de um bom pai.

A partir de sua prática clínica, Selvini Palazzoli (1990) desenvolveu um modelo sistêmico de tratamento, chamado de comunicacional, e agrupou algumas características típicas de famílias anoréxicas:

- 1) Comunicação: as famílias possuem uma boa capacidade de comunicação, de focalizar a atenção e desenvolver temas complexos. Geralmente conseguem expressar suas idéias tanto em nível verbal quanto não-verbal, mas a dificuldade está em poder ouvir e aceitar as opiniões dos outros membros. Cada um quer impor as suas regras na relação, não havendo, assim, uma sintonia comunicacional.
- 2) Liderança: o sistema parental é confuso, devido à incapacidade dos pais em assumir a liderança na família. Não existem normas e limites claros, pois a mensagem que circula é de que os atos devem ser realizados em consideração às exigências de um terceiro. Assim, o espaço para os desejos individuais também fica muito reduzido.
- 3) Alianças: as famílias anoréxicas apresentam alianças encobertas e negadas entre seus membros. o maior problema reside no fato de que a filha sintomática encontra-se triangulada com seus pais, satisfazendo secretamente os desejos e carências de cada um em relação ao seu cônjuge.

4) Subsistema parental: este parece ser o subsistema mais prejudicado e empobrecido em termos afetivos e sexuais. Os pais possuem relacionamentos muito insatisfatórios. A desilusão é mútua, mas a incapacidade de assumir os conflitos e a necessidade de manter a aparência de um casal ideal impede a promoção de mudanças significativas.

É interessante salientar que, apesar dessas trocas afetivas pobres nos subsistemas parentais das famílias anoréxicas, um estudo conduzido por Martinez-Gonzalez e colaboradores (2003) indica que qualquer *status* marital que não o de "pais casados" é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares na adolescência.

Outro modelo desenvolvido para a compreensão e tratamento da anorexia, denominado "Sistêmico Estrutural", foi criado por Salvador Minuchin (1978). O autor preocupa-se em compreender a história familiar pregressa e seu funcionamento atual, com o objetivo de verificar a importância das interações disfuncionais na manutenção dos sintomas. Para ele, o desenvolvimento de uma doença psicossomática está relacionado a três aspectos: um tipo específico de funcionamento e organização familiar, envolvimento do filho nos conflitos parentais e vulnerabilidade fisiológica (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Neste modelo, as famílias anoréxicas são consideradas famílias psicossomáticas, caracterizadas, fundamentalmente, pela falta de definições de limites, por fronteiras difusas, tendência a apoiar a expressão somática dos conflitos e tensões psicológicas como meio de proteger a lealdade e bem-estar familiar (Minuchin, 1982). Segundo o autor, sistemas familiares que apresentam como queixa uma enfermidade psicossomática de um dos membros são caracterizados por uma ênfase excessiva nos papéis de cuidado, funcionando melhor quando alguém está doente. Esses sistemas são percebidos socialmente como uma família típica, muitas vezes dando idéia de um funcionamento ideal (Minuchin & Fishman, 1984).

As cinco características relacionais típicas dessas famílias psicossomáticas estão descritas a seguir:

1) O aglutinamento ou emaranhamento é representado por uma proximidade interacional intensa entre os membros da família. As fronteiras são difusas e há um empobrecimento das percepções de si mesmo e dos outros membros.

2) A superproteção refere-se a uma preocupação exagerada com o bem-estar de todos os membros. À medida que interagem, respostas de cuidado e proteção surgem continuamente, interferindo assim, no desenvolvimento natural da autonomia e no reconhecimento e expressão de outros interesses fora do ambiente familiar protetor.

3) A rigidez diz respeito à necessidade de manter o *status quo* e a harmonia familiar estabelecida. Há uma grande resistência às mudanças características da adolescência. Permanece, então, o mesmo funcionamento de quando os filhos ainda estavam na infância, o qual, com a chegada da puberdade, torna-se disfuncional. Para este tipo de família, um filho doente pode servir como desculpa legítima para permanência da união.

4) Outra característica é a baixa tolerância e a falta de resolução de conflitos, resultantes do aglutinamento, superproteção e rigidez. A estrutura familiar é extremamente inflexível na resolução de problemas. Não há possibilidade de negociação, o que contribui para o surgimento de sintomas em membros mais fragilizados.

5) A participação do paciente identificado nos conflitos parentais é referente à tendência de evitar os problemas através da formação de uma tríade com o filho sintomático. A doença do adolescente funciona como reguladora e mantenedora do funcionamento familiar (Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

Fasolo e Diniz (1998) conduziram um estudo com 11 famílias anoréxicas e constataram que toda a amostra podia ser incluída na descrição de Minuchin de famílias psicossomáticas. As famílias passavam a imagem de um convívio harmonioso, não expressando agressividade e hostilidade. As dificuldades de trazer os conflitos à tona, de reconhecer e resolver problemas também estavam presentes. Kaplan (1992) concorda que os vínculos familiares dos membros dessas famílias são emaranhados, embora elas se apresentem como normais, bem organizadas e harmônicas.

Nesta mesma linha, um estudo visando a investigar a disfuncionalidade de famílias de adolescentes com anorexia, em comparação a famílias de adolescentes acometidos de fibrose cística e famílias com adolescentes que não sofriam de nenhuma doença clínica ou psiquiátrica foi desenvolvido por Blair, Freeman e Cull (1995). Foram avaliadas 87 famílias, emparelhadas pela idade dos adolescentes, entre 14 e 24 anos. Os dados foram

obtidos através da observação direta das famílias em uma situação proposta, na qual tinham que resolver um problema em conjunto, de questionários de auto-relato (*self report*) e de uma entrevista analisada pelo *Expressed Emotion (EE)*. As características das famílias psicossomáticas de Minuchin foram utilizadas para a avaliação da resolução conjunta do problema. A maior parte das medidas de funcionamento familiar auto-relatadas não apresentou diferenças significativas entre os grupos. Todavia, as famílias com adolescentes acometidos de anorexia nervosa e fibrose cística apresentaram um maior índice de superenvolvimento emocional do que o grupo sem esses transtornos, resultado este que se relaciona com o grau de severidade da doença. Outra conclusão importante do estudo refere-se à avaliação das famílias anoréxicas como mais emaranhadas, superprotetoras e pobres na resolução de conflitos do que os outros dois grupos. Segundo os autores, o modelo das famílias anoréxicas de Minuchin (1978) foi parcialmente apoiado.

Telerant, Kronenberg, Rabinovitch e Elman (1992) conduziram um estudo com o objetivo de relacionar o desenvolvimento da anorexia com um funcionamento familiar disfuncional. Participaram da pesquisa 10 famílias com adolescentes do sexo feminino, acometidas de anorexia nervosa. As meninas recebiam tratamento ambulatorial por um tempo mínimo de dois anos, apresentando sintomas em um grau moderado de gravidade. Os autores concluíram que alguns dinamismos peculiares de funcionamento demonstrados pela amostra podiam ser aproximados às concepções de Minuchin (1978) sobre as famílias psicossomáticas. Os pais de oito das pacientes demonstraram baixo nível de envolvimento emocional com o sistema familiar, e as mães, ao contrário, assumiam o papel central no sistema. Estas ultrapassavam os limites das fronteiras intergeracionais, estabelecendo uma relação de extrema proximidade e dividindo, com as adolescentes, aspectos íntimos e pessoais de suas vidas. As observações clínicas de Miermont e colaboradores (1994) confirmam os resultados acima, apontando para uma desqualificação das ações e pensamentos do pai/cônjuge, a impossibilidade dos filhos em verbalizar suas queixas, transgressão de fronteiras e expressão emocional e intelectual de todo o grupo familiar em forma de um bloco único.

Dare, Grange, Eisler e Rutheford (1994), buscando redefinir o modelo de famílias psicossomáticas proposto por Minuchin (1978), caracterizado por aglutinamento,

superproteção, rigidez e tendência à evitação de conflitos, estudaram 26 famílias com adolescentes acometidas de transtornos alimentares. O objetivo dos autores foi investigar a expressão de emoção, a adaptabilidade e a coesão nos sistemas familiares. Para isso, os instrumentos utilizados foram as escalas *Expressed Emotion (EE)* e *Family Adaptability Cohesion Evaluation Scales (FACES)*. Os resultados demonstraram um baixo índice de expressão de emoção e de superenvolvimento emocional entre os membros. Os pais apresentaram um índice reduzido de comentários críticos, o que pode estar relacionado à tendência de evitar conflitos descrita por Minuchin (1978), mas o baixo superenvolvimento emocional contradiz as idéias deste autor. As adolescentes com transtornos alimentares estudadas não percebem os membros da família como próximos e acreditam que a família é bem organizada, e os pais consideram o sistema familiar como flexível e coeso. Todavia, pais e filhas expressaram o desejo de uma melhor organização familiar, com menos regras estabelecidas e maior proximidade relacional entre os membros. Segundo os pesquisadores, neste estudo algumas características das famílias psicossomáticas, como o superenvolvimento, não puderam ser comprovadas, o que os levou a concluir que os dados obtidos não contradizem nem confirmam as idéias, mas ampliam as teorizações vigentes.

Horesh Apter, Lepkifker, Ratzoni, Weizmann e Tyano (1995) desenvolveram um estudo visando a investigar a influência de eventos vitais negativos para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Uma alta prevalência de eventos negativos foi verificada no grupo clínico em comparação ao grupo controle, que era constituído por indivíduos saudáveis. O grupo de pacientes anoréxicos também apresentou uma maior incidência de eventos negativos relacionados com experiências ruins com os pais do que o grupo de pacientes acometido de outros transtornos psiquiátricos (com exceção dos esquizofrênicos).

Outro estudo que aponta uma ligação entre as relações familiares inadequadas e o desenvolvimento dos transtornos alimentares foi realizado por Horesh, Apter, Ishai e Danziger (1996). Os pesquisadores compararam três grupos de adolescentes, emparelhados por idade. Um grupo foi composto de 20 adolescentes com transtornos de alimentação, outro de adolescentes com transtornos psiquiátricos variados e o grupo controle foi composto de 20 adolescentes saudáveis. Todos foram entrevistados e

responderam ao *Eating Attitudes Test (EAT)*. Algumas adversidades psicossociais e eventos vitais diferiram significativamente entre o grupo com transtornos alimentares e os outros grupos no que diz respeito à hostilidade das figuras parentais em relação aos filhos, superproteção, dificuldade de relacionamento entre os irmãos e mudanças negativas na relação conjugal dos pais.

Felker e Stivers (1994) conduziram um estudo com uma amostra de 393 estudantes secundários de escola particular de New Jersey com média de 16,3 anos. O objetivo dos autores foi examinar a relação entre gênero e ambiente familiar e risco de desenvolver transtornos alimentares na adolescência. Para a coleta de dados, foram utilizadas a *Family Environment Scale (FES)* e a *Setting Conditions for Anorexia Nervosa Scale (SCANS)*. Foi encontrada uma relação significativa entre o ambiente familiar e o risco de desenvolvimento de anorexia ou bulimia entre os adolescentes, sendo que as mulheres apresentaram um risco significativamente maior. Em relação aos aspectos familiares, a presença de baixa coesão, pouca expressividade e organização foram significativamente associadas ao aumento do risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, assim como pouca independência, muito controle e conflito, embora em menor grau.

Também buscando compreender os dinamismos familiares, Strober e Yager (citados por Espina, 1996) descrevem dois modelos distintos típicos das famílias anoréxicas:

- 1) Famílias centrípetas: caracterizam-se por intensa coesão, expressão emocional pobre, falta de permissividade e pouca socialização.
- 2) Famílias centrífugas: são aquelas em que existe pouca coesão, medo do abandono, dependência extrema, falta de controle e conflito conjugal. Esse alto nível de conflitos já existe antes do surgimento dos sintomas no membro anoréxico.

Ao contrário, Roijen (1992), baseado em sua prática clínica, considerava que existiam tipos variados de famílias com adolescentes anoréxicas, além de distintos níveis de organização e funcionamento. Partindo do pressuposto de que essas famílias formavam um grupo heterogêneo, o autor desenvolveu um estudo com o objetivo de investigar padrões de interação familiar. A amostra constituiu-se de 19 famílias com filhas anoréxicas entre 11 e 16 anos de idade. Os instrumentos utilizados foram a *Beavers Scales*

for *Family Style and Function* e entrevistas com os terapeutas familiares responsáveis pelos casos. Como resultado, foram identificados três grupos com características distintas de funcionamento: 53% das famílias eram predominantemente centrípetas, 24% predominantemente centrífugas e 24% mistas. Goldbloom e Garfinkel (1992) concordam que não é possível estabelecer um padrão único de relacionamento nessas famílias, nem mesmo uma tipologia familiar característica, mas sim um leque de fatores de risco que podem predispor o desenvolvimento do transtorno. Nunes e Ramos (1998) também acreditam na inexistência de uma família tipicamente anoréxica, mas postulam que alguns padrões específicos de relacionamento disfuncional podem ser identificados.

Também com o objetivo de investigar o ambiente familiar e as características sintomáticas dos transtornos alimentares, Tachi (1999) realizou um estudo com 180 pacientes, sendo 52 casos de anorexia restritiva (AR), 40 de anorexia bulímica (AB), 57 de bulimia purgativa (BP), 17 de bulimia não-purgativa (BNP) e 14 de *binge eating* (compulsão alimentar) (BE). Todos os participantes foram submetidos ao *Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)*. Os resultados apontam que na dimensão "coesão" do instrumento, a maioria dos pacientes com AR percebia suas famílias como significativamente "emaranhadas" (alto grau de coesão) enquanto que a maioria dos pacientes com bulimia e BE percebiam suas famílias como "desengajadas" (baixa coesão). As famílias dos pacientes com AB apresentaram menor coesão do que as de pacientes com AR. Na dimensão "adaptabilidade", a maioria dos pacientes com AB e BE viam suas famílias como rígidas, e a maioria dos pacientes com BP percebiam suas famílias como rígidas ou caóticas. Tais dados apontam para ambientes familiares típicos nos transtornos alimentares: de coesão e emaranhamento para os pacientes com anorexia restritiva, coesão intermediária para anorexia nervosa bulímica, desengajamento em pacientes bulímicos e desengajamento grave em pacientes com *binge eating*. Assim, pode-se pensar em uma associação entre o ambiente familiar emaranhado e a severidade da restrição alimentar e, conseqüentemente, entre o ambiente familiar desengajado e a compulsão alimentar.

Com o objetivo de encontrar associações entre a presença de histórico familiar patológico e a instalação de transtornos alimentares, Pântano, Grave, Oliosi, Bartocci, Todisco e Marchi (1997) estudaram 79 pacientes com anorexia nervosa e 34 com bulimia nervosa. Os participantes responderam a uma entrevista de dados sócio-demográficos,

características clínicas e presença de transtornos psicológicos na família e aos questionários *BITE*, *EDI* e *HSCL-90*. Os autores não encontraram diferenças significativas entre os dois transtornos no que diz respeito a doenças mentais parentais. Todavia, a presença de comportamentos de purgação, que pioram o prognóstico, estava associada a ambientes familiares mais patológicos.

Nesta mesma linha, Wonderlich e Swift (1990) estudaram adolescentes com anorexia restritiva, anorexia bulímica, bulimia e um grupo de adolescentes saudáveis, visando a investigar a existência de uma percepção diferenciada do relacionamento familiar naqueles acometidos de transtornos alimentares. Os pesquisadores mensuraram estatisticamente os níveis de humor distímico dos participantes e não encontraram diferenças significativas entre os grupos no que se refere à percepção do relacionamento familiar. Apenas pacientes que apresentaram um nível acentuado de distímia diferiram do grupo-controle na avaliação do relacionamento com as figuras parentais.

Outro estudo com o objetivo de identificar fatores familiares relacionados ao controle inadequado de peso em adolescentes foi realizado por Fonseca, Ireland e Resnick (2002). A amostra foi dividida em dois grupos. Do primeiro fizeram parte adolescentes que provocavam vômitos, utilizavam laxantes, diuréticos ou anorexígenos, enquanto que do segundo grupo participaram jovens que não realizavam práticas inadequadas de controle de peso. Todos responderam a um questionário e tiveram o índice de massa muscular calculado. Para os meninos, os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares incluíram muita supervisão ou monitoramento parental e história de abuso sexual. Já os fatores de proteção encontrados foram o reconhecimento de expectativas parentais, presença materna e conexão com pares e adultos. Para as meninas, o fator de risco significativo foi a ocorrência de abuso sexual e os fatores considerados protetivos foram a conexão familiar, comunicação familiar positiva, supervisão parental e presença materna.

1.5 O sistema familiar na adolescência

A Teoria Sistêmica foi inicialmente desenvolvida por biólogos na década de vinte, a partir do estudo dos organismos vivos como totalidades integradas. Em seguida, outras áreas do conhecimento como a física e a matemática passaram a adotar os pressupostos

deste referencial. Assim, a Teoria Geral dos Sistemas, criada por Bertalanffy, representou um grande avanço para a ciência, visto que os métodos tradicionais adotavam a investigação de unidades isoladas e buscavam relações lineares reducionistas de causa e efeito, sendo imprecisos na compreensão de objetos complexos (Bertalanffy, 1975).

Após algumas adaptações das noções biológicas para os sistemas humanos, na década de cinquenta a família passou a ser estudada a partir da concepção sistêmica. Bertalanffy (1975) conceitua “sistema” como um complexo de elementos colocados em interação. Adaptando as idéias deste autor para os sistemas humanos, Andolfi, Ângelo, Menghi e Nicolo-Corigliano (1984) consideram a família como um sistema ativo em permanente transformação, um organismo complexo que se modifica com o objetivo de assegurar a continuidade e o desenvolvimento psicossocial de seus membros.

Nesta mesma linha, Elkaim (1990) estabeleceu propriedades dos sistemas abertos aos sistemas humanos familiares. São elas:

- 1) Totalidade: a modificação de um elemento do sistema provoca uma mudança em seu conjunto. Da mesma forma, o comportamento de um membro não pode ser dissociado do comportamento dos outros membros da família, na medida em que o que ocorre com um modifica a família como um todo.
- 2) Não-adicionabilidade: da mesma forma que um sistema não é a soma de suas partes, uma família não pode ser reduzida à soma de seus membros.
- 3) Igualdade de fins: assim como um sistema aberto que seja fonte de suas próprias modificações, em uma família elementos semelhantes podem estar ligados a elementos iniciais distintos. Neste sentido, não é possível compreender a etiologia da anorexia buscando uma relação linear de causa e efeito ou buscando um elemento inicial. A perspectiva deve ser circular.
- 4) Homeostase: significa a tendência dos sistemas de auto-regulação através da retroação, o que possibilita que os elementos se mantenham em estado de equilíbrio dinâmico, em limites de tolerância. Nas famílias, a homeostase é entendida como a tentativa de manter o equilíbrio daquilo que já é conhecido, evitando a mudança.

Minuchin (1982) destaca três conceitos centrais dos sistemas familiares: (1) estrutura; (2) subsistemas e (3) fronteiras. A estrutura refere-se a um conjunto de padrões de interação relativamente duradouros e exigências funcionais implícitas que organizam os elementos componentes da família em relações mais ou menos constantes. Apesar da existência de uma estrutura, a família é um sistema aberto e dinâmico, em processo contínuo de transformação, assim como o contexto social em que está inserida (Minuchin & Fishman, 1984). Desta forma, a família deve ser capaz de se adaptar quando as circunstâncias se modificam e de se transformar como forma de atender aos novos momentos sem perder a continuidade, que funciona como esquema de referência para os membros (Minuchin & Fishman, 1984).

Segundo Minuchin (1982), o sistema familiar é constituído por diferentes subsistemas, agrupados por funções, geração, interesse ou sexo, como o subsistema conjugal (marido e mulher), parental (pai e mãe) e fraternal (irmãos), entre outros. Quando bem definidos, estes subsistemas propiciam a diferenciação entre os indivíduos e a realização de funções distintas que garantem a continuidade da família.

Para um funcionamento familiar adequado, é também fundamental a existência de fronteiras bem definidas, que protegem a diferenciação do sistema, definem os subsistemas e permitem a autonomia dos membros. Segundo Minuchin (1982), as fronteiras podem ser classificadas em: (1) rígidas; (2) nítidas e (3) difusas. A fronteira rígida é caracterizada por um sistema comunicacional inadequado, que não favorece as trocas e a conexão entre os membros. Nas famílias que apresentam este tipo de fronteira, as funções protetoras ficam prejudicadas, visto que há um padrão de funcionamento baseado na idéia de "cada um por si". Já a presença de fronteiras difusas demonstra um sistema familiar emaranhado, onde não há espaço para a individualidade e para os desejos individuais. A dependência é extrema, não permitindo o desenvolvimento autônomo de seus membros. Finalmente, a fronteira nítida, considerada pelo autor como a mais adequada, é baseada na comunicação e no diálogo, apesar da presença de hierarquia bem definida e papéis de pais e filhos estabelecidos.

Sabe-se que a adolescência é um período em que a dinâmica familiar precisa ser alterada devido a uma série de transformações características. Em primeiro lugar, essa crise do desenvolvimento não atinge somente o adolescente, mas também todos aqueles

que pertencem ao grupo familiar, englobando pelo menos três gerações. Na maioria das famílias com filhos adolescentes, os pais estão se aproximando da meia idade e o evento central no relacionamento conjugal nessa fase é a "crise do meio da vida" de um ou ambos os membros do casal. Tal crise caracteriza-se por uma reflexão das satisfações ou insatisfações pessoais, profissionais e conjugais. O próprio casamento encontra-se em fase de renegociação. Este é também um momento em que os pais revivem sua própria adolescência através da adolescência dos filhos. Simultaneamente, os avós enfrentam uma etapa de declínio, caracterizada pela aposentadoria, doenças ou morte, fazendo com que os pais dos adolescentes percebam sua velhice como mais próxima (Carter & McGoldrick, 1995).

Outro aspecto importante se refere à questão da adolescência representar a segunda etapa de separação-individuação. Neste período, o jovem acelera sua busca pela consolidação da identidade e pelo estabelecimento da autonomia fora do sistema familiar (Rios González, 1984). Com o crescimento dos filhos e a modificação de suas necessidades e atitudes, o subsistema parental deve, também, ser capaz de realizar mudanças. Devem ser dadas mais oportunidades de autocontrole e decisão ao jovem e as questões de autoridade e autonomia devem ser reorganizadas. Há também a necessidade de negociar, concedendo mais independência ao adolescente ao mesmo tempo em que a responsabilidade deve ser mais exigida. Segundo Preto (1995), a capacidade de favorecer um senso de autonomia paradoxalmente colabora na construção de uma relação de proximidade entre o subsistema parental e os adolescentes. Assim, uma gradual renegociação de vínculo entre pais e filhos passa a ocorrer, partindo de uma autoridade assimétrica característica da infância até uma mutualidade de iguais na adultez (Fishman, 1996).

Além disso, com o crescimento, os filhos trazem novos elementos para a família, conquistados no convívio social. Com a chegada da adolescência, o grupo de amigos e colegas passa a ocupar uma posição importante na vida dos filhos, solicitando aos membros que desenvolvam novos padrões, ajustes e regras. Uma nova cultura adotada pelos jovens faz com que a família saia do centro das atenções e demanda que esta se acomode. Neste sentido, é importante que sejam estabelecidas novas fronteiras que permitam ao filho ter experiências fora do núcleo familiar (Minuchin & Fishman, 1984). O adolescente só pode

adaptar-se socialmente se viver em um ambiente em que sua necessidade de autonomia seja incentivada e valorizada. Para isso, precisa do rompimento, em certo nível, dos vínculos estreitos com sua família (Fishman, 1996). A própria experimentação da sexualidade pelo adolescente só é realizada com um certo afastamento da família, sendo necessária a delimitação de fronteiras interpessoais bem definidas neste período (Preto, 1995).

Cervený (1997) considera que essas e outras mudanças fazem com que toda a família entre em um processo de avaliação de seus valores, de suas formas habituais de vida em grupo, de atitudes e normas. Segundo o autor, essas famílias tornam-se "famílias adolescentes". Enfatizando tais transformações familiares, Preto (1995) alega que toda mudança gera perdas. Em muitos sistemas, o medo de abandono e da perda dos apegos anteriores pode surgir quando o filho entra na adolescência. Nesses casos, a tarefa dos pais de aceitar a perda do filho dependente pode ser prejudicada. Da mesma forma, é imprescindível que o adolescente encare a perda da família como fonte primária de afeto para desenvolver-se sadiamente. Apesar disso, a conquista da autonomia não significa a desconexão afetiva da família, mas sim a obtenção de maior controle na tomada de decisões e independência em termos psicológicos.

Partindo do referencial sistêmico, não apenas o indivíduo que está na adolescência é acometido pelas crises desta etapa vital, mas todo o sistema, que precisa experimentar mudanças para que a família continue (Carter & McGoldrick, 1995). Todavia, se a família não tem a capacidade de ajustamento às transformações típicas deste período, a tarefa central do adolescente, que é a conquista da identidade, não pode ocorrer adequadamente (Fishman, 1996).

Neste sentido, um estudo visando a investigar a relação entre a qualidade do relacionamento familiar e o desenvolvimento da identidade feminina foi desenvolvido por Fullinwider-Bush e Jacobvitz (1993) e parece confirmar a relação entre fronteiras geracionais inadequadas e falhas no desenvolvimento da identidade. A amostra foi composta por mulheres que se encontravam na fase de transição entre a adolescência e a idade adulta. As jovens que descreveram o funcionamento de suas famílias como aglutinado e com predomínio do superenvolvimento parental, demonstraram comportamentos menos exploratórios, especialmente no relacionamento afetivo com parceiros. As participantes que alegaram ter um relacionamento muito próximo com a

mãe, apresentaram um comprometimento prematuro com a escolha da carreira e com relacionamentos afetivos, atitudes estas que provavelmente estão relacionadas com as expectativas familiares e que impossibilitam o comportamento exploratório. Já a proximidade intensa entre filha e pai parece refletir poucos comportamentos exploratórios e reduzido comprometimento com crenças e valores em todas as áreas. Ao contrário, as mulheres que conceituaram as figuras parentais como encorajadoras da autonomia, ao mesmo tempo em que mantinham uma relação de proximidade, demonstraram maior exploração de papéis e relacionamentos afetivos e sociais.

1.6 Estilos Parentais e Práticas Educativas Parentais

A adolescência assinala uma nova definição dos filhos dentro da família e do papel dos pais em relação a eles (Carter & McGoldrick, 1995). Os adolescentes devem realizar duas tarefas aparentemente controversas: estabelecimento da autonomia frente à família e manutenção de um vínculo, agora modificado, com ela (Preto, 1995). A literatura demonstra que, nas meninas anoréxicas, o cumprimento destas tarefas básicas é dificultado pelos vínculos disfuncionais desenvolvidos e mantidos por suas famílias (Bruch, 1973, Fasolo & Diniz, 1998, Hercovici & Bay, 1997, Horesh, Apter, Ishai & Danziger, 1996, Kaplan, 1992, Minuchin, Rosman & Baker, 1978, Selvini Palazzoli, 1990, Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1998). A importância das atitudes dos pais no desenvolvimento dos filhos fez com que os pesquisadores passassem a investigar e classificar as diferentes práticas parentais, entre elas os Estilos Parentais e as Práticas Educativas.

Os Estilos Parentais são uma classificação das práticas familiares proposta por Baumrind (1966) e ampliada por Lamborn, Mounts, Steinberg e Dornbusch (1991). Podem ser conceituados como um conjunto de atitudes e manifestações dos pais em relação aos filhos que caracterizam a natureza das interações entre estes. Dizem respeito a avaliações qualitativas de diversas situações que envolvem os padrões de controle e afetividade adotadas pelos pais frente a situações de disciplina, hierarquia e tomada de decisão (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002).

Lamborn, Mounts, Steinberg e Dornbusch (1991) desenvolveram duas escalas para avaliar os Estilos Parentais, através das dimensões de exigência e responsividade A

dimensão exigência engloba as atitudes dos pais relacionadas à disciplina e supervisão e que podem gerar conflito frente à desobediência, enquanto a dimensão responsividade engloba as atitudes parentais que favorecem a autonomia e a auto-afirmação dos filhos através do apoio e compreensão (Maccoby & Martin, 1983). São estas duas dimensões combinadas que determinam os quatro estilos parentais: (1) autoritativo; (2) autoritário; (3) indulgente e (4) negligente (Lamborn & cols., 1991). Desta forma, pais que apresentam altos escores em exigência e baixos escores em responsividade são classificados como autoritários; os pais que apresentam altos escores em responsividade e baixos em exigência são classificados como indulgentes; aqueles que apresentam elevados escores nas duas dimensões são considerados autoritativos; e, finalmente, os que apresentam baixos escores nos dois âmbitos são considerados negligentes (Costa, Teixeira & Gomes, 1998).

Para Baumrind (1971), o estilo autoritativo pode ser percebido em famílias que propiciam aos filhos uma socialização efetiva. Há um ambiente onde a autonomia é incentivada, e a educação é baseada no diálogo. Existem normas e conselhos, mas estes são percebidos pelos filhos como uma forma de proteção e afeto. Além disso, as opiniões e competências dos filhos são estimuladas e valorizadas. Segundo Glasgow, Dornbusch, Troyer, Steinberg e Ritter (1997), os adolescentes que percebem seus pais como autoritativos têm obtido melhor desempenho em áreas como ajustamento psicológico, desempenho acadêmico, bem-estar e competência social.

O estilo autoritário é caracterizado por um alto nível de exigência e rigidez. A educação é baseada na obediência de regras impostas pelos pais, e o diálogo e a autonomia não são estimulados. Isto impede que os filhos desenvolvam novos comportamentos socialmente mais adequados e compreendam os sentimentos e situações que vivenciam (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994). Filhos de pais autoritários, embora apresentem baixos índices de problemas de comportamento e alta competência acadêmica, manifestam baixa auto-estima e auto-eficácia (Weiss & Schwartz, 1996).

Os pais percebidos como indulgentes são afetivos, tolerantes e complacentes (Glasgow, Dornbusch, Troyer, Steinberg & Ritter, 1997). Apesar de possuírem uma boa auto-estima e autonomia, os filhos de famílias indulgentes são pouco exigidos pelos pais, os quais não impõem limites para suas ações. Assim, sem uma dose de proibição e monitoramento, os pais não proporcionam uma modelação adequada dos comportamentos

dos filhos, gerando altos índices de comportamentos agressivos, abuso de substâncias ilícitas, delinquência, entre outros (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994).

Ao contrário do estilo autoritativo, o estilo negligente caracteriza-se por pouca exigência e afeto. Os pais não proporcionam aos filhos apoio emocional nem controle de seus comportamentos. Não desenvolvem o papel de agentes socializadores, da mesma forma que não investem na criação e desenvolvimento das crianças, estando muito mais interessados em suas próprias necessidades do que nos desejos e sentimentos dos filhos. Tais atitudes podem trazer sérios prejuízos ao desenvolvimento psicológico dos adolescentes, como depressão, ansiedade e somatizações (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994).

Pesquisas nacionais e internacionais concordam que a maioria dos adolescentes percebem seus pais como autoritativos ou negligentes (Costa, Teixeira & Gomes, 2000, Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch 1991, Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994). O estudo de Costa e colaboradores (2000), realizado com 378 adolescentes da cidade de Porto Alegre, demonstrou que 13,3% da amostra percebia seus pais como autoritários, 36,7% como autoritativos, 14,5% como indulgentes e 35,5% como negligentes.

As Práticas Educativas Parentais podem ser conceituadas como as estratégias utilizadas pelos pais que têm por objetivo a socialização dos filhos (Newcombe, 1999). Nesta direção, o modelo desenvolvido por Hoffman (1975) vem sendo utilizado em vários estudos. O autor divide as estratégias disciplinares em duas categorias distintas: técnicas coercitivas e técnicas indutivas.

As técnicas coercitivas são caracterizadas pela aplicação direta da força, de ameaças, punição física, privação de afetos e privilégios. A criança modela seus comportamentos em função das reações punitivas aplicadas pelos pais, não adquirindo assim a habilidade de compreender as conseqüências de suas ações, que serão controladas por sanções externas. Tais estratégias não favorecem a internalização de padrões morais e normas sociais, além de gerarem ansiedade, raiva e medo intensos (Hoffman, 1975).

Por outro lado, as estratégias indutivas visam a disciplina através da explicação das conseqüências lógicas das atitudes dos filhos para as outras pessoas. Há o entendimento

dos motivos que justificam a mudança de comportamento, o que tende a facilitar a internalização das regras sociais e padrões morais (Hoffman, 1975). A postura dos pais de adolescentes deve ser indutiva, priorizando a manutenção do controle e, ao mesmo tempo, ser democrática e apoiadora (Carter & McGoldrick, 1995), e os padrões até o momento unilaterais de autoridade devem ser renegociados e transformados em padrões de mutualidade (Sobreira-Lopes, 1994). O estabelecimento de fronteiras qualitativamente diferentes também é fundamental nas famílias com filhos adolescentes. A característica assumida por tais fronteiras deve ser de permeabilidade (Carter & McGoldrick, 1995).

1.7 Justificativa do estudo

O presente estudo é sustentado pelo referencial sistêmico. Na medida em que se buscou compreender o funcionamento das famílias anoréxicas, considera-se que seria reducionista estudar apenas as adolescentes sintomáticas. "As idéias desta teoria (sistêmica) são as de que o todo é considerado mais do que a soma de suas partes; cada parte só pode ser entendida no contexto do todo; uma mudança em qualquer uma das partes afeta todas as outras partes" (Papp, 1992, p. 22). Segundo Minuchin (1982), o paradigma sistêmico propõe a compreensão da família como um sistema complexo, multifacetado e emocional e que, portanto, deve ser entendido de forma circular.

A literatura reitera a importância da família no desenvolvimento, manutenção e tratamento da anorexia nervosa. Contudo, os estudos apresentam divergências e contradições quanto à existência de um funcionamento típico e de padrões de interação disfuncionais em famílias com adolescentes anoréxicas. Além disso, mesmo havendo um número razoável de estudos internacionais sobre o assunto, há poucas pesquisas brasileiras, especialmente com relação às questões familiares.

Outro fator que justifica a realização do presente estudo é que a preocupação com o controle de peso e a busca da esbelteza têm sido consideradas uma epidemia nas sociedades ocidentais. A esses fatos está associado um aumento significativo dos índices de anorexia nos últimos anos. Estudos americanos e europeus indicam que 70% das mulheres se sentem com sobrepeso, embora sejam normais ou magras (Hercovici & Bay, 1997). Ademais, a mídia explora a imagem de modelos em estado de inanição como padrão de beleza, estando os ditames da moda absolutamente inadequados à realidade da maioria das mulheres. É

notável também o crescente número de *sites* que incentivam as adolescentes a desenvolver ou manter transtornos alimentares.

1.8 Questões Norteadoras

- Existem padrões disfuncionais de interação nas famílias com adolescentes anoréxicas?
- Há um estilo parental predominante e práticas educativas específicas nas famílias anoréxicas?
- Os estilos parentais que os pais acreditam ter correspondem àqueles percebidos por suas filhas?

1.9 Objetivos

Objetivo Geral:

- Investigar a existência de padrões disfuncionais de interação nas famílias com adolescentes anoréxicas.

Objetivo Específico:

- Investigar a existência de padrões de interação disfuncionais referentes aos estilos parentais, práticas educativas, comunicação, regras, papéis, liderança, conflitos, afeição física, manifestação da agressividade, interação conjugal, integração, auto-estima, individualização.

1.10 Expectativas

Com base na literatura, a hipótese inicial era que as famílias anoréxicas apresentassem padrões de interação disfuncionais nos aspectos estudados. Acreditava-se que os papéis familiares não estariam bem definidos, que a liderança seria autoritária e que haveria dificuldades na individualização, autonomia e na resolução conjunta dos problemas, além da tendência em evitar tensão e sentimentos agressivos (Féres-Carneiro,1979).

Seguindo as orientações de Minuchin (1982), considerava-se que a estrutura das famílias estudadas não permitiria as transformações necessárias, que as fronteiras seriam difusas e que os subsistemas não estariam bem delimitados, especialmente os subsistemas conjugais, que apresentariam trocas afetivo-relacionais pobres.

Quanto às práticas educativas, acreditava-se que os pais utilizassem técnicas coercitivas, buscando, todavia, na entrevista, aparentar condutas indutivas (Hoffman, 1975) como forma de evitar conflitos e passar a idéia de uma família ideal (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Em relação aos estilos parentais, com base no modelo de Maccoby e Martin (1983), esperava-se que os pais fossem percebidos como autoritários, tanto em função dos padrões de interação estabelecidos anteriormente à doença, quanto do controle exercido pelos pais em relação à alimentação após a anorexia nervosa. Esperava-se, também, que os pais acreditassem ter um estilo parental diferente do percebido pelas filhas. Provavelmente se diriam autoritativos, devido à necessidade de manter a idéia de uma família harmoniosa (Hercovici & Bay, 1997).

II. MÉTODO

2.1 Participantes e procedimentos

Durante a idealização da presente dissertação, tinha-se o objetivo de estudar cinco famílias com adolescentes anoréxicas. Porém, durante a sessão de qualificação do projeto de pesquisa, foi sugerido que este número fosse ampliado para 10 famílias, divididas em dois grupos, sendo um composto por cinco famílias de adolescentes anoréxicas e outro por cinco famílias de adolescentes bulímicas, com o objetivo de comparar os padrões de interação familiar nos dois transtornos. Tal idéia foi considerada pertinente, e a modificação foi realizada no projeto de pesquisa. Todavia, a dificuldade em obter participantes para o estudo impossibilitou a efetivação da sugestão.

Para a obtenção das famílias, foram realizados contatos com psicólogos, psiquiatras e nutricionistas de diversas instituições que oferecem atendimento psicoterápico à população, além de consultórios particulares, institutos especializados no atendimento a transtornos alimentares, cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação em terapia familiar, clínicas e hospitais com serviços de atendimento a adolescentes em Porto Alegre e outras cidades do interior do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Entretanto, a maioria dos profissionais não demonstrou empenho em colaborar com a pesquisa, mesmo sendo esclarecidos que os resultados obtidos seriam devolvidos após sua análise. Alguns especialistas afirmaram que no momento não estavam atendendo nenhuma paciente com anorexia nervosa. Muitos não retornaram as ligações e alguns, que haviam se comprometido em fazer a proposta a suas pacientes, quando novamente contatados alegaram que haviam esquecido de questionar as meninas quanto à disponibilidade e desejo de participar da pesquisa. A justificativa de outros profissionais era que o convite à participação em atividades de pesquisa não estava de acordo com o referencial teórico que adotavam, o qual prioriza a neutralidade do terapeuta. Outros consideraram que estariam "expondo" suas pacientes, que já procuraram um tratamento privado a fim de evitar o conhecimento público do problema. Todavia, uma minoria mostrou-se disposta em colaborar com o estudo.

Em relação aos critérios de exclusão, decidiu-se não incluir no estudo pacientes que estavam no primeiro mês de tratamento, visto que a maioria das adolescentes chega ao

atendimento em um estado severo de emagrecimento, que coloca em risco funções vitais e afeta negativamente as emoções e conduta. A inanição, segundo Hercovici e Bay (1997), gera uma gama de sintomas que, até que se esclareçam os efeitos do emagrecimento, se torna difícil discernir quanto da sintomatologia é devida a alterações biológicas ou resultado de conflitos emocionais.

Outro fator de exclusão do primeiro mês foi referente à resistência inicial a qualquer tipo de intervenção. Hercovici e Bay (1997) apontam que as meninas são levadas a tratamento forçadamente pelos pais, na medida em que ainda se consideram acima do peso e alegam que estes não valorizam todo seu esforço para emagrecer. Tais afirmações são confirmadas por Channon e Wardle (1994), os quais enfatizam que os encaminhamentos geralmente são realizados por familiares ou amigos que se preocupam com a perda intensa de peso, mas a relutância e hostilidade ativa por parte do paciente são comuns. Também foram excluídas do estudo adolescentes que, no momento da intervenção, estavam em tratamento através de internação hospitalar, por considerar-se que este é um momento de estresse agudo, no qual a dinâmica familiar certamente é alterada.

Foram contatadas quatorze adolescentes. Para as primeiras três, comunicou-se que a entrevista seria filmada e que o material obtido seria utilizado apenas pelos pesquisadores. A decisão de filmar os encontros tinha como objetivo registrar as manifestações verbais e não-verbais entre os membros. Porém, nenhuma das meninas aceitou participar por considerar que a filmagem infligiria a privacidade da família, que poderiam ser reconhecidas por algum membro da equipe de pesquisa e que seus pais provavelmente não aceitariam a proposta. Resolveu-se, então, substituir a filmagem por gravações dos encontros em fitas K7, sugerido por Godoy (1995), procedimento este que garantiria maior sigilo aos participantes. Outras seis adolescentes alegaram que iriam refletir sobre a proposta ou que achavam que seus pais não iriam concordar, não retornando a ligação. Outra família, apesar de concordar, nos dois meses seguintes não encontrou um horário em que os membros pudessem se reunir. Acredita-se que a resistência das adolescentes e seus pais em participar do estudo possa estar relacionada a alguns padrões disfuncionais de interação descritos pela literatura, como a necessidade de parecer uma família harmônica e a tendência a evitar situações em que conflitos e agressividade possam surgir (Fasolo &

Diniz, 1998, Hercovici & Bay, 1997, Minuchin, Rosman & Baker, 1978, Selvini Palazzoli, 1990).

Afinal, participaram do estudo quatro adolescentes do sexo feminino, com idades entre 13 e 20 anos, com o diagnóstico de anorexia nervosa e suas famílias nucleares. Duas famílias residiam em Porto Alegre, uma no interior do Estado e outra no litoral de Santa Catarina. As adolescentes foram encaminhadas pelo GEATA - Grupo de Estudos e Atendimento a Transtornos Alimentares de Porto Alegre, onde recebiam atendimento psicoterápico individual e suas famílias participavam de sessões frequentes de orientação.

Em um primeiro momento, o projeto de pesquisa foi enviado a uma das psiquiatras do GEATA, que, em uma reunião da equipe, pediu aos colegas que conversassem com suas pacientes sobre a possibilidade de participação no estudo. Esses profissionais, então, explicaram às adolescentes a proposta da pesquisa, salientando as questões de sigilo e privacidade. Em seguida, solicitaram a elas que falassem com os pais e, nos casos em que estes concordaram, entrou-se em contato telefônico com a família. Neste momento, eram reforçadas as questões éticas e enfatizados os objetivos do estudo e a importância da participação e colaboração na pesquisa. Também era informado que, além da mestrand, uma outra pesquisadora estaria presente. Esta pesquisadora, estudante do curso de Graduação em Psicologia da UFRGS e familiarizada com a Teoria Sistêmica, recebeu durante todo o ano anterior treinamento para a coleta de informações, através de leituras sobre o tema da pesquisa e de reuniões com o objetivo de discutir aspectos referentes à aplicação dos instrumentos e questões éticas. Sua função foi de observadora na Entrevista Inicial e na Entrevista Familiar Estruturada. Posteriormente, a aluna participou da análise dos dados.

Finalmente, foi marcada a data do encontro em função da disponibilidade das famílias, sendo que este foi realizado nas residências dos participantes. A escolha das residências como local para a coleta de dados foi baseada em dois critérios. O primeiro, de ordem prática, está relacionado a proporcionar aos participantes uma maior comodidade. Acredita-se que seria difícil que os membros se reunissem para ir até um local estipulado, especialmente as duas famílias que residiam no interior do Estado, exigência esta que provavelmente impediria suas participações no estudo. O segundo critério refere-se a questões paradigmáticas da pesquisa qualitativa. Segundo Godoy (1995), um fenômeno é

melhor observado e compreendido no contexto em que ocorre e do qual faz parte. Além disso, a pesquisa qualitativa não prioriza a neutralidade do pesquisador, não havendo assim necessidade de um ambiente neutro, padronizado ou controlado (Elkaim, 1990). Ainda em relação ao segundo critério, Yin (1993) enfatiza que o estudo de caso descritivo - utilizado como delineamento no presente trabalho - tem como objetivo a exposição de um fenômeno em seu contexto, dentro da vida real, através da análise profunda e exame detalhado de uma unidade, neste caso o sistema familiar.

A coleta de informações foi realizada em apenas um encontro com cada família, devido à percepção da pesquisadora, a partir dos contatos telefônicos, de uma certa resistência das famílias em participar do estudo. Acredita-se que a solicitação de mais de uma data dificultaria o processo, na medida em que houve muita dificuldade no estabelecimento de um horário em que todos os membros pudessem estar reunidos.

Os primeiros minutos dos encontros consistiram na apresentação das pesquisadoras e participantes e em conversas em tom informal, com o objetivo de estabelecer o *rapport* e um clima agradável. Em seguida, enfatizou-se a importância da participação das famílias na pesquisa, agradecendo-se a disponibilidade e disposição em responderem sobre um tema que certamente gerava sofrimento a todos. Explicou-se, então, o objetivo do estudo, sua relevância e quais os procedimentos que seriam seguidos. Após a comunicação de alguns elementos básicos de informação, como descrição dos possíveis riscos e desconfortos, além do oferecimento para responder a qualquer dúvida e instrução de que seria possível interromper a participação a qualquer momento, todos assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Nachimias & Nachimias, 1996) (Anexo A). Posteriormente, os instrumentos eleitos para o estudo passaram a ser aplicados.

Após a coleta de informações, realizou-se uma breve avaliação do processo junto aos membros da família, possibilitando que todos comentassem a participação no estudo. Finalmente, agradeceu-se mais uma vez a acolhida das famílias e colocou-se à disposição os telefones da pesquisadora para qualquer dúvida ou necessidade. Cabe salientar, também, que os clínicos responsáveis pelo atendimento das adolescentes participantes receberão uma devolução dos resultados após a finalização do estudo.

2.2 Instrumentos

Para a coleta de informações, foram utilizadas entrevistas com as famílias e com cada um dos pais separadamente, além de escalas que foram ser respondidas individualmente pelas adolescentes, pelos pais e pelas mães. A aplicação dos instrumentos foi conduzida pela pesquisadora, com a presença de uma observadora. Os instrumentos estão descritos a seguir, pela ordem em que foram respondidos:

2.2.1. Entrevista inicial (Anexo B): com o propósito de caracterizar a família, através da investigação de dados sócio-demográficos, histórico e evolução da anorexia nervosa, além das repercussões do transtorno para o sistema familiar.

Esta entrevista, desenvolvida para o presente estudo, é constituída por questões abertas que possibilitam a manifestação de todos os membros presentes. Seguindo as sugestões de Godoy (1995), a Entrevista inicial adota um enfoque exploratório e, apesar de ser constituída de nove questões básicas e estruturantes, propicia a aparição e investigação de novos elementos ou dimensões que surjam ao longo do processo. Durante a aplicação do instrumento no presente estudo, a pesquisadora observadora desempenhou a função de registrar aspectos importantes da entrevista, que incluíam comunicações não-verbais, modo de acomodação dos membros e sua percepção do funcionamento familiar.

2.2.2. Entrevista Familiar Estruturada (Féres-Carneiro, 1979) – (Anexos C e D): com o intuito de investigar padrões disfuncionais de interação nas famílias anoréxicas.

Este instrumento, baseado na abordagem sistêmica, foi construído e validado no Brasil, desenvolvido a partir do trabalho clínico com famílias brasileiras. É constituído de seis tarefas, cinco verbais e uma não-verbal, desenvolvidas com o objetivo de provocar interações significativas em áreas importantes da dinâmica familiar (comunicação, papéis, liderança, conflitos, afeição física, manifestação da agressividade, interação conjugal, integração e individualização). Quatro destas tarefas são propostas a cada membro individualmente e as outras duas à família conjuntamente. No momento da aplicação, a observadora, conforme instrução da autora do instrumento, fez o registro da dinâmica

familiar durante a entrevista, incluindo os gestos, expressões corporais e posicionamento dos membros.

2.2.3. Escalas de Responsividade e Exigência Parental (Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991) – (Anexos E e F): com o propósito de verificar e comparar a percepção das adolescentes quanto aos estilos parentais de seus pais (Anexo E) e a percepção dos pais sobre seus próprios estilos (Anexo F).

Estas escalas, adaptadas para o Brasil por Costa, Teixeira e Gomes (1998), possibilitam, através da combinação de seus escores brutos, a determinação dos estilos parentais percebidos pelos filhos. No presente estudo, foram aplicadas nas adolescentes anoréxicas e também nos pais (individualmente), através da solicitação de que estes preenchessem os itens do instrumento a partir de como acham que se comportam com suas filhas.

A eleição de escalas - instrumentos quantitativos - para o presente trabalho, de caráter qualitativo, é sustentada por Godoy (1995). Segundo a autora, ainda que os estudos de caso sejam em essência qualitativos, podem ter incluídos dados quantitativos, com o objetivo de aclarar algum ponto da questão investigada.

2.2.4. Entrevista de Práticas Educativas Parentais (Anexo G): com o objetivo de investigar as práticas educativas utilizadas pelos pais com suas filhas anoréxicas.

Esta entrevista estruturada, composta de questões abertas, foi desenvolvida e adaptada para pais de adolescentes com base na Entrevista de Práticas Educativas Maternas de Alvarenga (2000). A entrevista foi realizada individualmente com cada um dos pais, que responderam sobre suas dificuldades em lidar com as filhas em três situações espontâneas e quatro situações estruturadas. Cabe salientar que, anteriormente à aplicação do instrumento junto às famílias anoréxicas, realizou-se um estudo piloto com cinco casais pais de filhos adolescentes, com o intuito de avaliar a aplicabilidade do instrumento.

Os instrumentos foram aplicados na ordem exposta acima com o objetivo de possibilitar a liberação dos membros que não participassem das etapas seguintes. A Entrevista Inicial e a Entrevista Familiar Estruturada solicitam a presença do maior

número de membros possível, enquanto as Escalas de Responsividade e Exigência só são respondidas pelos pais e pela adolescente anoréxica, e a Entrevista de Práticas Educativas Parentais, apenas pela dupla parental individualmente. Com exceção das Escalas de Responsividade e Exigência, que são respondidas através da escrita, todos os outros procedimentos foram gravados em fitas K-7 e, posteriormente, transcritos para análise das respostas.

2.3 Análise dos Dados

No presente estudo, a Entrevista inicial é descrita com o objetivo de aclarar aspectos importantes dos sistemas, como dados sócio-demográficos, história familiar progressa, desenvolvimento, manutenção e tratamento da anorexia nervosa e padrões de interação. Em função do extenso volume de dados obtidos, apenas aqueles relacionados ao transtorno alimentar são apresentados neste estudo.

A análise da Entrevista Familiar Estruturada foi baseada nos procedimentos padronizados de diagnóstico familiar propostos por Féres-Carneiro (1979). Após cada encontro, as fitas foram transcritas e anexadas às anotações que a observadora realizou durante o processo. As duas pesquisadoras preencheram, separadamente, a escala de avaliação da entrevista. Em seguida, uma terceira escala foi preenchida a partir do consenso entre a mestranda e a observadora. Neste sentido, Godoy (1995) concorda que é importante assegurar a precisão com que o investigador captou o ponto de vista dos participantes, confrontando sua percepção com a de outros pesquisadores. As entrevistas foram então analisadas a partir das categorias de avaliação estabelecidas pela autora do instrumento (comunicação, regras, papéis, liderança, conflitos, afeição física, manifestação da agressividade, interação conjugal, integração, auto-estima, individualização e interação familiar) e, em seguida, realizou-se uma análise global de cada família. Cabe enfatizar que, conforme a instrução de Féres-Carneiro (1979), avaliou-se individualmente os participantes quando, em relação a determinada dimensão, houve dados discrepantes entre os membros.

As Escalas de Responsividade e Exigência foram avaliadas através dos procedimentos propostos por Costa, Teixeira e Gomes (2000). Os estilos parentais percebidos pelos filhos e pelos pais foram, então, apresentados, comparados e discutidos.

As Entrevistas de Práticas Educativas Parentais foram avaliadas através da análise de conteúdo qualitativa (Bardin,1977). As categorias para a análise dos dados emergiram das respostas dos participantes e foram classificadas como técnicas coercitivas e indutivas (Hoffman, 1975). Todavia, para o presente estudo, houve necessidade de classificar um outro tipo de técnica que não correspondia às duas descritas pelo autor. Denominou-se este terceiro padrão de “negligente”, com base no estilo parental descrito por Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch (1991), caracterizado por pouca exigência e afeto. As respostas parentais classificadas como negligentes foram aquelas em que pais não proporcionavam aos filhos apoio emocional nem controle de seus comportamentos, como falta de diálogo e de autoridade, distanciamento, não-interferência em situações importantes e delegação de suas funções parentais para outrem. As técnicas foram categorizadas como coercitivas quando na resposta do pai/mãe estavam presentes atitudes como gritos, reclamações, castigos, brigas, controle, autoritarismo, xingamentos, silêncio, cobranças, ameaças e imposições. Finalmente, as práticas educativas foram consideradas como indutivas quando, nas respostas, os pais relataram diálogo, conversas, compreensão, aceitação, incentivo à autonomia, tolerância, paciência, negociação e colaboração.

O delineamento utilizado na presente dissertação é o de Estudo de Casos Múltiplos Embutidos (Yin, 1993). Segundo o autor, esta metodologia busca replicar uma teoria com mais de um caso visando à obtenção de um maior número de evidências para ilustrar os objetivos do estudo. A opção pelos Casos Embutidos, que envolvem mais de uma unidade de análise, se deve à pluralidade de variáveis que interferem na interação familiar. Neste estudo, as unidades de análise são referentes aos estilos parentais, práticas educativas, comunicação, papéis, liderança, conflitos, afeição física, manifestação da agressividade, interação conjugal, integração e individualização no sistema familiar. Outra justificativa para a eleição deste delineamento é a possibilidade de investigação no contexto onde o fenômeno se desenvolve, inclusive em ambiente natural, levando em consideração diversas evidências emergentes. Assim, por se tratar de um método que privilegia uma abordagem contextualizada do fenômeno, permite incluir, durante o processo, o maior número de variáveis relacionados com o tema. Neste sentido, aspectos relevantes que surgiram durante as entrevistas, relacionados ao foco da pesquisa, também são apresentados na sessão de Resultados e discussão. Conforme as sugestões do autor, cada família

representou um caso, que foi construído e analisado de acordo com as proposições teóricas, objetivos, questões norteadoras e unidades de análise. Buscou-se realizar uma análise dos padrões de interação de cada uma das famílias, através da exposição dos dados obtidos em cada instrumento e, em seguida da discussão dos resultados, relacioná-los ao referencial teórico sistêmico. Após a apresentação dos quatro casos em separado, discutiram-se aspectos comuns e discordantes entre as quatro famílias, confrontando novamente os dados obtidos com a literatura especializada. Considera-se fundamental enfatizar que a análise dos dados foi descritiva. Não se buscou generalização e significância estatística, mas sim um aprofundamento na identificação, descrição e compreensão de padrões de interação disfuncionais em famílias de adolescentes com anorexia nervosa.

III . RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir os resultados obtidos, com base na teoria sistêmica. Inicialmente aborda-se caso por caso e, posteriormente, realiza-se uma discussão conjunta das famílias estudadas, visando à identificação de aspectos comuns e discordantes entre os sistemas. É importante salientar que os nomes de todos os participantes, bem como outros dados de identificação, foram alterados como forma de manter o sigilo e o anonimato.

3.1 CASO 1: Família de Mary

O primeiro contato telefônico com a família de Mary ocorreu com sua mãe, Polly. Já neste primeiro diálogo, pôde-se perceber que tratava-se de uma mulher calada e comedida, dando a impressão de tristeza e retraimento.

Após concordar com a participação no estudo, foi necessário cerca de um mês até que Polly definisse uma data para o encontro, visto que, sempre que contatada, solicitava uma nova ligação alguns dias depois, alegando que ainda não havia tido a oportunidade de falar com o marido sobre o assunto ou que ainda não haviam encontrado uma data em que todos pudessem estar reunidos.

A coleta de dados ocorreu na residência da família, localizada em um bairro nobre de Porto Alegre. As pesquisadoras foram recebidas inicialmente por Polly, que as parabenizou por terem chegado pontualmente. Em seguida, Mary chegou da aula de teatro juntamente com seu pai, Tonny e, aparentemente empolgada com a participação na pesquisa, foi até o quarto de seu irmão, Andrew, chamá-lo para a entrevista.

3.1.1 Entrevista Inicial

A família é natural de uma pequena cidade francesa, mas reside no Brasil há cerca de onze anos, em função dos negócios de Tonny. Mary está com 16 anos e cursa o segundo ano do segundo grau e Andrew, de 19 anos, cursa o primeiro ano da faculdade de Economia. O casal tem outras duas filhas, atualmente com 27 e 22 anos de idade, que estudam fora do país. Tonny encontra-se aposentado da antiga profissão e há cerca de um

ano, exatamente quando Mary estava internada em função da anorexia, abriu uma rede de lanchonetes estilo *fast food* no Rio Grande do Sul. Segundo ele, a função de sua esposa neste empreendimento é a de “presidente”.

No início da entrevista, Polly comentou o quanto seria difícil falar sobre a doença de Mary, enfatizando que só havia aceito a proposta pela insistência da filha, que queria ajudar outras meninas que enfrentam o mesmo problema. Com exceção de Mary, que demonstrava alegria, ânsia em responder às perguntas e interesse em falar sobre si própria e até mesmo sobre sua doença, os outros participantes aparentavam um certo desânimo e desejo de que o processo fosse logo encerrado.

Em relação ao modo de acomodação da família, os membros se posicionaram distantes uns dos outros. Mary sentou-se em uma cadeira e, em seguida, tirou os tênis. Demonstrava sentir-se confortável, movimentava-se constantemente, utilizava um tom de voz alto e muitos gestos. Em cada uma das extremidades de um grande sofá encontravam-se Polly e Tonny, separados por Andrew. O casal apresentava-se cabisbaixo, ambos falavam pausadamente e mantinham uma postura rígida. O filho, por sua vez, adotando uma postura adolescente, embora também um tanto triste, fazia carinhos na mãe em momentos em que ela demonstrava angústia. Durante a Entrevista Inicial, Mary foi quem respondeu à maioria das questões, confrontando algumas idéias expostas pelos outros membros, principalmente pelo pai.

O início do emagrecimento de Mary ocorreu há cerca de 2 anos. A menina conta que comia demais e enfatiza que, na época em que resolveu fazer dieta, seu lanche da tarde eram dois cachorros-quentes. Afirma que se achava gorda, horrível, “a pessoa mais feia do mundo”. Segundo Mary, o aparecimento da anorexia se deu muito repentinamente. A adolescente lembra exatamente do dia em que acordou e simplesmente parou de comer e passou a realizar exercícios físicos exaustivos. Mary acredita que o fato desencadeante de sua doença foi a saída de sua única amiga da escola. Neste ano, estudava em colégio tradicional de Porto Alegre, muito elitizado e freqüentado apenas por alunos de nível sócio-econômico muito alto, onde era excluída e considerada “estranha” por todos os colegas.

Em relação à descoberta da doença, Polly levava a filha anualmente ao pediatra, onde era medida e pesada. Em 2002, o médico constatou que ela havia perdido um quilo desde a consulta anterior, e chamou sua atenção para este fato, alegando que poderia ficar

desnutrida. Naquele momento, Polly ficou bastante assustada, visto que suas outras duas filhas já tinham desenvolvido transtornos alimentares alguns anos atrás, sendo que uma foi acometida de bulimia, e outra de anorexia nervosa e, posteriormente, de bulimia. A mãe conta que as enfermidades das outras filhas haviam constituído períodos muito difíceis e que, quando pensava que isso poderia estar ocorrendo novamente, não sabia se conseguiria suportar. Mary então comentou que, quando sua irmã mais velha enfrentava a fase mais crítica da doença, ambas moravam juntas na Europa. Na época com nove anos, Mary era uma ótima aluna, tirava as melhores notas da classe e, por isso, não recebia a atenção dos pais, que dedicavam todo o seu tempo para a doença das outras duas filhas. Mary lembra que desejava, como as irmãs, desenvolver alguma doença com o objetivo de receber o amor da família.

Polly relata que demorou apenas um ou dois meses para descobrir que algo de errado estava acontecendo com Mary. Todavia, o pai declara que seis meses antes do emagrecimento já percebera mudanças no comportamento da filha que, ao contrário da menina alegre que sempre havia sido, tornara-se isolada e irritável. Andrew expõe que a família percebeu rapidamente a doença da irmã porque, na época, seu pai estava se aposentando e tornou-se mais presente. O garoto conta que, ao mesmo tempo que Mary desenvolveu anorexia, ele teve problemas com drogas e o pai logo percebeu e tomou providências.

Preocupada com o emagrecimento de Mary, Polly enfatiza que solicitou à filha que fosse a uma psiquiatra, mas a menina relutou muito e só compareceu à consulta por insistência de sua irmã, a quem é muito apegada. Após comparecer a três sessões com a especialista, Mary decidiu suspender o tratamento por achar que estava saudável e que não havia motivos para preocupação, mas foi obrigada pelos pais a ir às consultas. Juntamente com o acompanhamento psicoterápico, passou a receber também atendimento de uma nutricionista. Mary fica exaltada ao relatar sobre este período, quando, segundo ela, teve sua liberdade completamente cerceada e durante o qual odiava os pais com “toda a força”. Diz que não acreditava estar doente e, apesar de todos alegarem que estava muito magra, olhava para o espelho e se via gorda. Além disso, se sentia perfeitamente bem, saudável e animada. Porém, admite que tinha a noção de que pensar em dieta e exercícios físicos

durante vinte e quatro horas por dia não era normal, mas mesmo assim não conseguia comer.

Mesmo com o início do tratamento, o emagrecimento de Mary era cada vez mais intenso e a menina teve de ser internada, permanecendo no hospital por quatro meses. O relacionamento familiar ficou muito abalado neste período, especialmente entre a adolescente e o pai. As brigas eram constantes, pois Mary acreditava que Tonny não a compreendia. No hospital, a garota solicitou à psiquiatra que suspendesse a visita de seus pais. Com o cancelamento dos encontros, Mary diz que sabe que Polly chorou, mas desconhece a reação de seu pai, visto que ele é muito radical e não demonstra seus sentimentos.

Após a internação, Mary passou a ser acompanhada por uma equipe interdisciplinar. Com o auxílio do tratamento psicoterápico e farmacológico, a menina conta que aos poucos foi “ficando mais calma”. Embora hoje esteja se sentindo melhor, afirma que ainda não consegue se alimentar corretamente, obrigando-se a não realizar alguma refeição importante caso coma um doce. Além disso, sabe que tem “um longo caminho pela frente” e mostra-se consciente de que a anorexia não é curada de forma abrupta e que, provavelmente, vai precisar estar atenta a questões ligadas à alimentação ao longo de sua vida.

3.1.2 Entrevista Familiar Estruturada

Comunicação

Durante a entrevista, pôde-se perceber um tipo de comunicação incongruente no sistema, especialmente em função de Tonny, que alega conversar com a família, mas na realidade, tem uma postura extremamente autoritária. Mary confirma as atitudes autocráticas do pai, contestando-o continuamente quando este afirma estar aberto ao diálogo. A menina possui uma clara dificuldade de entendimento com a figura paterna.

A comunicação familiar pode, também, ser descrita como confusa, visto que Polly muda o foco do assunto várias vezes e utiliza uma linguagem pouco explícita e um tom de voz baixo, o que dificulta o entendimento dos receptores. Andrew, por sua vez, parece ser muito quieto e introspectivo, expressando pouco seus conteúdos. Assim, a comunicação

não parece ter uma direcionalidade adequada, na medida que nem todos os membros podem expressar o que pensam a respeito de todos. Polly, neste sentido, não contesta as opiniões do marido, aparentando necessitar da aprovação de Tonny para expressar seus conteúdos. Mary, todavia, utiliza tom de voz alto e busca interagir com todos os membros, impondo suas opiniões contrárias. Apesar da comunicação familiar ser ainda disfuncional, é notável o esforço dos membros, especialmente do subsistema parental, para modificar tal padrão inadequado de interação.

Regras

As regras da família são explícitas e conhecidas por todos os membros. No entanto, até o início do tratamento de Mary, eram incoerentes, rígidas e não-democráticas. Mesmo com os filhos já adolescentes, as regras continuavam autoritárias e baseadas em padrões estabelecidos na infância. Polly e Tonny assumem que, antes da doença de Mary, os filhos não podiam dar suas opiniões e tinham que fazer tudo o que os pais determinassem. Atualmente, porém, Polly e Tonny estão buscando ser mais flexíveis e já conseguem ouvir as alegações dos filhos e renegociar algumas atitudes, especialmente em relação a Mary, que os questiona constantemente.

Papéis

Até a instalação da enfermidade de Mary, os papéis familiares eram fixos e definidos de forma rígida, não permitindo o diálogo e a troca de experiências entre pais e filhos. Além de rígidos, os papéis eram também inadequados, visto que Mary sempre se comportou como adulta e, desde a infância, tentava solucionar os conflitos de casal de seus pais. No momento, porém, a família percebe que a filha não tinha maturidade suficiente para ajudar nas brigas entre o subsistema conjugal. Atualmente, os papéis não parecem ter mais tanta rigidez, na medida que o sistema demonstra estar um pouco mais integrado e as fronteiras mais nítidas e permeáveis.

Liderança

A liderança no sistema parece ter sido sempre conduzida de forma fixa e autocrática. Atualmente, embora a família já questione o autoritarismo que permeou o

relacionamento familiar no passado, ainda é possível constatar a liderança fixa exercida por Tonny. Este tenta dirigir, por exemplo, o momento em que a entrevista deveria começar e quando era adequado passar às questões seguintes do instrumento. Além disso, Tonny demonstra exercer muito controle sobre Andrew e, especialmente, sobre a esposa, que responde às perguntas sempre olhando para o marido, como se esperasse seu aval ou consentimento.

Conflitos

Durante a entrevista, Mary demonstra a capacidade de introduzir e expressar conflitos em várias das questões propostas. Os outros membros, porém, aparentam desconforto em falar sobre os problemas familiares, que são negativamente valorizados e representam uma ameaça à homeostase familiar. Apesar disso, após o início do tratamento de Mary, que inclui orientação aos demais membros, a família demonstra que, ainda de forma rudimentar, está começando a expressar conflitos e que está buscando, através do diálogo, soluções adequadas, como pode ser observado na vinheta a seguir:

Mary - Eu queria perguntar pros meus pais, a impressão que eu tinha é que eles tinham raiva de mim quando eu tava no hospital...quando eu não atingia a meta no hospital, parecia que tu tava bravo (para pai)... tu e mãe vinham com pedras. Era horrível ter que ver vocês depois de perder peso.

Pai - Raiva não... o que o pai queria cada dia que eu ia lá? Que tu tivesse um pouquinho melhor que antes, não era o mal...

Mary - Eu tava me tratando e vocês vinham com pedras em cima de mim!

Pai - Se isso não foi o melhor pra ti a gente até entende, mas a gente queria que tu ficasse melhor só...

Mary - Mesmo alguém com câncer, desculpa pegar esse exemplo, tu não vai visitar alguém com essa doença e mostrar que tu tá bravo por ele estar ali na cama. Anorexia não é só querer ficar melhor e ganhar peso, não é fácil assim.

Mãe - Mas a gente ia sempre lá pra mostrar que tava ao teu lado, mas o único jeito pra sair daquilo era que tinha que ir pra frente, comer. Agora a gente entende que não é fácil...

Mary - Sabe o que eu dizia pra psiquiatra? Depois que tu mãe e o pai entraram lá no hospital com aquela cara por eu ter perdido peso, se eu tivesse que olhar pra cara de vocês ia me sentir mal: ah, agora eu vou comer por causa de vocês! Tenho certeza que eu não estaria curada. Eu me curei porque eu quis, não foi por vocês!

Mãe: Claro, claro... (concordando)

Manifestação da agressividade

Entrevistadora.- Tu mudaste de escola?

Mary - Mudei, bah...(sorridente)

Mãe - E ela tomou a decisão, sabe?

Mary - Eles (pais) não tavam de acordo... Mas é porra! (Pai sacode a cabeça, mostrando não concordar)

Irmão - Palavreado novo também, dos amigos dela... (sacudindo a cabeça)

Mãe - Isso faz parte da nova Mary: palavras e tudo mais...

Entrevistadora - Vamos supor que vocês estão discutindo com uma pessoa da família, alguém bate na porta e vocês vão atender e essa pessoa com quem vocês estavam discutindo dá um empurrão em vocês, o que fazem?

Pai - Eu perguntaria pra pessoa por que ela fez aquilo

Mary - Haha, esse não é teu jeito, pai. Uma vez eu fechei a porta na cara dele, ele abriu de novo e me deu um tapa na cara!

Pai - A pergunta permitia crítica em cima da resposta?

Mary - Tu tem que ser sincero!

Irmão - Eu revidaria

Mary - E tu (para mãe)?

Mãe - Eu ia perguntar o que fiz pra ela (em tom de voz baixo)

Mary - Se fosse a mãe, eu ia ficar olhando pra ela e iria parar de comer; se fosse o pai eu iria bater!

As vinhetas acima demonstram a capacidade de Mary de expressar a agressividade e a dificuldade do subsistema parental em manifestar sentimentos hostis. A menina, antes

considerada a filha perfeita, hoje se comunica através de muitas gírias e palavrões e pode expressar raiva e descontentamento em relação aos pais. Tal mudança, apesar de nitidamente não ser aprovada pelos demais membros e causar nestes um certo constrangimento, já é aceita na família, pois todos acreditam que esta é uma forma construtiva de Mary ser independente e expor suas idéias.

Ao contrário da filha, Tonny tenta negar qualquer manifestação de agressividade, buscando transmitir a idéia de que resolve os conflitos através do diálogo. Todavia, quando relata essa conduta indutiva é logo corrigido por Mary, que solicita ao pai que fale a verdade. Andrew, por sua vez, embora assuma que revidaria um empurrão, parece guardar muitos ressentimentos em relação à família, o que pode ser percebido através de seu olhar triste e postura contida. Finalmente, Polly aparenta ser muito retraída e totalmente submissa ao marido, além de incapaz de demonstrar sentimentos de hostilidade pelos demais membros.

Afeição Física

A afeição física é presente e aceita na família, embora de maneira tímida e sem carga emocional adequada. Nesse sentido, Tommy e Andrew parecem ser mais rígidos e não expressam afetos com frequência, fato que, em parte, talvez possa ser compreendido pela cultura européia, em que a expressão de afetos não é tão comum quanto na América Latina. Polly, por sua vez, é capaz de demonstrar afeto, mas também rudimentarmente, o que pôde ser comprovado pelos rápidos beijos na testa dos demais membros. É notável também o baixo nível de afeição física entre o subsistema conjugal. Porém, ao contrário dos demais, Mary mobiliza a família e demonstra afeto e emoções durante toda a entrevista.

“Eu amo muito vocês, vocês sabem disso”! (Mary)

Entrevistadora - Queria que cada um escolhesse um membro (ou mais) da família e demonstrasse, sem palavras, o quanto gosta dele.

Pai - Para Mary desenho um coração (envergonhado)

Mary - Ai, papi, me lembrou a infância! Quando ele ia viajar de avião, ele fazia assim e eu respondia! Ah, papi, eu também te amo! (risos)

Mãe - Dá um beijo na testa dos filhos e marido

Irmão - Dá um beijo na bochecha da mãe

Mary - Vou demonstrar pra uma pessoa que não tá aqui, a Jane (irmã mais velha), através do meu silêncio, meu olhar. (Pega uma pétala de rosa e entrega para cada um da sala, dando beijos e abraços em todos.

Interação Conjugal

Na família de Mary, o casal não se apresenta como um subsistema claro e destacado, mas sim indiferenciado e subjugado às funções parentais e laborais. Não há individualização, visto que a esposa se mostra totalmente submissa ao marido e espera aprovação deste após todas as suas falas. Tommy, por sua vez, tenta interferir nos relatos da esposa várias vezes. Além disso, o casal não demonstra gratificação, visto que se posicionam distantes um do outro e, na tarefa 7, que propõe a manifestação de afeto entre os membros, Tommy não se refere à Polly, enquanto esta dá, no esposo, um beijo na testa, da mesma forma que fez com os filhos.

“Não entendo por que vocês não deram um tempo pra vocês, vocês iam me visitar 3 vezes por dia na clínica. Eu tive que pedir pra psiquiatra pra vocês não irem, porque eu sabia que vocês estavam precisando de um tempo de mim. Sabe aquela coisa que a psiquiatra sempre disse que quando eu era criança eu sempre cuidava da mãe e do pai? Eu tive que fazer esse papel de novo lá no hospital, vocês não tavam dando um tempo pra vocês”! (Mary)

Individualização

A partir da vinheta abaixo e com base em uma série de outros pontos da entrevista, percebe-se que, antes da anorexia nervosa, os membros da família eram superenvolvidos emocionalmente. Não havia possibilidade de independência e todos permaneciam sempre juntos sem questionar tal condição. Atualmente, porém, a família está buscando a individualização, especialmente através de Andrew e Mary, que estão na adolescência e priorizam o convívio com o grupo de amigos.

“Eu sou duas pessoas: o meu passado e agora - são duas pessoas completamente diferentes. Agora peço tudo pro meus amigos: estudo, problemas sentimentais, tudo é eles, tem a psiquiatra também, mas é tudo meus amigos. Pra mim tenho a minha família, mas a minha segunda família são meus amigos, e tô numa fase que eles são tudo...” (Mary)

Entrevistadora - Como é um dia de feriado em família?

Mãe - Antes a gente sempre ia todos pra serra...

Mary - Por obrigação!

Mãe - Agora cada um já escolhe o que quer fazer.

Entrevistadora - Antes desses problemas todo vocês faziam tudo juntos, mesmo sem vontade?

Mary – Uhum! (confirmando)

Integração

Apesar de estar buscando novas e mais adequadas formas de interação, a família ainda não demonstra integração. Os membros enfrentam uma fase de transformação, na qual uma série de mágoas, dificuldades e conflitos adquiridos no passado os impedem de funcionar de forma coesa e integrada. No entanto, rudimentos de uma identidade grupal já podem ser percebidos no sistema, como explicitado na discussão abaixo:

Entrevistadora - Se você está fazendo uma tarefa e fica difícil de fazer sozinho, o que você faz?

Pai - Depende da tarefa, posso pedir ajuda para minha esposa, para Mary...

Mary - Pra mim? Ah tá! (irônica)

Pai - Já fiz, cuidando dos animais.

Mary - Ah, é. (concordando)

Pai - Então. Depende da tarefa, daí vou pedir ajuda.

Mary - Tu é muito difícil de pedir ajuda! (para o pai)

Mãe - Já tentei muitas vezes resolver sozinho, agora já consigo admitir quando preciso de ajuda. Mas eu aprendi a pedir ajuda mais do que antes.

Auto-Estima

A dupla parental transmite uma imagem de desesperança e baixa auto-estima. Tommy, apesar de descrever alguns aspectos que considera positivos em si, o faz em um tom de voz baixo, aparentando não estar convicto de suas virtudes. Polly, por sua vez, não é capaz de citar nada que aprecia em si mesma. Parece muito perfeccionista e exigente consigo mesma, além de muito decepcionada com todos os problemas atravessados pelos filhos. Entretanto, o subsistema fraternal apresenta uma auto-estima mais adequada, que, segundo a família, foi conquistada após o início do tratamento de Mary. A adolescente demonstra estar vivendo um processo de auto-afirmação e descoberta de suas potencialidades e qualidades, relatando, com muita empolgação, uma série de qualidades próprias.

Entrevistadora - Agora gostaria que cada um dissesse a coisa que mais gosta em si.

Pai - Que eu facilmente supero o mal, os problemas...

Irmão - Acho que agora eu tenho muito claros meus objetivos, meus princípios e eles podem ser bem diferentes dos meus pais, mas eu vou atrás do que acho melhor pra mim...

Mãe - É difícil pensar nas coisas que gosto de mim (pensativa), é mais fácil sempre achar as coisas que não estamos conseguindo, as negativas... (acaba não citando nada)

Mary - Eu sou uma pessoa confiável... minha espontaneidade, minhas loucuras, meu jeito de ser. Eu gosto que tô conseguindo ser eu mesma, que não dou importância pros olhos dos outros, gosto da minha sinceridade, de vez em quando machuca a pessoa, mas é a melhor coisa. Gosto das minhas decisões, do jeito que lido com as coisas...

Interação familiar

A interação familiar, no momento da entrevista, ainda pode ser considerada como disfuncional e não facilitadora do desenvolvimento sadio de seus membros. Todavia, é notável no sistema um movimento de transformação em busca de padrões mais adaptativos de funcionamento. Gradativamente, os membros parecem estar modificando aspectos insatisfatórios e tentando estabelecer novas soluções através de meios novos e mais adequados.

3.1.3 Escalas de Exigência e Responsividade Parental

Mary percebe o estilo parental de Polly como autoritativo, que combina altos índices de responsividade e exigência. Essa prática educativa propicia aos filhos uma socialização efetiva, na medida que a autonomia é incentivada e a interação é baseada no diálogo. Ademais, as opiniões e competências dos filhos são estimuladas e valorizadas pelos pais e, mesmo existindo normas e regras, estas são estabelecidas visando à proteção e o bem-estar dos membros (Baumrind, 1971).

Polly, assim como Mary, percebe seu estilo como autoritativo. Apesar de confessar, em vários momentos, que antes da doença da filha assumia uma postura autoritária, a mãe demonstra estar buscando novas e mais adequadas formas de lidar com a filha, através do encorajamento da liberdade e da negociação das regras.

A menina percebe o pai como autoritário, estilo parental caracterizado por um alto nível de exigência e rigidez. Em famílias autoritárias, o convívio é baseado na obediência de regras impostas pelos pais, e o afeto, o entendimento e a independência não são estimulados (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994). Tonny, no entanto, percebe seu estilo como autoritativo, acreditando que mantém uma relação de diálogo com a filha. Tal crença não parece ser condizente à realidade, visto que, durante todo o processo de coleta de dados, é clara a necessidade do pai de transmitir às pesquisadoras uma aparência de “família ideal”, característica dos sistemas psicossomáticos (Minuchin & Fishman, 1984).

3. 1. 4 Entrevistas de Práticas Educativas Parentais

A partir da análise do conteúdo das respostas emitidas pelos pais às situações componentes da Entrevista de Práticas Educativas Parentais, foram classificados três tipos de práticas: indutivas, coercitivas e negligentes. A seguir, são apresentadas, nas Tabelas 1, 2, 3 e 4, as respostas de Polly e Tonny para as situações difíceis e estruturadas, suas reações frente a essas situações, as reações de Mary e os tipos de práticas educativas parentais.

Tabela 1. Respostas de Polly sobre situações difíceis.

| Situação difícil | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1 - Quando a filha quer algo fica descontrolada | Conversa | Gosta de expor suas opiniões | Indutiva |
| 2 - Responde para a mãe | Não reage/ espera a filha se acalmar | Reconsidera sua postura | Indutiva |
| 3 - Ida ao médico (antes do tratamento) | Hoje não reage/ tentava forçar | Não adiantava forçar, fechava a porta | Hoje indutiva/ antes coercitiva |

Tabela 2. Respostas de Polly às situações estruturadas.

| Situação estruturada | Ocorrência | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|-------------------|--|---|------------------------|
| 1 - Mentira | Já aconteceu | Entende – acha que é por causa da doença | Está melhor | Indutiva |
| 2 – Baixo rendimento | Nunca aconteceu | Conversaria e organizaria horários de estudo | Não sabe, pois isso não aconteceria – filha está muito organizada | Indutiva |
| 3 – Álcool e drogas | Nunca aconteceu | Não sabe o que faria, não acredita que a filha tenha esse problema | - | - |
| 4 - Postura e atitudes da mãe em relação a questões sexuais | | Mãe aceita o diálogo / delega a educação sexual da filha para a escola | A filha busca a mãe para conversar sobre questões sexuais | Indutiva/ negligente |

Com base nas respostas emitidas por Polly durante a Entrevista de Práticas Educativas Parentais, classificam-se as técnicas utilizadas pela mãe como indutivas. Polly confessa que, até pouco tempo, assumiu uma postura autoritária na educação da filha, mas hoje percebe que suas condutas não proporcionavam os resultados esperados assim como não colaboravam para o desenvolvimento de uma relação sadia com a filha. Confirmando as concepções de Preto (1995), a mãe considera que a capacidade de favorecer independência à filha paradoxalmente colabora na construção de uma relação de proximidade entre ambas. A mudança das atitudes maternas coercitivas para um

funcionamento onde o diálogo e a compreensão são valorizados pode ser verificada na citação abaixo, referente à situação difícil 3:

“Quando ela (Mary) quer alguma coisa ela vai atrás, eu deixo ela descarregar um pouquinho, ou a gente já aprendeu: tu vai no teu quarto depois a gente conversa, te acalma primeiro. Porque no começo a gente ficava assim subindo, subindo a voz, mas agora tá numa situação que a gente agora pega leve e tá dando certo para os dois lados”. (Mãe)

Tabela 3. Respostas de Tonny sobre as situações difíceis.

| Situação difícil | Reação do pai | Reação da filha | Tipo de prática |
|------------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 1 - Nenhuma | - | - | - |
| 2 - Nenhuma | - | - | - |
| 3 - Nenhuma | - | - | - |

Tabela 4. Respostas de Tonny às situações estruturadas.

| Situação estruturada | Ocorrência | Reação do pai | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|-----------------|---|--|----------------------|
| 1 - Mentira | Já aconteceu | Dialoga | Gosta | Indutiva |
| 2 - Baixo rendimento | Já aconteceu | Busca conversar | Gosta | Indutiva |
| 3 - Álcool e drogas | Nunca aconteceu | Conversaria | Gostaria | Indutiva |
| 4 - Postura e atitudes do pai em relação a questões sexuais | | Delega à esposa o diálogo sobre assuntos desta natureza/ conversa com a filha/ não entende o que significa a atitude de “ficar” | Conversa mais com a irmã (postura e atitudes da filha segundo o pai) | Negligente/ indutiva |

Com base nas categorias propostas para a análise de conteúdo deste instrumento, as respostas do pai foram classificadas como indutivas, visto que ele enfatiza, em todas as questões, dialogar com a filha. No entanto, ao contrário de sua esposa, que confessa ter adotado uma postura coercitiva no passado, mas atualmente se esforça para mudar tal padrão disfuncional, Tonny tenta passar uma imagem de perfeição que certamente não

corresponde à realidade. Essa percepção é confirmada por Mary, que, durante todo o processo, desmistificou os relatos indutivos do pai. Todavia, quando respondeu a esta entrevista, Tonny encontrava-se sozinho com a pesquisadora, não podendo, assim, ser contestado pelos demais membros. Buscou, então, novamente, demonstrar um padrão ideal de relacionamento com a filha. Em primeiro lugar, não citou nenhuma situação na qual pudesse ser difícil lidar com a filha, quando na adolescência, os conflitos entre pais e filhos são normais e devem ser valorizados (Carter & Mc Goldrick, 1995). Ademais, em todas as situações estruturadas, quando era solicitado que comentasse suas atitudes em fatos específicos, respondeu de forma sucinta e repetitiva a todas as questões, demonstrando incerteza. Dizia apenas que conversava com Mary e que esta gostava de sua atitude. Um exemplo da contradição entre o relato e a prática pode ser observado na vinheta abaixo. Apesar de afirmar que dialoga com a filha sobre sua sexualidade, busca tirar dúvidas, com a pesquisadora, sobre um comportamento comum entre os adolescentes:

“Eu não entendo essa história de ficar. A minha filha vê o rapaz todos os dias, para mim isso é namorar, mas ela diz que fica com ele. Tu podes me explicar? Eu não sei, eu queria entender... mas acho que deve ser como no tempo que eu namorava a minha esposa e só via ela no fim de semana e tinha outras namoradas ao mesmo tempo...”(Tonny para a pesquisadora)

3.1.5 Discussão final do Caso 1

Em um primeiro momento, o sistema dá a impressão de ser tradicional, harmônico e sem conflitos, conforme a descrição de Minuchin, Rosman e Baker (1987). Todavia, alguns aspectos disfuncionais comprovados ao longo do processo, mesmo antes do encontro com a família, já puderam ser identificados. A demora de um mês para que Polly pudesse conversar com os demais membros sobre a possível participação no estudo, por exemplo, é um indício da disfuncionalidade da comunicação familiar. Além disso, o elogio feito pela mãe à pontualidade das pesquisadoras já denota suas características de organização e controle.

Várias características dos sistemas anoréxicos apontados pela literatura podem se identificadas na família de Mary. A concepção de que muitos familiares de adolescentes com transtornos alimentares têm profissões relacionadas à alimentação, como donos de restaurantes ou cozinheiros (Hercovici & Bay, 1997) pôde ser verificada, na medida que os pais da menina abriram uma rede de lanchonetes exatamente na época em que esta foi internada em função da anorexia nervosa. Outro aspecto importante é o fato de Andrew ter sido dependente químico e, além de Mary, as outras duas irmãs terem sido acometidas de transtornos alimentares. Neste sentido, Hercovici e Bay (1997) afirmam que é comum a existência de doenças clínicas e psiquiátricas em famílias de adolescentes anoréxicas. Quanto à presença de transtornos alimentares nas três filhas, a literatura confirma que a prevalência de anorexia nervosa entre irmãs é de 3 a 10%, e que parentes de primeiro grau de anoréxicos apresentam um risco 10 vezes maior de apresentar a doença (Cordás & Busse, 1995).

Conforme descrito também na literatura, Mary corresponde ao estereótipo das meninas anoréxicas, sendo considerada pelos pais como a filha perfeita, meiga, inteligente e ótima aluna (Hercovici, 1987). Os próprios pais assumem que nunca deram afeto à menina, pois esta se desenvolvia normalmente enquanto as duas outras filhas que eram acometidas de transtornos alimentares necessitavam de cuidados e atenção. Tal comportamento parental pode ser observado na citação a seguir:

“Eu sempre achei ela (Mary) a combinação perfeita nesse sentido, ela tinha muita sensibilidade, ela conseguia fazer análise de uma situação como uma adulta. Muito compreensiva, quase não tinha conflitos. Parece coisa de pessoa perfeita. Às vezes ela pegava responsabilidades sobre conflitos que a gente tinha. Ela tinha uma segurança impressionante, objetivos e argumentos, fazia análise bem sensível das coisas”. (Mãe)

Com base nas idéias de Minuchin e Fishman (1984), o sistema pode ser considerado uma “família acordeão”. Neste estilo familiar, um dos progenitores passa longos períodos fora de casa e, assim, as funções parentais são concentradas no cônjuge que permanece no lar, mesmo aquelas pertencentes à figura parental ausente. Neste sentido, Tonny sempre o foi, visto que permanecia vários meses longe do país, em função de seu cargo de gerente

de uma grande empresa indiana. Polly, então, assume ter sido sempre controladora e autoritária em relação aos filhos, como forma de manter a ordem e a educação correta das crianças, o que era cobrado pelo marido quando este voltava de viagem.

“Pra conseguir convencer os filhos eu queria sempre tomar uma postura mais autoritária, queria mostrar: olha, eu sou mãe! Antes da terapia, tudo tinha que ser controlado, tudo tinha que ser ensinado bem porque meu marido era muito ocupado, porque ele viajava muito e queria tudo dentro da perfeição, mas é difícil, impossível. Depois explodiu tudo”. (Mãe)

Apesar de tentar passar a imagem de um pai democrático, que resolve os conflitos e educa os filhos através de um estilo autoritativo e práticas educativas indutivas, Tonny é descrito por Mary como autoritário, rígido e muitas vezes agressivo, como pode ser verificado na primeira vinheta abaixo. Todavia, na época em que a jovem desenvolveu a anorexia nervosa e, concomitantemente, Andrew envolveu-se com drogas ilícitas, Tonny estava se aposentando e, assim, buscando estar mais presente junto à família, como exposto pelo filho na segunda vinheta.

“O meu pai foi quem mais eu bati de frente com a doença, por um lado ele não me entendia... meu pai é bastante radical, agressivo, então eu brigava muito com ele. No hospital, eu pedi para psiquiatra para cancelar a visita dos meus pais e ela cancelou, eu sei que a minha mãe chorou, o meu pai eu não sei, porque ele não mostra os sentimentos dele e foi difícil” (Mary)

“O pai, como tava se aposentando, na época da Mary, tava mais presente em casa e pôde perceber com mais facilidade as coisas... eu tava com problema com drogas e ele tava bem atento”. (Irmão)

Polly, por sua vez, apresenta-se extremamente rígida, organizada e perfeccionista. É também calada, recatada e aparenta ser muito submissa ao marido, esperando que este aprove ou consinta com suas respostas. Apesar de confessar sua forma autocrática de

educar os filhos no passado e que hoje ainda sente vontade de controlar as atitudes da filha, a mãe se esforça para modificar este comportamento disfuncional.

“Às vezes tinha vontade de controlar ela (Mary), mas eu já procuro não entrar muito na intimidade. Ela marcou a nutricionista e eu disse que iria junto e ela disse: se tu vai eu não vou! E foi sozinha, fazer o que... Eu fiz terapia também, ajudou para entender a fazer a minha parte”. (Mãe)

A partir da descrição do subsistema parental acima, considera-se que a família apresenta, segundo a concepção de Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino (1998), um tipo menos freqüente de configuração nas famílias anoréxicas: a do pai centralizador e autoritário e da esposa que assume o papel de se ser percebida como vítima. Como já exposto na Entrevista Familiar Estruturada, o casal apresenta trocas afetivo-relacionais pobres e pouca individualização. Além disso, pode ser percebida uma triangulação da filha sintomática com seus pais, satisfazendo, assim, secretamente os desejos e carências de cada um em relação ao seu cônjuge (Selvini Palazzoli, 1990). Este fenômeno é denominado por Minuchin (1982) como “intrusão”, ou seja, o abandono de um membro de seu papel apropriado dentro de um subsistema ou do sistema, neste caso a filha que se situa no plano adulto como confidente, aceitando uma aliança inadequada. Tal concepção pode ser comprovada na citação abaixo, na qual Polly afirma que Mary tentava, na infância, resolver os conflitos conjugais dos pais.

“Ela entrava no meio do conflito de casal para tentar reverter. A gente viu depois que ela não tinha idade para dar opiniões para me ajudar”! (Mãe)

Com base nos instrumentos respondidos pela família, percebe-se que até a instalação da enfermidade de Mary, a família tinha um funcionamento inadequado e baseado em regras estabelecidas na infância. Os padrões de autoridade e funcionamento adquiridos na infância dos filhos permaneceram mesmo estes já estando na adolescência. Neste sentido, chama a atenção o fato de Polly continuar levando a filha anualmente ao pediatra.

Ambos os pais utilizavam técnicas coercitivas (Hoffman, 1979) na educação dos filhos. A cobrança e rigidez de Polly e Tonny podem ser percebidas, por exemplo, na situação relatada por Mary em que cancelou a visita da dupla parental quando estava internada, visto que o casal apenas cobrava sua recuperação, não sendo compreensivo nem proporcionando afeto quando ela não atingia o peso esperado. Ademais, havia uma dificuldade em todos os padrões de interação investigados. Todavia, após o início do tratamento de Mary, passa a ocorrer uma busca do sistema por um funcionamento mais adequado. Além de Mary, Polly também fez tratamento psicoterápico e os demais membros são constantemente acompanhados pela terapeuta de Mary, através de sessões frequentes de orientação.

Em relação ao desenvolvimento da anorexia nervosa, embora Mary relacione seu adoecimento com a saída da única amiga da escola, perda típica da adolescência descrita como desencadeante do transtorno por muitas pacientes (Nunes e Ramos, 1998), um aspecto interessante é o fato de ter acordado um dia e “simplesmente parado de comer”. Tal situação remete à idéia de Onnis (1994) de que a negação de comer consiste em uma tentativa desesperada de individuação, que se apresenta sob a forma de um "protesto mudo", visando à introdução de conflitos em famílias que evitam qualquer situação que ameace o *status quo* do sistema. A partir das citações abaixo, pode-se compreender a anorexia nervosa também como uma forma de chamar a atenção e manipular os pais (Kaplan, 1992):

“Quando eu era criança, eu nunca tive atenção dos meus pais, porque eu sempre fui muito boa no colégio: as melhores notas, a melhor da classe. Minhas irmãs tavam doentes, eles ficavam em cima delas, olha que horror, eu pensava, olhando para minha irmã: eu queria ter uma doença para chamar atenção dos meus pais, mas anorexia e bulimia não poderia ser, eu como bem... e olha onde fui parar. Eu tinha uns 9 anos”.
(Mary)

Entrevistadora - Vamos supor que dois de vocês estão discutindo com uma pessoa da família, alguém bate na porta e vocês vão atender e essa pessoa com quem vocês estavam discutindo dá um empurrão em vocês. O que vocês fazem?

Mary - Se fosse a mãe, eu ia ficar olhando pra ela e iria parar de comer, se fosse o pai eu iria bater!

Depois de alguns meses de tratamento, Mary parece consciente da seriedade da doença e, apesar de ter ganho peso e estar se sentindo melhor emocionalmente, acredita que a alimentação nunca será algo “normal” em sua vida e que não está totalmente curada. Tal idéia é confirmada por Ratnasuriya, Eisler, Szmugler e Russel (1991), que descrevem, na maior parte dos pacientes com anorexia nervosa, a manutenção, ao longo de toda a vida, de um padrão alimentar de maltrato com as refeições.

“Até hoje, para comer um bolo com a consciência limpa, não tem como: eu tenho que cortar alguma coisa em outra refeição. Acho que nunca vou conseguir comer direito, converso com outras pessoas que têm esse problema e elas também dizem isso: a gente come, tá melhor, come nas refeições, agora, por exemplo, ir num rodízio de pizza, comer e depois dormir, assumo que não consigo”! (Mary)

Apesar não ter ainda uma alimentação correta, a adolescente se mostra extremamente motivada com o tratamento, faz leituras sobre o tema, conversa com outras meninas que atravessam o mesmo problema e até criou um *blog* para tratar de assuntos relacionados à anorexia nervosa. Ademais, Mary está em um intenso processo de busca de independência. Segundo Fishman (1996), o adolescente só pode adaptar-se socialmente se viver em um ambiente em que sua necessidade de autonomia seja incentivada e valorizada. Para isso, precisa do rompimento, em certo nível, dos vínculos estreitos com sua família. Neste sentido, a menina tem um grupo de amigos os quais considera como sua segunda família e que, no momento, são as pessoas mais importantes em seu dia-a-dia. Além disso, nesta etapa, é importante que sejam estabelecidas novas fronteiras que permitam ao filho ter experiências fora do núcleo familiar (Minuchin & Fishman, 1984), o que vem sendo buscado pela família. Conforme verificado na Entrevista Familiar Estruturada, antes da doença a individualidade era inexistente e o sistema funcionava como um bloco só (Miermont & cols., 1994). Hoje em dia, porém, cada membro escolhe o que quer fazer nos feriados, diferentemente de algum tempo atrás, quando todos viajavam juntos por

obrigação. Mesmo Andrew, que parece muito identificado com o pai, apresentando-se sério e quieto, demonstra estar, assim como Mary, no início de uma busca por independência e objetivos próprios.

“Acho que tenho muito claro meus objetivos, meus princípios e eles podem ser bem diferentes dos dos meus pais, mas hoje eu vou atrás do que acho melhor pra mim, mesmo não gostando de ouvir opiniões diferentes às vezes”. (Irmão)

Segundo Cerweny (1997), a conquista da autonomia não significa a desconexão afetiva da família, mas sim a obtenção de maior controle na tomada de decisões e independência em termos psicológicos. Tal concepção é hoje confirmada pela mãe, que se considera mais próxima de Mary agora que permite que esta se manifeste e veja suas opiniões respeitadas.

“Ela mesma (Mary) está gostando porque ela está conseguindo colocar as opiniões dela, ela tem que ser ela mesma, não tem que ser a filha perfeita”. (Mãe)

Outro aspecto modificado após a doença de Mary, era a impossibilidade de manifestar sentimentos hostis na família. Atualmente, a agressividade é expressa pela menina através de palavrões e da introdução de conflitos que, embora desgostem os demais membros, não são motivos de discórdia ou repúdio. Pelo contrário, Polly afirma que desta maneira a filha pode ser uma “menina normal” e não mais idealizada como no passado.

Mary hoje possui uma boa auto-estima, demonstrando estar descobrindo suas qualidades e desejos individuais. Os demais membros, porém, especialmente o casal, ainda apresentam um baixo auto-conceito, além de um sentimento de fracasso e decepção na criação dos filhos e uma clara ausência de gratificação conjugal.

Embora o processo de mudança na interação familiar esteja sendo almejado pelo sistema, com exceção de Mary os membros não demonstraram disposição em responder sobre seu funcionamento, fato este que, já no início do encontro, foi confirmado por Polly, quando enfatizou que só estava participando do estudo por insistência da filha. Neste sentido, como pode ser constatado nas vinhetas abaixo, a mãe expressou, em certas

situações, o desejo de encerrar a entrevista. Assim como a esposa, Tonny demonstrou insatisfação em vários pontos da coleta de dados, questionando, várias vezes, se a pergunta que estava sendo feita no momento era a última e comentando que as entrevistas eram muito extensas.

“Mais alguma coisa ou é só isso”? (Mãe, no meio da entrevista)

Entrevistadora - Mais alguma coisa que a senhora queira falar?

Mãe - Não, não... Acho que já está bom até demais.

Apesar do intuito do subsistema parental de que Mary possa ser mais independente e que não precise mais ser uma filha perfeita, Mary ainda é um pouco idealizada pela família. Neste sentido, Tonny teve dificuldade, na Entrevista de Práticas Educativas Parentais, de citar situações difíceis de lidar com a filha, alegando que a considera uma “ótima menina”. Já Polly diz que não saberia como reagir a algumas situações comuns aos pais de adolescentes porque acredita que a filha não “daria esses problemas”. Em outros momentos, tenta negar que a adolescente tenha aspectos imperfeitos, acreditando, por exemplo, que a filha conta mentiras exclusivamente em função da doença e, mesmo sabendo que Mary chegou embriagada de um baile, afirma que a menina não consome bebidas alcólicas.

Entrevistadora - Tente pensar em alguma situação de mentira, como a senhora costuma reagir diante de uma situação de mentira?

Mãe - Ah, não sei... (pensativa), porque a gente sabe que ela mente por causa da doença só...

“Não, acho que a Mary não bebe não, eu já ouvi ela dizer que bebeu, foi em um baile, teve ressaca, vomitou, mas eu acho que ela não bebe não, não”. (Mãe)

Segundo Elkaim (1990), a família é um sistema mutante, em transformação constante. Na mesma linha, Andolfi, Ângelo, Menghi e Nicolo-Corigliano (1984)

consideram a família como um sistema ativo, um organismo complexo que se modifica com o objetivo de assegurar a continuidade e o desenvolvimento psicossocial de seus membros. Na família de Mary há um movimento sistêmico em busca dos desejos individuais e respeito à autonomia. Assim como a menina, os pais, mesmo que ainda com dificuldade, já buscam novos padrões de interação, com vias mais adequadas de resolução dos problemas, como o diálogo e a compreensão. O tratamento psicoterápico de Polly e de Mary, este último envolvendo todos os membros, certamente colaborou para a mudança no funcionamento familiar. Neste sentido, Shugar e Krueger (1995) investigaram famílias em terapia sistêmica e perceberam importantes transformações. A agressividade que era comunicada de forma mascarada no início do processo terapêutico, passou a se dar de forma aberta, com expressão dos sentimentos agressivos que permeavam a família permitidos. Tal mudança, segundo os pesquisadores, colaborou positivamente para uma melhora dos hábitos alimentares e ganho de peso do paciente anoréxico.

Mary é responsável pela transformação familiar e demonstra incitar e coordenar as mudanças. Busca também romper com os padrões adquiridos no passado e se libertar do estereótipo de menina “certinha”. Apesar de ser o membro sintomático, a jovem apresenta-se como a mais saudável no sistema, utilizando a participação no estudo como um espaço para questionamentos, introdução de conflitos e busca de soluções, manifestando agressividade de forma construtiva e mobilizando a afeição física e o diálogo entre os membros.

3.2 CASO 2: Família de Joana

O primeiro contato telefônico com a família ocorreu com Joana, cuja voz aparentava ser de uma menina com menos idade. Após a explicação dos objetivos do estudo, Joana concordou imediatamente em participar das entrevistas, demonstrando empolgação e passividade em relação à escolha da data e horário do encontro. Em seguida, chamou sua mãe ao telefone, e esta, após a apresentação da pesquisadora e da informação de que o estudo trataria da anorexia nervosa, ressaltou: “É, agora estamos com esse probleminha!”.

3.2.1 Entrevista Inicial

Joana, de 16 anos, a irmã, Marta, de 12 anos, a mãe, Juraci e o padrasto, Paulo, residem em um apartamento simples e pequeno no centro da cidade. Juraci é engenheira e está divorciada do pai de suas filhas há onze anos. Está acima do peso e tem uma aparência masculinizada, tanto na maneira de se vestir quanto de falar.

No momento da entrevista, Paulo, que mora com a família há cerca de um ano e meio, não estava em casa. O pai das adolescentes também não compareceu ao encontro, que ocorreu durante seu turno de trabalho. As meninas costumam visitá-lo aos finais de semana. Marta, por sua vez, permaneceu no quarto até que a mãe insistiu para que viesse à sala cumprimentar as pesquisadoras. A menina tem uma aparência totalmente oposta à de Joana, parecendo ter mais idade. Usa roupas e botas pretas, *piercings*, olhos e unhas pintados com cores escuras e ouve *rock n´roll*. Marta não sorriu em momento algum e, no curto período em que permaneceu na sala, voltou às pesquisadoras um olhar intimidador e demonstrou estar analisando a situação. Quando convidada para participar do estudo, Marta não aceitou, sem explicar o porquê de sua negativa. Após a filha caçula retornar para seu quarto, Juraci comentou o quanto a menina é “antipática”.

Ao contrário da irmã, Joana usa roupas claras e gosta da dupla de cantores Sandy e Junior. Demonstra ser a filha perfeita, é extremamente meiga, simpática e sorridente, muitas vezes aparentando infantilidade. A menina cursa o segundo ano do segundo grau e conta, empolgada, que no próximo ano realizará vestibular para o curso de Psicologia. Um fato que chamou a atenção das pesquisadoras foram as fotos de Joana expostas na sala, nas quais a adolescente vestia trajes antigos, chapéu e sombrinha cor de rosa, como se fosse uma boneca. Durante todo o encontro, Juraci sentou em uma cadeira e Joana em um sofá, próxima às pesquisadoras.

Inicialmente, Joana comentou que havia sido obesa durante toda a sua infância e que acredita que o fator desencadeante da anorexia nervosa foi ter sido chamada, entre outros apelidos, de “baleia” na escola. Juraci relata que o transtorno teve início em 2002. A menina já tinha passado por vários tratamentos com um endocrinologista, mas confessa que nunca havia seguido corretamente as orientações do especialista. Porém, no ano anterior, solicitou ao médico uma dieta intensa, durante a qual não pudesse comer nenhum

tipo de doce. Pensava que se comesse algo a mais iria “colocar tudo a perder” e, assim, conseguiu se controlar e ingerir menos alimentos do que a dieta prescrita. Joana então emagreceu 20 kg de setembro a dezembro, quando constatou amenorréia. Nesta época, a adolescente relata que se sentia fraca, desmaiava e, mesmo tendo emagrecido muito, continuava se achando a mais gorda de todas as meninas. Relata também que quando parou de menstruar logo contou para a mãe, pois tem muito medo de qualquer tipo de doença. Juraci diz orgulhosa que a filha costuma lhe contar tudo, mas comenta que quando descobriu sua doença teve “vontade de pegar, amarrar e socar comida para dentro dela”! Todavia, considera que não costuma obrigar as filhas a nada, preferindo conversar.

Após uma série de exames clínicos e de suspeita de uma patologia uterina, a médica ginecologista diagnosticou a anorexia nervosa e encaminhou Joana a uma psiquiatra, indicação esta que a deixou muito feliz. A menina enfatiza que não chegou a estar abaixo do peso indicado para sua idade, mas que preenchia todos os outros critérios do transtorno. Diz que sua “sorte” foi ter percebido a doença no início. Juraci complementa que, embora a filha não tivesse o índice de massa corporal muito baixo, “parecia que tinha vindo de um campo de concentração” e que “só ficava dente e osso”. Um aspecto que chamou a atenção das pesquisadoras foi que a mãe, durante toda a entrevista, dava gargalhadas ou utilizava um tom irônico ao falar do emagrecimento de Joana.

Segundo Juraci, desde o início da doença várias mudanças no comportamento de Joana ocorreram. A mãe diz que antes de emagrecer, mesmo gordinha a filha tinha muitos amigos e namorados, mas que agora que está magra ninguém vem visitá-la.

Joana está em tratamento há cerca de 7 meses. Atualmente, recebe acompanhamento psicológico e nutricional. Segundo Juraci, a filha está seguindo corretamente as orientações dos especialistas. “Se a nutricionista mandar contar os grãos de arroz ela faz” diz. Embora não quisesse engordar quando foi à primeira consulta, a adolescente aceitou a psicoterapia só porque tinha muito medo de doenças e porque todos diziam que ela estava horrível. De lá até os dias atuais, relata que não está mais se sentindo tão gorda quanto antes, mas que quando ganha alguns quilos “quase morre”. Confessa que continua sendo muito exigente consigo mesma e que quer sempre tirar a melhor nota na escola, visto que vai fazer vestibular para Psicologia, um curso muito disputado. A mãe reforça a importância do estudo, mas ressalta que a filha exagera na cobrança sobre si mesma. Joana

parece ser muito apegada ao pai. Quando questionada sobre quem é mais exigente, a garota afirma veementemente que é a mãe. Juraci se defende dizendo que “ele fica mais é com a parte boa”. Alega também que a filha fica insuportável quando volta dos passeios com o pai, pois lá ela é muito “mimadinha”. Apesar disso, diz que não costuma brigar com Joana e que a única coisa que lhe irrita são o que denomina de “nervosismos” da filha, que chega em casa contando muitos fatos ao mesmo tempo e fazendo muitas perguntas. Já Joana, quando questionada sobre algo que não gosta em sua mãe, responde que não sabe.

Finalmente, quanto à existência de histórico familiar de transtornos alimentares, Juraci expõe que o ex-marido é obeso e que acredita que Marta está “indo para o mesmo caminho” de Joana, pois já desmaiou na rua e também se considera gorda.

3.2.2 Entrevista Familiar Estruturada

Comunicação

Juraci tenta, constantemente, passar uma imagem de abertura e diálogo na relação com as filhas. No entanto, durante a entrevista, enfatiza várias vezes que, se Joana faz algo que ela não aprova, simplesmente pára de falar com a menina por dias, mesmo que esta implore a atenção da mãe. Desta forma, é possível caracterizar a comunicação familiar como incongruente, na medida que os relatos da mãe são contrastantes, não se reforçando mutuamente. Além disso, a comunicação pode ser classificada como confusa, em função de Juraci expor discursos impessoais e mudar facilmente o foco do diálogo, geralmente de um tópico importante para assuntos gerais. Finalmente, a comunicação familiar apresenta uma direcionalidade inadequada, visto que os conteúdos são emitidos basicamente por Juraci, e Fernanda não é capaz de contestá-la ou de expor suas próprias idéias, sempre concordando com as opiniões maternas.

Entrevistadora - Vamos supor que vocês estão discutindo com alguma outra pessoa da família, aí batem na porta. Quando vocês viram para abrir a porta, essa pessoa com quem vocês estavam discutindo dá um empurrão em vocês. O que vocês fazem?

Mãe - Fico algumas horas sem falar com ela. (com Joana)

Regras

Ao longo da entrevista, Juraci apresenta um discurso de que as filhas sabem o que é certo e errado e que decidem por si próprias o que devem fazer. Todavia, ao mesmo tempo em que afirma que as meninas só não podem fazer aquilo que não querem, Juraci proíbe que tenham uma série de atitudes e comportamentos típicos da adolescência. As regras são, portanto, incoerentes. Além disso, não são flexíveis nem democráticas, pois o padrão autoritário utilizado na infância pode ainda ser percebido com frequência. Neste sentido, a mãe dita todas as regras familiares, que não são questionadas por Joana, mas sim burladas às escondidas.

“Elas só não devem fazer o que não tão afim”! (Mãe)

“Tem um monte de coisa que elas mentem e eu descubro. Acho que elas mentem porque sabem que tão fazendo coisa errada ou porque sabem que eu não ia deixar elas fazerem aquilo”! (Mãe)

Papéis

Apesar de a família ter os papéis presentes e os subsistemas definidos, as funções de cada um dos membros não permitem flexibilidade. Os papéis são extremamente rígidos, sendo que cada indivíduo possui características totalmente opostas e rechaçadas pelos demais. Assim, não parece haver a possibilidade de inverter as posições em situações em que estas trocas se fazem necessárias, o que certamente impede o desenvolvimento familiar sadio.

Liderança

A liderança na família é autocrática e fixa, exercida apenas pela mãe, que tenta, durante toda a entrevista, conduzir de forma coercitiva o funcionamento do sistema. Joana, por sua vez, parece incapaz de expor suas idéias, delegando a condução da entrevista para a figura materna.

Conflitos

Os conflitos não aparecem de forma clara na interação, sendo expressos apenas pela mãe, que utiliza um tom de deboche em suas respostas. Os problemas não são positivamente valorizados pela família ou discutidos em busca de soluções adequadas, mas percebidos por Juraci como situações provocadas pelas filhas que lhe “estragam o dia”. Joana, por sua vez, tenta passar uma imagem de que o relacionamento familiar é perfeito e harmônico, não expressando nenhuma situação conflitiva em relação à mãe.

Manifestação da agressividade

A partir da tarefa transcrita abaixo, percebe-se que a manifestação da agressividade é expressa de forma inadequada na família. Nos momentos em que Juraci expressa sentimentos hostis, utiliza uma linguagem irônica ou jocosa. Desta forma, a manifestação da agressividade pode ser considerada também como destrutiva, pois a maneira como aparece impede o contato adequado entre os membros e a busca de soluções para os conflitos. Além disso, a manifestação de conteúdos agressivos no sistema não possui uma direcionalidade adequada. Enquanto Juraci expõe mensagens agressivas em relação às filhas de forma mascarada (através de risos e deboches), estas não expressam raiva ou outras emoções semelhantes pela mãe. Joana demonstra ser incapaz de se exaltar e de ser agressiva, enquanto sua irmã parece ser uma pessoa extremamente rude, embora contenha seus sentimentos de hostilidade.

Entrevistadora - Vamos supor que vocês estão discutindo com alguma outra pessoa da família, aí batem na porta. Quando vocês viram para abrir a porta, essa pessoa com quem vocês estavam discutindo dá um empurrão em vocês. O que vocês fazem?

(Silêncio)

Entrevistadora - Entenderam a situação?

Joana - Mais ou menos.

Mãe - Eu é que levo o empurrão?

Entrevistadora - Sim, de quem a senhora estava discutindo.

Joana - Se for a irmã eu xingo, se for a mãe eu só fico braba com ela, fico triste. Não, não, empurrão não.

Mãe - Fico algumas horas sem falar com ela.(Risos)

Entrevistadora - Mais alguma coisa que gostariam de dizer?

(Silêncio)

Afeição física

A afeição física está presente na família através de Joana, que busca constantemente o carinho e atenção da mãe. Juraci, no entanto, não valoriza os comportamentos afetivos da filha, considerando-os como dependência extrema. Na vinheta abaixo, pode-se perceber que, apesar de abraçar Joana, o gesto de Juraci não tem uma carga emocional adequada e não acompanha uma meta-mensagem de ternura.

Entrevistadora - Agora queria que vocês demonstrassem para uma ou mais pessoas da família, sem palavras como vocês gostam dela.

Joana abraça a mãe sorrindo (parece muito contente com a tarefa)

Mãe -Pronto, pronto... (com tapinhas nas costas)

Interação conjugal

Juraci é divorciada do pai de suas filhas e há cerca de um ano e meio vive com um novo companheiro. Este, porém, não estava presente na entrevista e não foi citado em nenhum momento da coleta de dados. Assim, a avaliação do subsistema conjugal não pôde ser realizada.

Individualização

Não só no trecho da entrevista transcrito abaixo, como também em vários outros, percebe-se que Joana não expressa suas idéias e opiniões próprias, concordando sempre com que é respondido pela mãe. Além disso, as filhas não têm sua identidade individual respeitada, visto que Juraci exerce um controle severo sobre as mesmas, buscando saber de todos os detalhes de suas vidas.

Entrevistadora: Vamos supor que vocês tivessem que se mudar deste apartamento dentro de um mês. Como vocês organizariam, em conjunto, essa mudança?

Mãe - Pegar umas caixas, cada um botar suas roupas e o resto mandar levar.

E tu, Joana?

Joana - Eu concordo com a mãe.

Integração

Há uma clara ausência de integração no sistema. Ao mesmo tempo em que a individualização está prejudicada, a família não possui uma identidade grupal. Neste sentido, a ligação entre os membros parece estar mais baseada em questões de controle e dependência do que em laços de ternura e em objetivos comuns.

Entrevistadora - Como é um dia de feriado na família?

Mãe - Elas ficam na internet e eu saio, convido todo mundo para sair, ninguém quer ir nos lugares que eu vou e vice-versa, ela gosta de ir ao shopping, eu gosto de caminhar, ela gosta de caminhar para emagrecer, eu para passear, ela é diferente, eu gosto de ir ao centro, gosto de lugar aberto, não gosto de lugar fechado...

Entrevistadora - Quando vocês estão fazendo uma tarefa sozinhas e fica difícil acabar esta tarefa, o que vocês fazem?

Mãe - Paro e faço outra coisa, depois eu volto para fazer o que faltou.

Joana - Eu me desespero.

Auto-estima

A família é detentora de uma baixa auto-estima. A própria aparência física de Juraci, que transmite desleixo e falta de feminilidade, além da resposta exposta na vinheta abaixo, em que aprecia apenas a tolerância adquirida ao longo do tempo, dão indícios de sua baixa auto-estima. Joana, por sua vez, também não demonstra apreciar seu corpo, alegando que odeia todos os seus atributos físicos com exceção de seus olhos. A menina expõe que o que gosta em si são aspectos como meiguice e discrição, qualidades estas que colaboram com sua imagem de uma menina perfeita e não para o desenvolvimento de uma identidade sadia e adequada à sua idade.

Entrevistadora - Eu gostaria que cada uma de vocês me dissesse do que mais gosta em si própria.

Joana - Em tudo? De aparência só os olhos, o resto eu acho horrível! Por dentro que eu sou querida e que eu não gosto de falar dos outros e não gosto que falem de mim.

Entrevistadora - Mais alguma coisa?

Joana - Meiga, acredito muito nas pessoas que eu não devia acreditar tanto.

Mãe - Fiquei mais velha a gente fica mais tolerante – tolerância – , não procuro me meter na vida de ninguém, cada um é cada um e não adianta...

Interação familiar

A partir da avaliação da comunicação, regras, papéis, liderança, conflitos, manifestação da agressividade, afeição física, individualização, integração e auto-estima, considera-se que a interação observada não é facilitadora do desenvolvimento emocional, visto que não permite o crescimento sadio dos membros individualmente e da família como um todo.

3.2.3 Escalas de Responsividade e Exigência

Joana percebe o estilo parental de ambos os pais como autoritativo, prática que mescla altos escores em responsividade e exigência. Assim como a filha, Juraci também se considera autoritativa. Entretanto, tal estilo parental é característico de sistemas que incentivam a socialização, a autonomia e o diálogo (Baumrind, 1971), atitudes estas que não puderam ser verificadas nos demais instrumentos respondidos pela família. Ao contrário, acredita-se que Juraci assume uma postura autoritária na educação da filha. Neste sentido, cabe enfatizar que Joana conferiu, para a mãe, a pontuação máxima na Escala de Exigência, o que confirma o alto grau de controle e rigidez que caracteriza a educação da menina. Juraci busca, constantemente, aparentar uma postura autoritativa no convívio com as filhas, mas seus relatos geralmente contrariam essa idéia. Joana, por sua vez, certamente considera a mãe como promotora do diálogo e da independência em função de sua postura infantilizada e dependente e de sua dificuldade de questionar os padrões de interação inadequados e as regras impostas.

3.2.4 Entrevista de Práticas Educativas Parentais

A partir da análise do conteúdo das respostas emitidas pelos pais às situações componentes da Entrevista de Práticas Educativas Parentais, foram classificados três tipos de práticas: indutivas, coercitivas e negligentes. A seguir, são apresentadas, nas Tabelas 5 e 6, as respostas de Juraci para as situações difíceis e estruturadas, suas reações frente a essas situações, as reações de Joana e os tipos de práticas educativas parentais.

Tabela 5. Respostas de Juraci sobre as situações difíceis.

| Situação difícil | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|---|------------------------|------------------------|
| 1 - Quando a filha quer algo fica descontrolada | Grita/ fala mais alto | Acalma-se | Coercitiva |
| 2 - Responde para a mãe | Tenta ser tolerante/ não fala com a filha | Fica chateada | Indutiva/ coercitiva |
| 3 - Nenhuma | - | - | - |

Tabela 6. Respostas de Juraci às situações estruturadas.

| Situação estruturada | Ocorrência | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|-------------------|---|--------------------------------|------------------------|
| 1 - Mentira | Já aconteceu | Ficou 3 dias sem falar com a filha | Implora que a mãe fale com ela | Coercitiva |
| 2 - Baixo rendimento | Já aconteceu | Conversa inúmeras vezes ou castiga | Não gosta | Indutiva/ coercitiva |
| 3 - Álcool e drogas | Nunca aconteceu | Não imagina que isso pudesse acontecer | Não imagina | - |
| 4 - Postura e atitudes da mãe em relação a questões sexuais | | Mãe diz ter medo de doenças e se considera reprimida sexualmente/ Leva e busca/ Proíbe as filhas de ir a boates, por considerar os ambientes promíscuos | Conta mentiras | Coercitiva |

A partir das categorias desenvolvidas para a análise de conteúdo da entrevista, considera-se que a mãe utiliza basicamente técnicas coercitivas. Em duas situações, porém,

as práticas tiveram que ser classificadas também como indutivas, em função das respostas emitidas por Juraci conterem aspectos como tolerância e conversa. Todavia, através da análise desses relatos supostamente indutivos, percebe-se que, na realidade, são permeados por autoritarismo e controle.

Neste sentido, na situação difícil 2, em que Juraci diz ser tolerante em relação à dependência da filha, é possível verificar que tal comportamento materno não se dá no sentido de compreender e ter paciência com o problema de Joana, mas sim de ter que aceitar uma característica negativa, contra a qual desistiu de tomar providências.

“Eu não gostava de pessoas assim (dependentes) e a minha filha foi ser assim, tem que ser tolerante, cada um é do jeito que é, fazer o quê, já tentei e não muda...” (Mãe)

Já na situação estruturada 2, em que a mãe afirma conversar inúmeras vezes com Joana, percebe-se que o suposto diálogo é, na verdade, unilateral e exercido de uma forma não-democrática e invasiva, como pode ser verificado a seguir:

“Eu sou da opinião que adolescente tem que falar milhões de vezes que um dia eles vão ouvir. Eu falo, minha obrigação é que eu tenho é ficar falando, falando... É um processo demorado mas um dia entra, tem que entrar”!

Embora haja, em todos os relatos maternos, a tentativa de aparentar condutas indutivas, é possível constatar um alto grau de autoritarismo e controle de Juraci em relação à filha, em atitudes como castigos, gritos e silêncios prolongados. Tal padrão disfuncional é confirmado através das citações abaixo:

“A Joana, se tu falar mais alto, tem que dar um tranco nela que ela reage”! (Mãe)

“Ela (Joana) tinha dito que tinha ido na casa de uma amiga e tinha ido encontrar um guri lá em São Leopoldo, entrou no Trensurb, numa boca brabíssima e foi encontrar o guri. Eu nunca proibi ela de namorar, então para que mentir para mim? Agora ir para lá eu não ia deixar mesmo! Onde já se viu pegar o Trensurb? Então me disseram e eu fui

buscar ela lá em Canoas, soltando faísca! Quando a gente chegou aqui não falei nada porque ela sabia, fiquei 3 dias sem falar com ela. Nunca mais aconteceu, ela implorava: “mãe, fala comigo”! (Mãe)

É importante salientar que as técnicas empregadas pela mãe na educação das filhas não parecem gerar resultados positivos. Pelo contrário, com base nas reações de Joana às atitudes maternas, como a invenção de mentiras, tristeza e súplicas pela atenção de Juraci, considera-se que tais práticas coercitivas não colaboram com o desenvolvimento emocional sadio da menina.

3.2.5 Discussão final do Caso 2

Com base nos dados obtidos durante o encontro, conclui-se que a família apresenta padrões disfuncionais de interação em todos os aspectos investigados. Joana e Juraci compartilham de uma concepção errônea de que têm uma relação indutiva e saudável. Entretanto, a partir dos relatos maternos, é notável a adoção de um estilo parental autoritário. Juraci apresenta uma postura extremamente autocrática em relação às filhas, utilizando técnicas coercitivas na educação das meninas e se mostrando ameaçadora em grande maioria de seus discursos. Durante todo o processo, porém, a mãe tenta passar uma imagem de liberalidade e de diálogo com as filhas. Todavia, ao mesmo tempo em que alega conversar com as meninas, contraditoriamente conta que “armou barracos” em situações que descobriu mentiras de Joana e Marta. Já em outros momentos diz que quando Joana faz algo errado, simplesmente pára de falar com a filha, o que discorda completamente de uma relação onde a democracia e a discussão das regras são estimuladas. Além disso, a concepção de Miermont e colaboradores (1994), de que há uma clara transgressão de fronteiras nos sistemas anoréxicos, pode ser verificada na família. Tal transgressão, além do padrão autocrático de interação estabelecido na família e a falta de afeto materno (que será discutida a seguir) são aclarados nas vinhetas abaixo:

“Quando eu descobri a doença tinha vontade de pegar, amarrar e socar comida para dentro dela (de Joana)! É que eu não sou muito de obrigar ninguém. Eu converso, eu

falo, eu aviso só: vou te levar para o hospital, espera para ver o que vai te acontecer! Todos os dias eu falo. Teve que uma outra pessoa falar, daí ela aceitou ...” (Mãe)

“A Marta também tá me dando problema. Elas mentem mas eu descubro tudo, pego direitinho! Eu tava no trabalho e a minha colega chegou do intervalo e disse que viu a Marta atirada numa praça no horário da aula, que parecia que tava bêbada. Que dúvida: fui atrás na hora e eu sou calma, mas na hora abri a boca! Mas dessa vez eu armei um barraco”! (Mãe)

“A questão principal que eu sempre digo é que eu tenho que saber onde elas estão, eu que levo eu que busco! Eu sempre digo: eu só não quero que vocês façam o que não estão a fim de fazer! O que mais me preocupa é aqueles loucos que tem na boate. Eu digo: tu não vai nesses lugares assim, as pessoas não respeitam”! (Mãe)

O aspecto que mais chama a atenção durante todo o encontro com a família é a falta de afetividade com que Juraci relata a doença da filha. Já no primeiro contato com a figura materna, percebe-se que esta não dá a importância devida ao transtorno, considerando a anorexia nervosa como “um probleminha”. Em nenhum momento a mãe transparece tristeza pelo problema enfrentado por Joana. Pelo contrário, comenta o emagrecimento da filha em tom de deboche e crítica, como pode ser vislumbrado nas vinhetas abaixo:

“Quando eu via ela no banheiro parecia que ela tinha vindo de um campo de concentração”! (Mãe - risos)

“Tem 1,70cm e chegou a 54kg. Ela (Joana) é larga, tem estrutura grande, ficava só dente e osso. Tava feia, só que ela achava que não”. (Mãe)

Ainda em relação aos relatos de Juraci, estes são, em grande parte, contraditórios. Em determinados momentos, a mãe afirma que as filhas lhe contam tudo. Em outros, porém, critica as meninas por mentirem frequentemente ou realizarem comportamentos

típicos da adolescência às escondidas. Tal incongruência pode ser verificada nas citações abaixo:

“Ela (Joana) tem uma coisa boa: ela escuta bastante a gente, ela tem muito medo de ficar doente, medo de tudo. E a Joana não resiste muito sem me contar as coisas. Ela pode ficar 1, 2 dias mas daqui a pouco ela vem e me conta tudo”. (Mãe)

“Não sei por que elas (filhas) me mentem. Deve ser porque não sabem se estão fazendo a coisa certa, se é errado ou se é porque eu não ia deixar mesmo... é comum elas mentirem nessa idade”? (Mãe para as pesquisadoras)

Ao contrário de Juraci, que expõe de forma destrutiva sentimentos hostis em relação às filhas, Joana não é capaz de demonstrar agressividade pela mãe. Neste contexto, Miermont e colaboradores (1994), através de suas observações clínicas, confirmam, nas famílias anoréxicas, a impossibilidade dos filhos em verbalizar suas queixas. Além do mais, a figura materna parece ser idealizada por Joana, na medida que é esta incapaz de citar os aspectos negativos de Juraci e ri dos comentários pejorativos que a mãe emite a seu respeito.

Entrevistadora - E tu, Joana, tem alguma coisa que não gostas muito na mãe?

Joana - Não sei. Não sei... (sorrindo)

Joana corresponde perfeitamente ao perfil de pacientes anoréxicas mencionado na literatura. É uma menina dócil, meiga, passiva e, como descrito anteriormente, incapaz de demonstrar sentimentos agressivos. Assim como a grande maioria das pacientes anoréxicas, Joana é inteligente e possui um ótimo desempenho acadêmico (Nunes & Ramos, 1998). Todavia, suas notas altas são conquistadas mais como forma de aprovação exterior do que satisfação pessoal.

“Eu quero ser psicóloga, aí eu tenho aula de psicologia no colégio, daí valia 3 e tirei 2, daí eu já fiquei: eu quero ser psicóloga e tiro dois! Que vergonha! Eu sempre quero tirar a melhor nota”. (Joana)

“Desde que ela (Joana) resolveu fazer psicologia eu disse que ela tinha que estudar muito! Mas aí é 8 ou 80! Se tirar nota baixa parece que vai morrer”. (Mãe)

Assim como a mãe, Joana expõe o desenvolvimento de sua doença sorrindo, sem qualquer pesar. A menina apresenta-se também bastante infantilizada para a idade, tanto em função da aparência quanto do modo de ser. As fotografias expostas na sala, em que Joana aparece vestida de boneca, são indícios de seu papel no sistema familiar. A idéia de que a adolescente ainda se comporta como uma criança é confirmada por Juraci:

“A Joana é uma criança que não incomoda” (Mãe)

Nestes termos, pertinente se faz a afirmação de Abuchaim, Somenzi e Duchesne (1998), as quais consideram que a anorexia nervosa surge como uma espécie de padrão de contenção psicológica com o objetivo de manter a homeostase adquirida e, assim, preservar um estado psicológico frágil. Joana se mostra extremamente infantilizada e dependente da figura materna. A menina busca constantemente o afeto da mãe, comportamento este rechaçado por Juraci e que, certamente, reforça a carência da filha. A mãe alega que já chegou à conclusão de que tem que aceitar as “manhas” de Joana, embora busque não reforçá-las e tente fazer com que a filha “se vire sozinha”. Na mesma linha, Onnis (1994) expõe que o sintoma de recusa da alimentação pode ser entendido como uma forma de o adolescente manter sua identidade infantil, visto que o papel de paciente fortalece ainda mais seus laços de dependência com os pais e o impede de realizar uma separação ativa do sistema.

Um ponto que merece ser enfatizado é a prevalência de transtornos alimentares no sistema. Segundo Hercovici e Bay (1997) é comum, nas famílias com pacientes anoréxicos, que outros membros sofram de distúrbios de alimentação. Além da doença de Joana, o pai das meninas é obeso, e Marta, segundo Joana e sua mãe, vem apresentando sintomas

característicos da anorexia nervosa, como percepção distorcida da imagem corporal, desejo de emagrecer e a realização de dietas restritivas. É importante salientar também que Juraci se encontra com o peso elevado. No momento da Entrevista Inicial em que este assunto era tratado, chama a atenção a forma com que Juraci lida com a suspeita de que a filha menor também seja acometida de um transtorno alimentar, com desprezo e despreocupação:

“O pai dela (Joana) é obeso. E a minha outra filha já andou desmaiando na rua também. E se acha gorda e é mais magra que essa! Não come, eu acho que tá indo no mesmo caminho”. (Mãe)

“Aí ela (Marta) me disse que tava passando mal. Também, não come! Se acha gorda, não assume mas se acha e ela diz que quer emagrecer. E também, num calorão, ela só usa essas roupas pretas, deve ter dado um troço”! (Mãe)

Outro aspecto disfuncional da interação que pode ser destacado é a falta de integração familiar. Além de não possuírem objetivos comuns, Juraci e as duas filhas são completamente diferentes umas das outras no que diz respeito aos aspectos físicos e à personalidade. Enquanto Joana recebe educadamente as pesquisadoras, aparentando alegria e satisfação durante todo o processo, sua irmã demonstra hostilidade e rechaço em relação ao estudo, além de um olhar intimidador. No final do encontro, em um tom de voz baixo, Marta comenta ironicamente com a mãe que as pesquisadoras não deveriam estar realizando um estudo sobre anorexia nervosa, pois eram muito magras, sendo, provavelmente, acometidas do transtorno. Juraci, por sua vez, ao invés de buscar um contato mais próximo com Joana e Marta, tem uma postura de julgamento em relação às filhas, considerando as atitudes das meninas geralmente como erradas e assumindo que não gosta do modo como são.

Finalmente, um ponto intrigante da coleta de dados refere-se ao momento em que Joana trouxe, instigada por Juraci, uma fotografia do período em que esteve mais magra. Para a família, a menina está “horrível” e “caquética” no retrato. No entanto, segundo a concepção das pesquisadoras, Joana aparentava estar saudável, com o peso normal. A partir

deste fato e de outros trechos das entrevistas, pôde-se concluir que Juraci valoriza aparência robusta da filha, criticando e desvalorizando suas formas corporais atuais:

“Ela mudou muito com relação a amigos. Antes de emagrecer tinha muitos amigos e sempre tinha namorado, mas começou a emagrecer e nunca mais veio amigos, nunca veio mais ninguém aqui, antes tinha sempre gente aqui e ela era gordinha. Tinha namorados, cada vez era um diferente e ela era gordinha”! (Mãe)

Atualmente, Joana está em tratamento e encontra-se com o peso normal. A rápida recuperação da menina, além do acompanhamento clínico, psicoterápico e nutricional, provavelmente esteja ligada à precocidade com que o transtorno foi diagnosticado. No entanto, apesar da condição física da adolescente hoje estar restabelecida, pode-se constatar, no sistema, padrões disfuncionais de interação que certamente impedem o desenvolvimento emocional sadio dos membros. Neste contexto, o subsistema filial parece ser o mais prejudicado, na medida que o funcionamento familiar impossibilita o cumprimento das tarefas básicas da adolescência, como a vivência de novas situações fora do ambiente familiar (Minuchin & Fishman, 1984), a experimentação da sexualidade (Preto, 1995), a busca da autonomia e a conquista da identidade (Fishman, 1996).

3.3 CASO 3: Família de Caroline

O primeiro contato com a família de Caroline se deu através de Ana, mãe da paciente, que instantaneamente concordou em participar do estudo, ressaltando a importância de colaborar com outras pessoas que estão enfrentando o mesmo problema. A bela casa da família está situada na zona nobre de uma cidade do litoral de Santa Catarina, onde residem Caroline, de 20 anos, sua filha, Júlia, com oito meses, sua irmã Paula, de 18 anos, seu pai, Jorge e Ana.

3.3.1 Entrevista inicial

Em um primeiro momento, estavam em casa apenas Caroline, Júlia e Ana. Mãe e filha aparentavam ter se arrumado para a entrevista, visto que estavam maquiadas, penteadas e utilizando muitos acessórios. Em seguida, Jorge chega com a cadela *poodle* da família, que estava no *pet shop* tomando banho e permanece do lado oposto da sala ao que sua esposa estava sentada. Caroline acomoda-se com Júlia no colo em um sofá no centro da sala, separando os pais. Durante a entrevista, Ana pegou a neta no colo várias vezes e caminhou com ela até a porta de entrada da casa.

Jorge é ex-bancário, tendo sido demitido há cerca de dois anos. Hoje, divide com a esposa a administração da loja da família, que comercializa brinquedos, presentes, artigos de decoração e moda. Caroline teve que desistir temporariamente da faculdade de psicologia, onde cursava o segundo ano, para se dedicar à filha. Atualmente também trabalha na loja com os pais. Paula faz um curso pré-vestibular e a filha mais velha do casal, Roberta, de 26 anos, é casada e exerce a profissão de nutricionista.

Em um primeiro momento, agradeceu-se a disposição de todos em conversar sobre um assunto que certamente traz sofrimento à família. Ana confirmou expondo: “Só quem passa, quem vive é que sabe, não tem nem como definir”.

Caroline descreve que a anorexia teve início quando estava com 16 anos de idade. Ana interrompe e conta que a menina apresentava problemas com o peso desde pequena. Lembra que, quando a filha era convidada para uma festinha de aniversário, tinha que lhe comprar duas roupas novas, porque sabia que na hora de sair ela poderia se achar feia e não ia querer ir. Caroline concorda que já aos sete anos de idade tinha problemas com sua aparência física, pois se vestia e se sentia gorda. Além disso, acredita que suas irmãs e primas sempre foram mais magras que ela. Ana alega que este é um problema da própria Caroline, visto que todos sempre consideraram a menina a mais bonita e simpática de suas filhas.

A mãe acredita que um aspecto que pode estar relacionado aos problemas da filha é o fato de que a família morava em uma casa, onde Caroline sempre teve muita liberdade, por exemplo de brincar na rua e andar de pés descalços. Quando a menina estava com seis anos, a família precisou mudar-se para um apartamento. A partir daí, ela se tornou muito

retraída e não queria mais ir à escola. Nessa época teve depressão, chorava muito e relatava dores na cabeça e na barriga. Segundo Ana: “o médico disse que era sistema nervoso, deu calmante”. Logo em seguida, a menina desenvolveu fobia de dormir à noite, sintoma este que permaneceu até os 13 ou 14 anos. Caroline complementou a fala da mãe lembrando de uma época em que seus pais saíam e ela sentia pavor de ficar sozinha dentro de casa. Nestas situações, a menina ia para a rua e lá ficava até a família retornar, mesmo em dias de temperatura baixa. Além disso, aos 13 anos, Caroline descreve que desenvolveu o que chama de “mania por limpeza”. Não saía de casa sem tomar banho, passava o dia inteiro limpando a casa e sentia prazer de ver as roupas limpas mesmo sem usá-las.

Na mesma época, Ana percebeu que a filha tinha dificuldades em relação a questões sexuais. Quando começou a desenvolver os seios, ninguém podia encostar no seu corpo. Além disso, a garota passou a sentir nojo do cachorro da família. Tinha também nojo, ciúmes e raiva da irmã mais velha quando esta começou a namorar. Ana conta que considerava a filha “depravada” e, portanto, levou-a a uma psicóloga. A orientação da terapeuta foi de que Ana se afastasse de Caroline para que esta pudesse ter, com o pai, o “namoro” que não havia tido na infância e para que Jorge pudesse se tornar mais presente na vida das meninas. Sem explicar nada para a filha, a mãe simplesmente afastou-se da menina. A partir daí, Caroline revoltou-se contra a mãe, não entendendo por que esta havia se tornado tão fria e ausente, muitas vezes chegando a implorar pelo carinho maternal. Essa revolta permaneceu no início da adolescência e, portanto, a família começou a brigar muito. Jorge confessa que neste período estava sempre procurando um motivo para discutir e qualquer fato simples era motivo para agredir e brigar. Para evitar discórdias, o casal chegou a trabalhar em horários distintos.

Concomitantemente, a família enfrentou uma situação financeira difícil e Caroline passou a sentir uma grande insegurança, com medo de que até os alimentos básicos pudessem faltar. Segundo Ana, nesta mesma época, quando Caroline estava com 15 anos, é que a filha desenvolveu os sintomas do que denomina “anorexia-bulimia”.

A menina começou a sair à noite e cada vez mais sentia insatisfação em relação as suas formas corporais. Foi então que uma amiga de Caroline resolveu roubar laxantes da clínica médica em que trabalhava e ambas passaram a consumir estes medicamentos. Com

isso, a adolescente descreve que ficou “seca”. Além disso, as duas começaram a fazer musculação. Ana lembra que aconselhava a filha a suspender a musculação, pois ela passou a comer muito e estava ganhando peso e massa muscular.

Caroline conta que nessa época sentia tédio e insatisfação com o namorado e que apesar de querer emagrecer, comia cada vez mais. Segundo Ana, este namorado era um rapaz idolatrado por todas as meninas, mesmo tendo envolvimento com drogas. A adolescente decidiu então diminuir seu peso, na época 62 quilos. Ela relata que sonhava com comida, embora passasse o dia sem comer e realizasse atividades físicas extenuantes todas as noites e manhãs. Algum tempo depois, passou a acreditar que o pouco que comia era muito, decidindo, portanto, apenas mastigar e depois cuspir os alimentos. Além disso, começou a vomitar com frequência.

Só no mês de janeiro, Caroline eliminou 12 quilos. Como era verão, Ana percebeu com mais facilidade que o emagrecimento da filha não era normal e queria levá-la ao médico, mas Caroline alegou que não estava doente e que a mãe estava contra seus esforços para emagrecer. Só em março a garota consentiu em procurar ajuda especializada. Caroline começou o tratamento com um psiquiatra da cidade, que lhe prescreveu fluoxetina e acompanhamento psicoterápico. Até o final do ano essas orientações médicas foram seguidas, embora consideradas ineficazes pela mãe, visto que neste período a adolescente foi ficando cada vez mais debilitada, com tremores constantes e impossibilitada de comer sem vomitar em seguida. A família lembra que, em dezembro do ano seguinte, a menina não escondia mais seus episódios bulímicos, vomitando até mesmo no meio da rua e na frente de todos. Neste ponto da entrevista, Ana comenta com orgulho a “força”, a capacidade de “luta” e responsabilidade de Caroline, que, mesmo em estado de inanição, compareceu ao trabalho até o dia em que foi internada e acrescenta que todas as suas filhas são muito “trabalhadeiras”.

Quanto à personalidade pré-mórbida, a jovem alega que sempre fora rebelde no que tange à mãe. Já a opinião de Ana é de que a filha sempre fora organizada, muito responsável e adulta. Nunca havia sido quieta ou envergonhada, exceto na escola, local que não gostava de frequentar e onde assumia uma postura retraída. A mãe completa os elogios à Caroline afirmando que esta só aceitou ser internada por estar cansada e fraca. Ana e Jorge procuraram uma psiquiatra em Florianópolis e, após relatarem o caso da filha,

que continuou se agravando mesmo com o tratamento, tiveram a indicação de que ela deveria ser internada em uma clínica. A menina permaneceu na instituição por cerca de 20 dias, sendo que esta foi, segundo Ana, a pior experiência pela qual a família já passou. Conta que Caroline era constantemente “dopada” e a que a única atenção personalizada oferecida no local era a presença de uma enfermeira, que após as refeições permanecia por duas horas ao lado da paciente para impedi-la de provocar vômitos. Além disso, a alimentação não era controlada e não havia serviços de psicologia e psiquiatria. Outro problema residia no fato de Caroline conviver com pacientes acometidos de diversos transtornos. A jovem passou a se preocupar com os internos depressivos, que ameaçavam cometer o suicídio e a se envolver com dependentes químicos. Quando os pais iam visitá-la, implorava para que a tirassem dali, desejo este que não foi realizado porque Ana confiava na opinião dos médicos de que a menina precisava permanecer internada. Apesar disso, Ana conta que ficou apavorada de ver a filha “vivendo aquele mundo”, sem o referencial da família. Acrescenta que por ter sido “largada” entre “drogados, suicidas e loucos”, a filha teve seus valores morais invertidos. A mãe conta em um tom natural que a pior situação ocorrida na clínica foi o abuso sexual cometido por um enfermeiro. Alega que Caroline estava “dopada” e por isso não pôde negar o assédio. Neste momento, a garota interrompe a mãe e enfatiza que não gosta de falar no assunto, lembrando o quanto solicitou que os pais a tirassem daquele lugar.

Após a descoberta do episódio de abuso pelos pais, Caroline foi levada de volta para casa e a psiquiatra da clínica, apesar de conhecer o caso, não tomou nenhuma providência em relação ao empregado. Jorge afirma que a filha se tornou “outra pessoa”. Ana, por sua vez, relata que a menina ficou “com a cabeça virada” e que se não fosse Deus nem sabe o que poderia ter acontecido.

Após o fim da internação, Caroline conta que Ana tentava controlar sua alimentação, mas que ela desenvolveu técnicas para burlar a vigilância, por exemplo vomitando na sacada e não no banheiro. A adolescente também vomitava na loja, dentro de roupas, atrás dos brinquedos, entre outros. A mãe expõe que precisava ficar ao lado da menina após as refeições com o intuito de impedir a utilização de métodos de purga. Em uma dessas vezes em que não pôde vomitar, Caroline consumiu as duas caixas de fluoxetina que tinha em seu quarto e foi dormir. No outro dia acordou sentindo enjôos e

tremores e apesar disso, ainda desejava tomar laxantes. Neste sentido, Jorge lembra que a filha comprava medicamentos relacionados à perda de peso em todas as farmácias da cidade, chegando a ingerir 20, 30 ou 50 comprimidos por vez.

No período em que saiu da clínica, a adolescente conheceu um namorado e rapidamente o trouxe para o convívio familiar. Todos ficaram assustados no dia em que acordaram e o rapaz estava dormindo com Caroline, conduta esta que, segundo Ana, não era característica da filha antes da internação. A jovem foi então morar com o namorado, que passou a cuidá-la e a controlar sua alimentação. Todavia, Caroline acabou o relacionamento algum tempo depois, em busca de mais liberdade para realizar suas dietas.

Ana lembra que a filha não tinha mais “resistência”, que possuía um olhar triste, de “alguém que não vive” e não participava do convívio social. A família passou a brigar muito tentando fazer com que ela se alimentasse adequadamente e que não vomitasse, mas nada adiantava. Ofereceram então o tipo de tratamento que Caroline preferisse, mas seu maior desejo era morar sozinha para que ninguém pudesse controlá-la.

Em seguida, nesta mesma época em que estava emagrecendo alarmantemente, a jovem conheceu outro rapaz, de quem engravidou. Em função da gestação, decidiu buscar um tratamento para a anorexia nervosa. Neste período, chegou a pesar 45kg e lembra de assistir doentes com câncer na televisão e perceber que estava mais magra que eles. A mãe diz que quando soube da gravidez da filha mando-a decidir entre dois caminhos: viver e cuidar do bebê ou morrer.

Jorge comenta que hoje Caroline está melhor, pois sente vontade de se alimentar, mas não considera que a cura seja assim tão simples. Diz que a menina está decepcionada por ter vomitado no fim de semana anterior à entrevista, atitude que não tinha há cerca de 15 dias. Contraditoriamente, concorda com os demais membros, que acreditam que a adolescente está curada. Para a família, que segue a religião evangélica, a melhora de Caroline é atribuída a Deus.

Nesse sentido, a garota conta que odiava os cultos, os quais costumava frequentar forçada. Lembra que ao sair da igreja sentia muita raiva e mau-humor. Porém, em uma quarta-feira (dia de oração), resolveu participar e, rezando ajoelhada, fez o seguinte pedido: “me cura, me cura, me cura”! Descreve que naquela hora percebeu que estava curada, pois não sentia mais tristeza e angústia. Chorou e agradeceu muito a Deus. Apesar disso, não

contou nada a ninguém com medo de que fosse só uma fantasia. Ao chegar em casa, conseguiu comer arroz, alimento do qual sentia pavor e, assim, gradualmente começou a engordar. Caroline enfatiza que atualmente está aceitando o ganho de peso com naturalidade e que sua “cura” é divina. A jovem então contou para mãe o milagre, que ocorreu cerca de vinte dias antes da entrevista. Ana lembra que nesta data, antes da notícia da cura, pensou que fosse encontrar a filha morta, pois estava se preparando para o seu óbito. Acreditava que ela “não ia durar muito tempo” e passou a se culpar por essa possível tragédia. Neste período, não sabia mais o que fazer, se sentia impotente frente a doença da filha.

A mãe diz que acredita que, assim como a gravidez de Júlia, a cura da anorexia foi uma graça alcançada. A gestação foi delicada devido ao emagrecimento de Caroline e todos temiam que o bebê não fosse saudável, mas o parto correu normalmente e Júlia nasceu acima do peso esperado.

Ana afirma que, uma semana antes da “cura”, procurou uma psiquiatra especializada em transtornos alimentares, com a qual Caroline atualmente está em tratamento. Acredita que só agora, depois de buscar o auxílio de vários especialistas é que “Deus abriu o coração” de sua filha. O suposto milagre ocorreu entre as duas primeiras sessões psicoterápicas. Caroline relatou para a médica que Deus havia lhe curado e esta comentou que não podia dizer se era um milagre ou se a paciente havia “cansado” da doença e resolvido “dizer chega”. A mãe enfatiza que, na opinião da família, foi Deus que realizou a cura e que fez com que todos suportassem a doença durante cinco anos.

Atualmente, Caroline diz que tem muito medo de consumir laxantes e que se sente bem apesar de ter engordado cerca de dois quilos. Porém, em outro ponto da entrevista, a jovem confessa que até hoje, após o almoço, sente vontade de consumir tais medicamentos.

Ana enfatiza que, mesmo se sentindo melhor, a filha irá continuar em tratamento com uma nutricionista, visto que precisa realizar uma reeducação alimentar e mudar os hábitos inadequados que adquiriu ao longo dos últimos anos. Necessita também de acompanhamento médico, na medida em que apresenta disfunções intestinais pelo uso contínuo de laxantes. Além disso, afirma que a menina deve resolver uma série de problemas que a acompanham desde a infância. Neste sentido, Caroline alega que necessita de “um equilíbrio”, pois viveu os últimos cinco anos sem discernir o que era

certo e o que era errado e que ainda hoje muitas vezes não sabe se seus pensamentos são “normais”. Diz que, apesar de não vomitar há uma semana, teme não estar realmente curada, pois se sente bem quando “pula” uma refeição e ainda deseja utilizar métodos de purga.

Quando questionada sobre quais os ganhos de ser magra, a jovem diz que se sente mais bonita, mais confiante e com mais controle sobre sua vida. Expõe que antes da doença Jorge costumava controlar sua alimentação, pois ela comia “muita bobagem”. O pai a recriminava quando ia ingerir determinados alimentos, com a justificativa de que iria ficar “gordinha”. Lembra que, apesar dele não ser muito presente, nas raras vezes em que repreendia as filhas, Caroline sentia muito medo. Ao contrário, diz que Ana “passava gritando” e que “não dava nem bola” para a mãe.

Em relação à presença de histórico familiar de transtornos psiquiátricos, Caroline responde que não há nenhum caso, embora sua irmã realize dietas freqüentes há muitos anos. Ana, por sua vez, salienta em tom de voz alto que o marido tem depressão e transtorno do pânico, repetindo tal diagnóstico em vários pontos da entrevista.

3.3.2 Entrevista Familiar Estruturada

Comunicação

A comunicação familiar, durante a entrevista, foi percebida como confusa. As mensagens emitidas por um membro são freqüentemente contrariadas pelos demais (como pode ser constatado nas vinhetas abaixo), e os relatos de um mesmo emissor se contradizem ao longo da entrevista. Além disso, não há uma sintonia comunicacional, visto que Ana em várias situações respondeu às questões no lugar da filha, e as raras opiniões emitidas por Jorge eram desvalorizadas ou desconsideradas pelos demais membros. Todavia, o aspecto mais disfuncional refere-se à ausência de carga emocional adequada. Ana conta situações traumáticas relacionadas à doença de Caroline como se relatasse fatos cotidianos, sem sofrimento ou tristeza. Ao mesmo tempo, Jorge apresenta um humor distímico e um visível desânimo (provavelmente relacionados à depressão) respondendo apenas o que lhe era perguntado de forma breve e em um tom de voz baixo.

Caroline - A minha irmã mais velha é mais segura e minha irmã mais nova é extremamente segura.

Mãe - Não é a idéia que vocês passam...

Mãe - A Caroline tava lavando a louça e tem um banheiro na área de serviço ao lado da cozinha e ela vomitou dentro da pia, então eu acho que ela fazia para chamar a atenção, de repente ela não se dava por conta disso.

Caroline - Eu não acho. De onde tu tirou isso?

Regras

As regras familiares foram percebidas como implícitas, rígidas e incoerentes. Uma regra subjacente e inadequada é a de que todos devem colaborar com as tarefas domésticas seja qual for a situação que estejam enfrentando. Desde a infância, as filhas tinham que manter a casa perfeitamente arrumada e o faziam sem que os pais precisassem solicitar. Outro exemplo reside no fato de que, mesmo na época em que Caroline estava em um grave estado de inanição, durante a gravidez e após o parto, ajudou a família na mudança para um apartamento e continuou trabalhando na loja, sem questionar se tinha condições físicas e emocionais de cumprir tais obrigações.

“Eu sempre fui muito organizado, perfeccionista. Desde que elas eram pequenas até agora eu vejo se os roupeiros delas estão arrumados, se tem papéis pelo chão...” (Pai)

“Ano passado eu morrendo de cansada, tava fraca. Mas ninguém foi dormir até colocar tudo no carro”! (Caroline)

“Então eu olho a Caroline durante estes 5 anos da doença dela! Ela nunca faltou um dia o serviço na gravidez da Júlia. Ela trabalhou até o último dia e 17 dias depois da cesária ela voltou a trabalhar. E ela foi internada, tava fraca e ela trabalhou até o último dia antes de ser internada”! (Mãe)

Papéis

Desde a infância, as três filhas de Ana e Jorge desempenhavam papéis inadequados. Sempre se comportaram como adultas e tiveram funções e responsabilidades impróprias para crianças, como a realização do serviço doméstico. O papel do pai é também indefinido no sistema, visto que Jorge é excluído por Caroline, permanecendo quieto e se comunicando com a filha em poucos momentos. Além disso, o subsistema conjugal não é claro e não ocupa um lugar de destaque na família. O casal permanece distante durante toda a entrevista e há uma clara desvalorização de Ana em relação ao marido, por este ter fracassado profissionalmente e ser acometido de problemas emocionais.

“A minha mãe sempre foi da casa, muito da casa. Por causa disso tinha mania de perfeição. Queria que todo o dia a gente tirasse o pozinho da casa, tivesse tudo organizadinho! E gente, uma casa com 3 crianças”?! (Caroline)

Liderança

Durante toda a entrevista, Ana assumiu a liderança de maneira fixa. Várias vezes desconsiderou as opiniões do marido quando este tentava tomar uma posição de destaque no diálogo e corrigiu as respostas emitidas por Caroline.

Como pode ser comprovado pelas vinhetas abaixo, a liderança na família sempre teve um caráter autocrático. Até mesmo o pai, que permanece quieto e pacífico na entrevista, demonstra, implicitamente, uma postura autoritária em relação às filhas, que temiam sua reação aos brinquedos bagunçados quando voltava para casa após o expediente.

“Elas brincavam de desfilas e quando viam: o pai tá chegando! Aí colocavam tudo em baixo da cama”! (Mãe)

“Tu era de querer tudo arrumadinho, de mandar, tu era perfeccionista! Ele era perfeccionista só que ele (pai) trabalhava no banco, chegava em casa, ia assistir o jornal e ia dormir. E nós éramos três crianças! Realmente 3 crianças tem que bagunçar, eu me lembro que a gente ficava assim...” (Caroline para a mãe)

Conflitos

A família apresenta um alto grau de conflitos, que são expressos basicamente por Ana e Caroline. Todavia, os problemas são negativamente valorizados, muitas vezes expostos com o objetivo de agredir ou de demonstrar a incompetência de outro membro e não de buscar soluções adequadas. Ao contrário, durante a entrevista, nos momentos em que um conflito expresso gerava discussão e ameaçava, assim, a aparente harmonia familiar, Ana buscava, rapidamente, mudar o foco do assunto.

Manifestação da agressividade

A manifestação da agressividade é presente de forma muito intensa e destrutiva na família. Apesar de afirmarem que nunca houve nenhum tipo de agressão física, os membros contradizem suas afirmações, como pode ser observado nas vinhetas abaixo.

Além disso, a manifestação de conteúdos agressivos não possui uma direcionalidade adequada, visto que Ana expressa sentimentos hostis em relação ao marido e este é incapaz de reagir. Ainda neste sentido, quando Caroline tenta demonstrar hostilidade em relação à mãe, tal comportamento é rechaçado por Ana, que muda de assunto e passa a elogiar a filha, como forma de tentar manter uma imagem de mãe irrepreensível.

“Se alguém me empurra acho que eu chamo de idiota, dou outro empurrão e vou abrir a porta educadamente”. (Mãe)

“Se tinha o banheiro do lado, por que ela vomitava nos potes e colocava nos lugares onde a gente achava?! Eu achei muito estranho, aquele dia eu falei para ela, eu vou te bater, se eu pegar mais uma vez tu vomitando pela casa eu vou te dar uma surra como tu nunca apanhou”! (Mãe)

Afeição física

A afeição física é presente no sistema, embora voltada, na maior parte das vezes, para o bebê, como pode ser observado na primeira vinheta abaixo. Entre o subsistema conjugal, porém, os gestos afetivos são inexistentes e há um claro rechaço de Ana em relação ao marido.

Ana confessa que, como sempre foi muito ocupada com as tarefas domésticas, não encontrou tempo para dar carinho às meninas. Jorge, da mesma forma, nunca dedicou atenção à família, visto que trabalhava no banco até a noite e, quando chegava em casa, ia direto ler o jornal e dormir.

Outro aspecto importante que pôde ser verificado foi a carga emocional inadequada que permeou os relatos e atitudes da família durante a entrevista. A família aborda os transtornos que acometem Jorge e Caroline com uma naturalidade exagerada, sem aparentar nenhum sofrimento.

Entrevistadora – Agora eu queria que vocês demonstrassem para uma ou mais pessoas da família, o quanto gostam dela, sem dizer nenhuma palavra.

Caroline beijou e abraçou muito sua filha.

A mãe mandou um beijo de longe para todos e brincou com a neta.

O pai pegou a neta no colo e beijou sua testa.

“Então eu cuidava delas e da casa, então aí eu não tinha tempo de outra coisa. Então eu não criei elas assim, sem aquela atenção, uma coisa meio corrida”. (Mãe)

Interação conjugal

A vinheta a seguir, uma das primeiras falas de Ana na entrevista que foi repetida em vários momentos, demonstra a desvalorização e agressividade da esposa em relação a seu cônjuge. Na família, o subsistema conjugal é indiferenciado na medida que o casal não se destaca no sistema e relata não ter uma união gratificante. Ao mesmo tempo, não há individualização entre Ana e Jorge, o que pôde ser percebido pelas inúmeras situações em que a esposa responde pelo marido e corrige suas idéias.

“O meu marido tem depressão e síndrome do pânico”! (Mãe)

Individualização

O sistema denota incapacidade em preservar identidades individuais e funções específicas de cada um dos membros. Jorge parece ser o membro mais prejudicado neste

sentido, muito dependente das opiniões da esposa e da filha e impossibilitado de exercer uma postura ativa na família. Outro aspecto que chama a atenção é a relação aglutinada entre Ana e Caroline. A mãe parece saber de todos os detalhes da vida da filha e responde, muitas vezes, às perguntas no lugar da adolescente. Tal padrão disfuncional pode ser ilustrado pela vinheta abaixo:

Entrevistadora - Agora eu queria que cada um dissesse o que mais gosta em si mesmo.

Mãe - Comunicativa com as pessoas, acho que é isso aí, ela (Caroline) é boa ouvinte, é boa conselheira, as pessoas procuram bastante ela. (Respondeu pela filha)

Integração

A família tenta passar uma imagem de união e superação de conflitos, acreditando que estes são vencíveis pelo auxílio divino e amor que marca a convivência de seus membros. Em realidade, no entanto, o sistema não pode ser considerado como coeso, visto que não apresenta uma identidade grupal, nem mesmo a capacidade de atuar em conjunto e de buscar metas comuns.

Entrevistadora - Como é um dia de feriado na família?

Mãe - Geralmente se é um dia de feriado que a gente vai fazer uma coisa diferente dá briga. É assim ó, ninguém quer fazer a mesma coisa! Um quer uma coisa o outro quer outra e termina em desencontros e ninguém fazendo nada ou então se faz as coisas sozinho porque os outros não querem a mesma coisa. (Risos)

Caroline - Sei lá, dá tudo errado, alguma coisinha e pronto!

Pai - Alguém sempre arruma uma coisinha para brigar...

Auto-Estima

As vinhetas abaixo ilustram a baixa auto-estima da família. Com exceção da mãe, que se julga persistente, os outros membros expressam dificuldade em dizer o que apreciam em si mesmos. Ana assume que nunca enfatizou os aspectos positivos das filhas, discurso este que confirma a percepção das pesquisadoras durante a entrevista, de uma certa competitividade da mãe em relação à filha. Todavia, o membro que apresenta menor

auto-estima é Jorge, nitidamente abalado e decepcionado por ter sido demitido de seu emprego. Tais sentimentos de desvalia e derrota são compactuados pelos demais membros, que delegam para Jorge um papel desvalorizado no sistema.

Entrevistadora - Agora eu queria que cada uma de vocês dissesse a coisa que mais gosta em si mesmo.

Mãe - Eu gosto é de assim, dificilmente eu desisto de alguma coisa.

Pai - Xiiiiii...

Mãe - Comunicativa com as pessoas, acho que é isso aí, ela (Caroline) é boa ouvinte, é boa conselheira, as pessoas procuram bastante ela!

Caroline - Eu também não sei, não tem algo que eu goste mais... ser mãe, amamentar? Mas não é uma coisa que eu goste em mim...

Entrevistadora - E o senhor?

Pai - Não sei, acho que eu sou paciente, bom avô. Mas agora não tenho nem ânimo de sair, ando cansado...

“Não é por ser minha filha, mas eu acho muito errado pais que não vejam o erro dos filhos, que só vejam as qualidades. Eu acho que eu errei porque de tanto ver os outros pais botarem a mão por cima e fazer de conta que não enxergam o erro dos filhos, eu acho que eu expus mais os defeitos delas do que as qualidades. Mas eu acho que eu deveria elogiar mais do que cobrar mais. Às vezes eu tenho impressão que a auto-estima delas ficou muito baixa. Eu reconheço bem os defeitos delas, só que eu acho que devia elogiar desde pequenas”. (Mãe)

Interação familiar

A partir da avaliação das dimensões acima, acredita-se que a interação familiar é dificultadora de saúde emocional, impossibilitando o desenvolvimento sadio dos membros individualmente e da família como um todo.

3.3.3 Escalas de Responsividade e Exigência Parental

Caroline percebe sua mãe como indulgente. Este estilo parental é caracterizado por altos níveis de afeto, tolerância e complacência (Glasgow, Dornbusch, Troyer, Steinberg & Ritter, 1997) e, ao mesmo tempo, por pouca exigência, monitoramento e imposição de limites (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994). Acredita-se que Ana pode ser considerada indulgente em atitudes como permitir, por exemplo, que a filha permanecesse a maior parte do tempo que esteve doente sem tratamento, ou em períodos em que deixava de controlar Caroline e “fingia” acreditar que esta estava curada, oferecendo apenas afeto e compreensão. Todavia, o suposto carinho e complacência materna nessas situações não podem ser vistos como positivos, visto que não favorecem o desenvolvimento sadio da filha e sua recuperação. Ao mesmo tempo, percebe-se, embora mascarado, um alto grau de autoritarismo na mãe, que exerce um controle demasiado sobre Caroline em questões que não lhe dizem respeito.

A adolescente considera Jorge negligente, estilo parental determinado por pouca exigência e afeto. Os pais negligentes não desenvolvem o papel de agentes socializadores nem investem na criação e desenvolvimento das crianças. Geralmente estão mais interessados em suas próprias necessidades do que nos desejos e sentimentos dos filhos, não proporcionando, assim, apoio emocional nem controle de seus comportamentos. (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994). Tal estilo corresponde à postura adotada por Jorge, que assume ter dedicado sua vida às questões profissionais e delegado à esposa a educação e o convívio com as três filhas.

Em contraste às respostas de Caroline, ambos os pais se percebem como autoritativos, estilo parental considerado por Baumrind (1971) como o mais adequado na educação de adolescentes. Acredita-se, porém, que esta percepção está ligada à necessidade das famílias anoréxicas de manter a imagem de um relacionamento harmonioso e satisfatório (Hercovici e Bay, 1997), o que pôde ser confirmado através da análise dos demais instrumentos respondidos pelos membros.

3.3.4 Entrevista de Práticas Educativas Parentais

A partir da análise do conteúdo das respostas emitidas pelos pais às situações componentes da Entrevista de Práticas Educativas Parentais, foram classificados três tipos de práticas: indutivas, coercitivas e negligentes. A seguir, são apresentadas, nas Tabelas 7,

8, 9 e 10 as respostas de Ana e Jorge para as situações difíceis e estruturadas, suas reações frente a essas situações, as reações de Caroline e os tipos de práticas educativas parentais.

Tabela 7. Respostas de Ana sobre as situações difíceis.

| Situação difícil | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|--|--|---------------------------|
| 1- Quando precisa controlar a alimentação da filha e quando a filha está de mau-humor | Controla/ tenta ser tolerante | Reage brigando | Coercitiva/ indutiva |
| 2 - Falta de controle da doença | Em alguns períodos controla a alimentação da filha e em outros tenta acreditar que está tudo bem | Não aceita o controle e quer morar sozinha | Coercitiva/ negligente |
| 3 - Sexualidade e gravidez e mudança nos valores morais da filha | Aceitação em um primeiro momento/ autoritarismo (fez acabar o namoro) | Decepção com namorado | Indutiva/ coercitiva |

Tabela 8. Respostas de Ana às situações estruturadas.

| Situação estruturada | Ocorrência | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|-------------------|---|---|-------------------------|
| 1 - Mentira | Já aconteceu | Ficou chocada/conversou/xingou | Continua mentindo | Indutiva/ coercitiva |
| 2 – Baixo rendimento | Nunca aconteceu | Não imagina que isso pudesse acontecer | Não imagina | - |
| 3 – Álcool e drogas | Nunca aconteceu | Controlaria | Acredita que a filha não daria esse problema | Coercitiva |
| 4 - Postura e atitudes da mãe em relação a questões sexuais | | Desde a infância tratou o assunto com naturalidade, abertura e sem tabus/ sempre orientou bem/ ensina que “sexo por sexo” é prostituição/ pediu exame de HIV ao namorado da filha | Engravidou pois estava com os valores invertidos/ com a doença desenvolveu compulsão por sexo/ pensa que filha não usou preservativos porque é “cabeça oca” | Indutiva/ coercitiva |

Com base nas categorias propostas para a avaliação da Entrevista de Práticas Educativas Parentais, a maior parte das respostas emitidas pela mãe foi classificada como coercitiva e indutiva. Todavia, através da análise dos relatos de Ana, percebe-se, na realidade, a utilização maciça de técnicas coercitivas na educação de Caroline. A própria mãe assume que sempre utilizou estratégias de caráter autoritário com a filha, mas que, atualmente, depois de muitos conflitos, percebe que esta não é a melhor forma de lidar com Caroline, como descrito na vinheta a seguir:

“Ultimamente a gente vai aprendendo a deixar passar, entender ela, porque daí durante a vida dela eu tentei várias formas de lidar com ela forçando e a melhor forma é com carinho, não dá para bater de frente, não dá”! (Mãe)

Apesar disso, durante a entrevista, sempre que Ana alega conversar com a filha, em seguida se contradiz e demonstra autoritarismo e controle intenso sobre ela. Tal padrão coercitivo pode ser verificado, por exemplo, na resposta dada à situação difícil 3, na qual, em um primeiro momento a mãe afirma ter incentivado a filha e o namorado para que morassem juntos e, apenas dois dias antes que isso acontecesse, colocou Caroline frente a frente com uma suposta amante do genro:

“...ainda com esse namorado que ela tinha compulsão por sexo, ela não via como ele era, ele manipulava ela, mostrava uma coisa que ele não era. Foi difícil mostrar para ela, hoje ela vê, tanto que quando ela estava grávida eu conversei com eles e disse que se eles quisessem ficar juntos que fossem morar em outro lugar, comprei tudo para ela e disse que deveriam assumir a vida deles. Eu sabia que ele tinha outra mulher e dois dias antes deles irem embora eu coloquei minha filha e a outra mulher frente a frente e ela descobriu tudo sobre ele e acabaram a relação. Hoje ele tem uma senhora e manipula ela e se aproveita de uma senhora de 89 anos”! (Mãe)

Também na última questão do instrumento podem ser apontadas algumas contradições nos relatos de Ana, nos quais a mãe tenta demonstrar uma postura indutiva, mas acaba se mostrando coercitiva. Ao mesmo tempo que Ana afirma sempre ter orientado as filhas quanto a questões sexuais, sem tabus ou preconceitos, alega que ensinou-as, desde

a infância, que “sexo por sexo é pecado, é prostituição”. Além disso, em um primeiro momento diz que Caroline é muito bem informada sobre métodos anticoncepcionais e que só engravidou porque teve seus valores morais invertidos em função da doença. Todavia, em seguida expõe que Caroline não usou preservativos por ser “cabeça oca”, repetindo essa expressão de forma agressiva várias vezes. As próprias atitudes de Caroline em reação às estratégias coercitivas adotadas pela mãe denotam sua ineficiência e inadequação.

Tabela 9. Respostas de Jorge sobre as situações difíceis.

| Situação difícil | Reação do pai | Reação da filha | Tipo de prática |
|--|---|-------------------------|------------------------|
| 1 - Quando a filha vomita em artigos da loja | Acha complicado, tenta conversar, mas deixa a esposa resolver | Não dá abertura ao pai | Indutiva/negligente |
| 2 – As relações sexuais promíscuas da filha | Não interfere/ até tente orientar | Conversa mais com a mãe | Indutiva/negligente |
| 3 - Nenhuma | - | - | - |

Tabela 10. Respostas de Jorge às situações estruturadas.

| Situação estruturada | Ocorrência | Reação do pai | Reação da filha | Tipo de prática |
|-----------------------------|-------------------|--|--|------------------------|
| 1 - Mentira | Já aconteceu | Já teve diversas atitudes, desde xingar até ignorar | Desconfiança/ não assume os erros/ acha que todos estão contra ela | Coercitiva/negligente |
| 2 – Baixo rendimento | Nunca aconteceu | Até tentaria conversar, deixaria a esposa tomar providências | Não sabe, pois conversa raramente com a filha | Indutiva/negligente |
| 3 – Álcool e drogas | Nunca aconteceu | Orientaria ou procuraria ajuda de um profissional ou da igreja | Não sabe por que não tem o costume de conversar | Indutiva/negligente |

| | | | |
|---|---|---|----------|
| 4 - Postura e atitudes do pai em relação a questões sexuais | Sempre orientou que “tudo deve ser feito com amor” e que as filhas podiam fazer o que quisessem desde que com responsabilidade/ relata que já foi infiel à esposa | É bem orientada neste sentido, só engravidou porque vomitou a pílula anticoncepcional | Indutiva |
|---|---|---|----------|

Durante a aplicação deste instrumento, percebeu-se o grau severo de depressão que acomete o pai de Caroline, além do quanto este se sente sozinho e tem necessidade de conversar sobre si próprio. Jorge falou muito pouco sobre a filha, pois em todas as questões acabava contando um pouco de seu sofrimento e decepção por ter sido demitido do emprego e por ter uma relação conjugal insatisfatória.

Mesmo com poucos comentários referidos às formas com as quais lida com Caroline, pôde-se perceber claramente que o pai utiliza predominantemente estratégias negligentes na educação da filha. Na análise de conteúdo, classificaram-se muitas de suas respostas como indutivas, visto que Jorge alega, em todos os seus relatos, que tenta dialogar com a jovem. Todavia, sempre depois de afirmar que busca orientar ou conversar com Caroline, assume que costuma delegar essa função para a esposa e que este já é o padrão de comunicação estabelecido na família, do qual é excluído.

“Para te dizer a verdade tá complicado! Eu dediquei a minha vida pro banco e agora fui demitido em função de cortes, da recessão... E depois disso foi brabo, nós passamos por uma crise grande e agora graças a Deus tá tudo melhor. Conquistamos essa casa, a fé... E eu não entro muito, mais é com a minha esposa que comanda tudo...” (Pai)

“Como eu te digo, eu não tô bem, tenho depressão e pânico. Eu tento até conversar, mas elas não dão abertura...” (Pai)

“A gente também não pode se meter (na educação de Caroline). Minha vida não anda fácil, perder a estabilidade com tantas responsabilidades, é difícil... E a minha

esposa me cobra... Até as questões de casal não andam fáceis, há muito tempo... Mas Deus nos mantém unidos, a família deve se manter unida, é a base". (Pai)

3.3.5 Discussão final do Caso 3

Nos primeiros momentos de contato com o sistema, este se apresenta como uma família típica, dando idéia de um funcionamento ideal (Minuchin & Fishman, 1984). Os membros buscam estabelecer um clima agradável, mostrando interesse em saber como havia sido a viagem até Santa Catarina e qual a formação acadêmica das pesquisadoras. Em seguida, questionam se estas não gostariam de beber ou comer algo. Neste momento, a ligação da família com a alimentação já pode ser verificada. No decorrer do processo, constata-se que, além de Caroline ser acometida de anorexia bulímica, sua irmã caçula realiza dietas freqüentes e sua irmã mais velha desempenha uma atividade profissional ligada à nutrição. Conforme descrito por Miermont e colaboradores (1994), questões alimentares ocupam um lugar importante no sistema familiar anoréxico, sendo que geralmente a paciente não é a única pessoa que dá muita atenção à comida. Segundo os autores, algum membro pode ter manias alimentares, outro fazer dietas ou trabalhar em atividades culinárias. Hercovici e Bay (1997) concebem que, além de transtornos alimentares, é comum a existência de doenças clínicas ou psiquiátricas nas famílias anoréxicas, o que pode ser constatado em Jorge, acometido de depressão e transtorno do pânico e em Caroline, que durante a infância apresentou uma série de sintomas fóbicos e obsessivo-compulsivos.

Apesar de ter desenvolvido a anorexia nervosa a partir de uma dieta restritiva, como muitos pacientes, Caroline passou a apresentar episódios de comer compulsivo (Nunes & Ramos, 1998) e, com o intuito de compensar tais orgias alimentares, começou a utilizar métodos de purgação, abusando de laxantes e diuréticos e provocando vômitos (Winokur & Clayton, 1986). Assim, diferentemente das três outras meninas participantes deste estudo, acometidas de anorexia restritiva, Caroline tem o diagnóstico de anorexia bulímica. A literatura aponta, em famílias de pacientes com anorexia bulímica, um maior desengajamento e maior desorganização do que aquelas com pacientes restritivos (Hercovici & Bay). Neste trabalho, tal concepção é confirmada, visto que a família de

Caroline apresenta mais conflitos e um ambiente mais patológico do que os demais sistemas estudados. Neste contexto, o estudo de Fornari, Wlodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel e Katz (1999) indica que sujeitos com bulimia nervosa demonstram um funcionamento familiar mais disfuncional do que indivíduos com anorexia nervosa restritiva. Na mesma linha, com o objetivo de encontrar associações entre a presença de histórico familiar patológico e a instalação de transtornos alimentares, Pantano, Grave, Oliosi, Bartocci, Todisco e Marchi (1997) estudaram pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa, mas não encontraram diferenças significativas entre os dois transtornos no que diz respeito a doenças mentais parentais. Todavia, a presença de comportamentos de purgação, que pioram o prognóstico, estava associada a ambientes familiares mais patológicos. O estudo de Tachi (1999), descrito detalhadamente no capítulo 1.4 da Introdução, aponta para ambientes familiares típicos nos transtornos alimentares: de coesão e emaranhamento para os pacientes com anorexia restritiva, coesão intermediária para anorexia bulímica, desengajamento em pacientes bulímicos e desengajamento grave em pacientes com *binge eating*. Deste modo, o autor propõe uma associação entre o ambiente familiar emaranhado e a severidade da restrição alimentar e, conseqüentemente, entre o ambiente familiar desengajado e a compulsão alimentar.

Em relação a este padrão de desconexão familiar apontado pela literatura e verificado no presente estudo, cabe retomar as respostas de Caroline às Escalas de Responsividade e Exigência Parental. A jovem percebe a mãe como indulgente e o pai como negligente, classificações que podem ser associadas ao desengajamento entre os membros, na medida em que a exigência e o afeto são transmitidos para o subsistema filial de forma pobre e inadequada.

Além do desengajamento do sistema, um aspecto central que pôde ser verificado durante todo o processo é a superficialidade da interação familiar. Chama atenção a falta de afeto com que os membros, principalmente Ana, encaram a doença de Caroline. A mãe repete constantemente a expressão “anorexia-bulimia”, como se falasse de uma doença bem mais simples do que esta se constitui. Abaixo, são transcritas algumas vinhetas com o objetivo de aclarar o baixo nível de envolvimento emocional existente na família. A primeira trata-se de um trecho da Entrevista Inicial em que Ana relata ter levado a filha a uma psicóloga, por considerá-la “depravada” e que simplesmente tornou-se fria com a filha,

pois entendeu que o afastamento sugerido não permitia nenhum tipo de carinho. Outra situação que demonstra a superficialidade é exposta na segunda vinheta. Quando questionado sobre uma situação difícil de lidar com a filha, Jorge conta que fica constrangido quando esta regurgita em artigos expostos na loja, pois teme que algum cliente possa se deparar com o vômito. Tal resposta demonstra que a preocupação do pai refere-se mais à repercussão social do que ao problema dos episódios bulímicos da menina.

Mãe - Eu notei que ela tinha dificuldades em relação a sexo. Ela começou a criar seio, ninguém podia encostar nela, se colocasse a mão na perna dela ela tirava. Eu tinha um cachorrinho e ela ficou com nojo do cachorro. Tinha ciúme também da irmã quando ela começou a namorar, ciúme, nojo, raiva. Eu achava ela depravada. Aí ela foi na psicóloga e a psicóloga pediu que eu me afastasse dela para ela ter o namoro com o pai que ela não teve. Daí ela se revoltou comigo, porque a gente tava sempre se abraçando, beijando tanto ela como as outras. Mas como a psicóloga pediu eu me afastei dela e deixei porque ele não era um pai muito presente que brincasse com elas.

Entrevistadora - A senhora se afastou repentinamente ou chegou a conversar com a Caroline?

Mãe - Não, não. Fiz o que a psicóloga mandou. Simplesmente me afastei mesmo. E às vezes ela chorava desesperada, implorava, mas eu tinha que ser fria né? E aí na adolescência ela ficou com uma revolta e começamos a brigar muito. Aí ela começou a brigar comigo, a gente brigava muito, todos...

Entrevistadora - Há alguma situação que o senhor ache difícil lidar com a Caroline?

Pai - Olha, são tantas! Ah, não sei... Essa história de ela ficar vomitando por tudo, até atrás dos brinquedos da loja já foi, isso complica... Depois vai alguém lá...

Até mesmo quando relata sobre o possível falecimento da filha, na primeira citação a seguir, Ana o faz como se contasse a história de outra pessoa qualquer, encarando o fato com naturalidade, sem mágoas ou ressentimentos. O uso da palavra “guria” para se referir à filha é acompanhado de uma entonação inadequada e sem carga emocional. Além disso, como pode ser observado na segunda vinheta abaixo, a mãe fala como se Caroline tivesse

sido internada, ou segundo ela “largada” na clínica por outrem, isentando sua responsabilidade pelo fato. A permissão de que a menina ficasse três dos cinco anos em que permaneceu acometida de anorexia nervosa sem nenhum tipo de tratamento também é um indício da negligência parental.

“Nesse dia que ela me contou (que estava curada), antes, de manhã, até eu achei que ela fosse morrer: eu vou lá ver essa guria e eu vou encontrar ela morta e realmente eu estava me preparando para ver ela morrer. Deus tava me mostrando que ela não ia durar muito tempo, não ia mesmo e eu comecei a pensar: o que eu fiz pela minha filha? Eu deixei a guria morrer! (Mãe)

“Ela queria era se esconder do mundo e foi largada naquele mundo de drogados, suicidas, loucos!” (Mãe)

Como parte da desorganização descrita acima, o sistema familiar apresenta fronteiras difusas (Minuchin, 1982). Esta transgressão de limites é especialmente disfuncional na interação de Ana e Caroline. A mãe invade a vida íntima da filha, como pode ser verificado pela primeira vinheta abaixo, quando permitiu o relacionamento da adolescente mediante um exame de HIV do namorado. Além disso, em vários pontos da coleta de dados, respondeu às questões perguntadas à Caroline e comentava assuntos pessoais que deixavam a filha envergonhada.

“Ela engravidou deste porque os dois eram cabeças ocas. Quando o pai da filha dela começou a namorar com ela ele trouxe um teste de HIV que eu pedi e nos mostrou, mas mesmo assim a gente sempre orientava que usassem camisinha, mesmo assim não usaram. Quando ela engravidou foi feito o teste de HIV também...” (Mãe)

Mãe - Ele (enfermeiro) veio procurar ela e ela estava no quarto dopada e ela ficou em uma situação de não poder dizer não.

Caroline - Mãe, eu não gosto de falar nisso!

Jorge e Ana correspondem ao perfil de casais de famílias anoréxicas descrito pela literatura, com a configuração do marido passivo, silencioso, que aceita tudo e aparenta ser incapaz de impedir os comportamentos invasivos, irritantes e controladores da esposa (Selvini Palazzoli, 1990). Jorge não manifesta sentimentos agressivos por ninguém, demonstrando submissão à esposa, que conduz o sistema de forma autocrática e muitas vezes negligente. Cabe salientar que, apesar de ser ausente na família, todos os membros concordam que Jorge sempre foi muito perfeccionista e exigente em relação às filhas. Mesmo sendo muito calado e evitando brigas, impunha medo pela sua forma de ser. Ana, ao inverso do esposo, manifestava a agressividade constantemente e, segundo Caroline, “passava os dias gritando”. Na vinheta a seguir esse padrão de interação disfuncional pode ser vislumbrado:

“Eu estava sempre procurando um motivo para brigar, brigávamos dia e noite. Trabalhávamos em horário separado. Qualquer coisinha era motivo para agredir e brigar”. (Mãe)

“Eu sempre tive mais medo do meu pai, mas ele sempre foi de não mandar muito, não se metia em nada, mas quando ele falava – raramente - impunha medo. Já a mãe não! A gente vivia brigando, ela passava os dias gritando”. (Caroline)

Durante todo o processo, pôde-se perceber também a fragilidade de Caroline e o quanto é dominada pelas idéias e conceitos de sua mãe. Tal fragilidade pode ser relacionada às concepções de Bruch (1973), que descreve, nas anoréxicas, uma "sensação paralisante de ineficácia", atribuída à incapacidade dos pais em favorecer a autonomia e a expressão de si mesmo às filhas. Segundo a autora, a anorexia representa uma busca desesperada de tomar posseção do próprio corpo e da identidade, bem como uma tentativa de domínio de quem se sente bastante desamparada. A vinheta abaixo confirma tal idéia:

Entrevistadora - O que tu achas que ias ter de ganho ficando magra, o que tu achas que ia ter de bom?

Caroline - A gente fica mais bonita, mais confiante, mais confiança, mais controle, mais controle sobre a minha vida.

Outro tópico que chama a atenção durante a coleta de dados é a questão de Caroline ter uma vida sexual bastante ativa. Ana e Jorge afirmam que a jovem desenvolveu o que denominam "compulsão por sexo" após a instalação da anorexia nervosa, quando teve seus valores "invertidos". No entanto, a mãe confessa que considerava a menina "depravada" quando criança. Além disso, o fato de não utilizar preservativos nas relações sexuais, que levou à gravidez, somado ao suposto abuso sexual sofrido por um enfermeiro, são comportamentos típicos de bulímicas descritos pela literatura. Neste sentido, Cordás e Busse (1995) percebem estas pacientes como mais ativas sexualmente, salientando que muitas vezes apresentam condutas promíscuas.

Apesar de todos os problemas enfrentados por Caroline, percebe-se que a jovem é bastante idealizada pelo subsistema parental. Segundo Bruch (1973), os pais de meninas anoréxicas costumam considerá-las como especialmente dotadas, o que pode ser constatado nas três primeiras vinhetas abaixo. Na entrevista de Práticas Educativas Parentais, Jorge teve dificuldades em encontrar situações difíceis de lidar com a filha, elogiando-a constantemente. Ao responder o mesmo instrumento, Ana também não foi capaz de imaginar como lidaria com a filha em algumas situações, por exemplo, se esta baixasse o rendimento escolar, visto que acredita que isso nunca aconteceria porque suas filhas são exemplares. Além disso, os relatos familiares denotam a importância dada à beleza e a estética na família, o que pode ser observado na última citação abaixo. Neste sentido, a família pode ser incluída nas concepções de Fasolo e Diniz (1998). As autoras percebem as figuras parentais de adolescentes com anorexia como muito exigentes e possuidoras de altas expectativas em relação às filhas, esperando que sejam passivas, carinhosas e que correspondam ao padrão estético vigente.

“Eu não sei como ela (Caroline) era tão forte, porque ela trabalhou até o dia de internar! Mas ela só trabalhava e voltava para a cama. Todas as minhas filhas são muito trabalhadeiras. Ela sempre foi muito responsável, muita força de vontade! Se fosse outra

acho que nem estaria aqui hoje, ela lutou mesmo! É incrível o ela lutou, tanto que ela aceitou ser internada para poder descansar”. (Mãe)

“Ela (Caroline) era organizada. Sempre foi muito responsável, muito adulta, no colégio era responsável”. (Mãe)

“Todos acham ela a mais bonita das minhas filhas, a mais simpática, mas não adiantou, ela sempre teve esse problema, se tivesse acontecido um fato de dizerem que ela era feia, gorda mas não, era um problema dela mesma” (Mãe)

“Eu sempre fui meio de comer besteira, então era meio controlado assim. Meu pai, por exemplo, antes de eu ficar gorda, nunca esqueço! As pessoas almoçando e ele: “tu vai tomar isso vai ficar gordinha hein?! Tu não quer emagrecer? E vai comer isso aí e não sei o quê...” (Caroline)

No decorrer do encontro, o único tópico que gera concordância e participação de todos os membros é a suposta cura de Caroline. A família atribui a melhora da adolescente a Deus, mesmo esta tendo ocorrido concomitante ao início do tratamento psicoterápico. A recuperação completa é questionável, visto que teria ocorrido há apenas vinte dias e, segundo Jorge, no fim de semana anterior à entrevista Caroline teria tido um episódio bulímico. Entretanto, ao mesmo tempo em que a família relata a “graça alcançada” com fervor, o subsistema parental afirma que a filha ainda necessita de um longo tratamento e Caroline teme que a cura seja apenas uma fantasia.

“Se não fosse Deus nem sei...” (Mãe)

“Foi Deus que me curou, naquela hora me senti curada”. (Caroline)

“Foi uma graça alcançada, a gravidez da Júlia já tinha sido uma graça. Foi uma gestação difícil, a Caroline estava muito magra, não sei nem como ela nasceu assim tão saudável. Todos nós somos evangélicos, é daí que tiramos força”. (Mãe)

“Teve a primeira consulta, daí na segunda consulta que Deus tinha feito um milagre na vida dela e aí ela chegou e contou para a doutora, daí ela perguntou como é que foi tudo, daí ela contou que a doutora podia achar que ela estava louca mas Deus só agora abriu o coração dela, curou ela”! (Mãe)

Apesar da idealização da cura e da disfuncionalidade de todos os padrões de interação familiares estudados, acredita-se que Caroline esteja no início de uma busca pela recuperação, como pode ser observado na vinheta abaixo. A gravidez parece ter ajudado a jovem a perceber que seu estado de saúde era grave, a repensar suas prioridades e lutar contra a doença. Chama a atenção a alegria do bebê, que sorri durante toda a permanência das pesquisadoras e busca, constantemente, a atenção da mãe e dos avós, provocando o envolvimento do sistema. Júlia também parece o único motivo de alegria de Jorge, que confessa que a neta o faz ter esperança e vontade de viver.

“Eu tenho que ter um equilíbrio, fico buscando alguma coisa, porque imagina tu viver 5 anos desse jeito! Eu já nem sei mais o que é normal e o que não é. Às vezes eu penso uma coisa: mas será que é normal”? Sabe, uma coisa assim, nem eu mesma sei...”
(Caroline)

3.4 CASO 4: Família de Juliana

Juliana, de 13 anos e sua mãe, Odete, residem em uma casa simples em uma pequena cidade do litoral gaúcho. Quando convidada para participar do estudo, Odete concordou imediatamente e disse que a filha certamente aprovaria a idéia.

Na véspera da entrevista, telefonou-se para a residência da família a fim de confirmar o horário e endereço do encontro, que ficou marcado para as 14 horas. Chegou-se na hora combinada, mas apenas a mãe estava presente. Esta alegou que havia entendido “doze” (ou seja, meio-dia) ao invés de “duas” horas. Segundo a mãe, após esperar por cerca de duas horas pelas pesquisadoras, Juliana teve que ir à escola fazer uma prova de recuperação. Odete então ligou para o colégio e solicitou que após o teste, a filha voltasse

para casa a fim de participar do estudo. Todavia, a menina só retornou às 18 horas, sem saber que as pesquisadoras ainda esperavam por ela. Em função deste problema, a entrevista Inicial - que durou cerca de duas horas - foi realizada apenas com a mãe. Em seguida, esta teve que retornar à empresa da família, uma construtora, onde atua no departamento pessoal e tem como chefes os irmãos. Pediu desculpas às pesquisadoras, mas alegou não ter a “liberdade de não trabalhar durante uma tarde inteira”. Combinou-se então um encontro no escritório da empresa no fim da tarde, onde Juliana sempre encontra a mãe e, segundo Odete, “não ia poder fugir”.

A aparência física da adolescente é oposta à da mãe. Juliana tem a pele acentuadamente morena e olhos escuros, enquanto Odete possui a tez clara e cabelos loiros. Além disso, a menina demonstra ser muito tímida e notavelmente não estava à vontade em conversar sobre sua doença, enquanto sua mãe parece muito expansiva e interessada em falar sobre si.

3.4.1 Entrevista inicial

Em um primeiro momento, Odete expôs alguns aspectos relacionados ao desenvolvimento da anorexia nervosa de Juliana. A mãe relembra que inicialmente a menina passou a recusar certos alimentos, principalmente aqueles com alto valor calórico. À noite, por exemplo, só jantava uma maçã e não comia mais chocolates, seu alimento predileto. Assim, no final de janeiro (nove meses atrás) começou a emagrecer. Juliana mantivera sempre um peso adequado, mas nesta época passou a se considerar gorda.

Odete diz que descobriu a doença por ser muito atenta e observadora e que além de não comer, a filha estava se isolando. A mãe declara que notou muitas mudanças no comportamento da garota, que antes era risonha, simpática, ativa e cumpria todos os seus compromissos. Comenta orgulhosa que a menina chegou a fazer um curso de Liderança Juvenil na igreja e que tinha uma personalidade forte até os cinco anos de idade, quando os pais se separaram. A partir daí se tornou mais retraída e passou a fazer “manha”, embora na época pareça ter lidado bem com a separação. Apesar disso, era muito esperta e inteligente quando criança. Odete lembra alegremente que a psiquiatra lhe informou que pacientes anoréxicos geralmente possuem um QI alto. Juliana sempre foi uma ótima aluna,

e mesmo alcançando boas notas na escola, cobra para si a perfeição. Tal fato é explicado pela mãe através do horóscopo. Alega que ambas são “virginianas”, signo de indivíduos muito exigentes consigo mesmos. Hoje, porém, a menina é considerada rebelde, geniosa e relapsa no que diz respeito às tarefas escolares, precisando da ajuda da mãe para fazer os temas e trabalhos. Neste sentido, Odete descreve exaustivamente todos os esforços que tem feito para que os professores compreendam a condição delicada em que sua filha se encontra. Declara que na escola todos sabem que ela tem anorexia, mas que muitos não entendem a doença e acham que a menina faz “manha”. Contraditoriamente, a mãe conta uma situação em que a filha “fez chantagem”, quando ligou de um orelhão da escola pedindo para ir para a casa, pois estava se sentindo tonta. Odete, afirmando que já não fica mais apavorada como antes, mandou a menina “tomar um comprimido” e voltar para a aula, pois, segundo a psiquiatra atual da garota, ela deve ser firme e xingar a garota em algumas situações. Quando Juliana estiver tomando laxantes, por exemplo, a orientação da especialista é para que a mãe diga que estes medicamentos fazem mal à saúde e que são caros. Neste sentido, Odete teme que a filha fique constrangida por estar fazendo a mãe ter muitos gastos, mas acredita que ela tem que saber os valores e fazer a sua parte, pois nesses cinco anos de tratamento já “foi muito dinheiro”, o que impossibilitou a reforma da residência.

A primeira atitude de Odete foi levar Juliana a uma psicóloga da cidade vizinha. A mãe relata que a profissional fez com que ela se sentisse culpada por ter levado a filha de apenas 12 anos a um ortodontista, com a justificativa de que a colocação de um aparelho nos dentes poderia dificultar a ingestão de alimentos. Enfatizou ainda que a jovem não tinha anorexia, e sim “algo passageiro” e que a melhor conduta seria a de deixá-la não comer se não quisesse. Além disso, por seguir a religião espírita, ao contrário de Odete que é católica, essa psicóloga concluiu que Juliana estava sob a influência de espíritos. Odete confirma que a filha, na fase mais crítica da doença, enxergava e conversava com a avó materna já falecida e, por isso, tinha intensas crises de choro, mas acredita que tais fenômenos eram alucinações decorrentes do estado de inanição em que ela se encontrava.

Neste período, Odete se sentia muito sozinha, sem ter ninguém para conversar. Marcos, seu ex-marido e pai de Juliana, só lhe dizia para ter calma e sua irmã alegava que Odete “não tinha Deus”. A mãe afirma que a única atitude que tomava muitas vezes era

rezar, colocar a mão na cabeça da filha e invocar o Espírito Santo, o que acalmava a menina. Chegou a pensar em chamar um padre carismático, mas concluiu que Juliana poderia se assustar. Pediu então à ministra da eucaristia da paróquia que fosse até sua residência abençoar a garota, pois esta só tinha “pensamentos negativos”, chegando a pedir para morrer e confessando que gostaria de ser atropelada por um carro. Odete se contradiz neste sentido, pois em alguns pontos da entrevista nega que a filha tenha falado em se matar e, em outros, conta que esta já pensou em suicídio. Um dos episódios que relatou neste sentido refere-se ao dia em que encontrou uma faca grande atrás da porta do quarto de Juliana, que confessou que queria usar o instrumento para se matar. A mãe então lhe disse que já havia enfrentado muitos problemas, mas nunca chegou a pensar em “abandonar a vida”!

A mãe acredita que o início da doença pode estar relacionado à mudança de escola no último ano e especialmente a conflitos da garota com Marcos. Juliana costumava ter um bom relacionamento com o pai até que, em janeiro, presenciou uma briga entre ele e sua segunda esposa, Marlene, com quem vive há oito anos. A adolescente estava na casa da família e Marcos saiu sozinho muito irritado e colidiu o automóvel com outro veículo, o que gerou uma discussão com sua mulher. Odete expõe que Juliana presenciou o fato e ficou apavorada, pedindo à mãe que lhe buscasse. Conta também que a filha não aprova o segundo casamento do pai, visto que não gosta de sua esposa e sente ciúmes da filha de Marlene, que tem a sua idade e mora com o casal.

Segundo Odete, Juliana não sabe “dividir” o pai. Neste sentido, assume que a menina, por ser filha única, foi mais mimada do que o normal na infância. Além disso, por ter os pais divorciados, a garota deteve a atenção da mãe, que dedicava todo o seu tempo livre a ela. Odete relata que até teve alguns namorados por períodos curtos, mas que ela e a filha sempre foram companheiras. A mãe refere que ainda hoje é muito ligada à Juliana. Apesar da casa em que moram ter dois quartos, ambas dormem no mesmo aposento. Além disso, sempre que começava a gostar de um menino na escola, a garota contava para Odete.

Há alguns meses atrás, Juliana começou a namorar, mas logo terminou o relacionamento. Segundo a mãe, a própria menina percebeu que ainda não tinha idade para namorar e sim para “ficar”. Odete conta que deu uma “certa abertura”, pois conhecia o rapaz e percebia que ele poderia ajudá-la no tratamento. Apesar de permitir que o menino

freqüentasse a casa, a mãe ressalta que conversava muito com a filha, solicitando que “maneirasse” pois era “muito nova”. Já Marcos foi radicalmente contra o namoro, chegando a ameaçar terminar ele próprio com o relacionamento caso a filha não o fizesse. Odete o considera muito rígido em muitas situações.

Voltando ao desenvolvimento da anorexia nervosa, Odete diz que até a adolescência, a filha nunca teve nenhum problema de saúde. Porém, há dois anos, quando participava do coral da cidade, o professor percebeu que a aluna tinha uma alteração séria na voz. Apesar de achar que o músico estava exagerando, a mãe levou Juliana a um especialista, que diagnosticou um nódulo nas cordas vocais. Segundo o médico, este nódulo poderia crescer e evoluir para um câncer, motivo pelo qual o tratamento era fundamental. A garota precisou se submeter a sessões de fonoaudiologia e tomar uma medicação durante dois anos seguintes, período no qual a mãe alega que “gastou muito”.

Apesar de o nódulo não ter desaparecido, Odete suspendeu o tratamento para que a filha colocasse o aparelho ortodôntico, pois alega que “tudo junto seria dispendioso”. Neste período, a mãe começou a perceber que a menina não estava se alimentando bem e, concordando com a psicóloga, pensou que este fato poderia estar ligado ao aparelho, hipótese que foi descartada pela dentista. Nos quatro meses seguintes, Juliana passou a recusar todo tipo de alimentos. Desta forma, várias vezes se sentiu mal na escola, chegando a ter sido levada para o hospital como decorrência de um desmaio. Em função disso, Odete levou a filha ao médico que a acompanhava desde a infância, um renomado pediatra da região. Apesar de a mãe afirmar que suspeitava de anorexia nervosa, tendo em vista que pesquisou sobre a doença na internet e percebeu que os sintomas da filha correspondiam a vários dos critérios diagnósticos, o especialista afirmou que “era coisa da idade”. Mesmo assim, encaminhou Juliana a uma psiquiatra da cidade. Esta alegou não estar apta para atender a adolescente, na medida que o tratamento para transtornos alimentares deve ser conduzido por uma equipe interdisciplinar, serviço disponível apenas na capital do Estado.

Pôde-se perceber, durante a entrevista, que as questões econômicas tinham prioridade nos relatos da mãe, que detalhava exaustivamente aspectos como preços de consultas, descontos oferecidos pelos médicos e as desvantagens do convênio que possui. Resumidamente, após Odete entrar em contato com dois profissionais, os quais cobravam

um valor muito alto e que não possuíam convênios, Juliana passou a ser atendida por uma psiquiatra que negociou o valor das sessões. Assim, Odete solicitou ao ex-marido que colaborasse com o pagamento do tratamento, mas este alegou que “psiquiatra é coisa para louco” e que uma adolescente não precisa deste tipo de auxílio. A mãe então constantemente dizia à filha que pedisse para Marcos ao menos levá-la a Porto Alegre, visto que possuía um automóvel e, como funcionário público, tinha melhores condições financeiras. Todavia, a menina não queria ir com o pai de forma alguma. O motivo desse afastamento, além da situação em que Marcos colidiu o carro, foi a imposição, pelo pai e sua esposa, de que a menina comesse. Segundo Odete, Marlene mandou Juliana parar de fazer “manhas” e se alimentar, porque o marido tinha coisas mais importantes para gastar seu dinheiro do que com seu tratamento. Odete lamenta este fato e afirma que já tentou conversar com Marcos sobre a anorexia e já lhe mostrou reportagens sobre a doença, mas ele alega não ter o interesse de saber sobre outros casos. Odete hoje percebe que a filha nunca aceitou o divórcio, pois costuma fazer comparações entre ela e Marlene e diz que não aceita a troca de esposa pelo pai. Além disso, quando criança, tentou unir os pais novamente muitas vezes, mas atualmente percebe que não há chances de uma nova aproximação. A mãe diz que conversa muito sobre isso, pois antigamente a menina acreditava ser a culpada da separação por ter se comportado mal.

Na data da entrevista, Juliana estava em tratamento há cerca de cinco meses. Uma vez por semana a jovem realiza psicoterapia e acompanhamento nutricional. Todavia, se percebe que seu peso aumentou, ainda fica muito aflita e, nos dias seguintes, tenta eliminar os quilos que ganhou. Quanto à presença de transtornos psiquiátricos na família, Odete conta que ela, sua irmã e avó já tiveram depressão, bem como Juliana, mas como consequência do emagrecimento.

3.4.2 Entrevista Familiar Estruturada

Comunicação

Como pode ser observado na vinheta abaixo, a comunicação familiar é dominada por Odete. Juliana, durante toda a entrevista, apenas concorda com a mãe e só fala quando lhe é solicitado.

Odete utiliza uma comunicação sem direcionalidade adequada, confusa, com mudanças bruscas de assunto e introdução de temas sem relação com as questões propostas, o que dificulta o entendimento dos receptores. Além disso, aborda assuntos gerais e impessoais e suas mensagens são incongruentes na medida que se contrariam ao longo da entrevista. A carga emocional nos discursos é também inadequada, visto que a mãe relata questões relacionadas à doença de Juliana sem demonstrar tristeza ou sofrimento, como se estivesse falando sobre um fato cotidiano.

Entrevistadora - Vamos imaginar que vocês tivessem que mudar de casa dentro de um mês. Como é que vocês organizariam em conjunto essa mudança?

Mãe - Principalmente eliminar, porque a gente vai guardando muitas coisas. Então se for para uma casa menor ela vai ser obrigada a fazer isso. Então é se desfazer de muita coisa que a gente guarda sem necessidade né, só pelo hábito de guardar e tem espaço. Então vamos guardar as coisas, então se desfazer de outras porque a gente tem que se desapegar das coisas. Até roupas a gente guarda demais, nós temos um maleiro sem necessidade. Tem que se desapegar das coisas! Às vezes eu dou numa campanha, às vezes a gente pensa que pode ser que volte esta moda e então a gente vai guardando. Ela (Juliana), principalmente, tem muita roupa que deixou de usar e que não serve...

Juliana fica em silêncio

Entrevistadora - Mais alguma coisa sobre a mudança, queres falar Juliana?

Juliana - Não, acho que é isso...

Regras

As regras na família, embora consideradas por Odete como explícitas e estabelecidas através do diálogo, demonstram ser implícitas e não-democráticas. Tal padrão de interação pôde ser constatado quando, já no primeiro contato telefônico com a família, a mãe alegou que Juliana adoraria participar da entrevista. Todavia, ficou claro que a menina não queria de forma alguma responder sobre sua doença, tendo tentado fugir a tarde inteira do encontro com as pesquisadoras.

Papéis

Os papéis familiares estão presentes, mas apresentam um padrão disfuncional. Ao mesmo tempo em que Odete assume um papel de autoridade e controle, os subsistemas parental e filial são separados por fronteiras difusas, que impedem a diferenciação e individualização dos membros. Neste sentido, a mãe relata, por exemplo, que ela e a filha contam uma para a outra, em detalhes, todos os seus segredos íntimos.

Liderança

A liderança na família é presente, representada por Odete e exercida de maneira fixa e autocrática. Por mais que tente passar uma imagem de democracia, é nítido que a mãe busca ter o controle total sobre a vida da filha. Durante a entrevista, determinava o momento em que a filha deveria responder e contestava algumas de suas respostas.

“Fala Juliana”! (Mãe)

Conflitos

Os problemas são negativamente valorizados pela família, que não busca soluções adequadas. Juliana aparenta, durante a entrevista, ser incapaz de discordar da mãe. Os conflitos são, então, expressos somente por Odete, que demonstra, implicitamente, uma satisfação em ter que resolvê-los e, assim, ter com o que se ocupar e ser considerada como uma mãe exemplar.

“Já fiz de tudo! Porque em matemática caiu o rendimento dela em função da doença... Vou na escola, falo com os professores para entenderem a condição dela, fui falar com a professora de teatro que tinha dado um papel com muita coisa para ela decorar, mas ela disse: não te preocupa que ela tá indo bem...” (Mãe)

Manifestação da agressividade

A expressão de sentimentos hostis na família é destrutiva e possui uma direcionalidade inadequada, na medida que Odete desloca toda a sua agressividade para o ex-marido, sua nova esposa e para as vizinhas, enquanto Juliana não parece capaz de

manifestar conteúdos agressivos pela mãe, embora esta afirme que a menina ficou “revoltada” depois da doença.

“Na casa do pai dela disseram para ela que tem que comer e a mulher dele disse assim para ela: Juliana, teu pai tem outras coisas mais importantes para gastar o dinheiro dele do que com teu tratamento, vê se come e pára com estas manhas! Ela não tem conhecimento da doença, eu acho uma falta de interesse! Eu já dei muita coisa para ele (ex-marido) ler, ele disse: não quero saber de outros casos, quero saber do dela”! (Mãe)

Afeição física

A afeição física é aceita entre os membros da família, embora de maneira retraída por Juliana. Odete, ao contrário, pareceu alegre em cumprir a tarefa proposta na qual os membros deveriam mostrar, sem palavras, o quanto gostam uns dos outros. Apesar disso, durante todos os outros momentos da entrevista, a mãe não demonstrou afeto pela menina, visto que seus relatos sobre a anorexia nervosa não eram acompanhados de uma carga emocional adequada e, mesmo sabendo que a filha não se sentia à vontade para falar sobre o assunto, deu continuidade a este.

Interação conjugal

Odete está divorciada do pai de Juliana há muitos anos. Assim, a interação conjugal não pôde ser investigada através da Entrevista Familiar Estruturada. Entretanto, percebe-se que Odete ainda não aceitou completamente a separação e demonstra ter sentimentos de afeto pelo ex-marido, ao mesmo tempo em que rechaça seu comportamento autoritário em relação a Juliana e fala mal de Marcos para a menina.

Individualização

Como pode ser verificado na vinheta abaixo, a capacidade de individualização encontra-se prejudicada na família. Juliana demonstra ser muito dependente da mãe e concordar com todas as suas opiniões, enquanto a vida de Odete parece girar em torno da filha, de sua educação, doença e conflitos com o pai. Neste sentido, no final desta entrevista Juliana comentou: “Mãe, tu só fala de mim, tinha que falar de ti”!

Entrevistadora - Como é um dia de feriado na família?

Mãe - A gente geralmente sai, vamos na casa dos meus tios, eu tenho primos gêmeos, vamos no sítio do meu avô em feriado mais prolongado. Quando é um dia só geralmente a gente fica em casa as duas.

Entrevistadora - Mais alguma coisa? Juliana?

Juliana - Acho que não...

Integração

Apesar de Odete e Juliana viverem extremamente unidas, essa integração familiar não tem um caráter que propicie o desenvolvimento emocional dos membros. A interação de mãe e filha caracteriza-se por ser simbiótica e emaranhada, visto que as duas vivem em função uma da outra e autoritária, na medida que a mãe busca controlar todos os comportamentos da menina e saber todos os detalhes do seu dia-a-dia.

Auto-estima

A auto-estima familiar pode ser considerada baixa. Apesar de citar alguns aspectos que aprecia em si mesma, Odete parece fazê-lo como forma de auto-afirmação, pois durante a entrevista percebeu-se que se sente inferior aos irmãos e que dá uma grande importância ao que a sociedade pensa a seu respeito. Parece também, em muitos momentos, competir com a filha, sempre buscando respostas mais criativas e positivas do que aquelas expostas pela menina, o que pode ser observado na vinheta abaixo.

Juliana, por sua vez, apresenta uma séria distorção da imagem corporal e confessa que se acha horrível e mais gorda do que todas as outras mulheres (mesmo as mais obesas), gostando, em sua aparência, apenas dos pés, com a justificativa de que são “magrinhos”.

Entrevistadora - Se você está fazendo uma tarefa e fica difícil terminar essa tarefa sozinha, o que você faz?

Juliana - Geralmente se eu estou fazendo alguma coisa e eu não consigo realizar direito daí eu desisto, eu não sou de ir a luta, do tipo que batalha. Geralmente eu desisto logo, na primeira tentativa. Se eu vejo que não vou conseguir, eu acho que não vou conseguir daí eu já desisto.

Mãe - Eu já insisto, fico batendo na mesma tecla até conseguir. Só quando eu vejo que não tem jeito, que eu não vou conseguir é que eu desisto. Geralmente eu insisto e eu não admito que eu erre. Então eu procuro a solução.

Interação familiar

Com base na investigação das dimensões acima, caracteriza-se a interação familiar como dificultadora da saúde mental dos membros.

3.4.3 Escalas de Exigência e Responsividade

Juliana percebe seus pais como autoritativos, bem como sua mãe. Esse estilo parental é característico de famílias que propiciam aos filhos uma socialização efetiva e nas quais a autonomia e a liberdade são valorizadas. Nestes sistemas, as regras e conselhos são vistos pelos filhos como uma forma de proteção e afeto, podendo ser questionadas (Baurimd, 1971). Todavia, este não parece o padrão de interação vigente na família. Mãe e filha permanecem em uma relação de simbiose que é considerada por ambas como algo positivo. Além disso, apesar de relatar que dialoga com a filha, as conversas propostas pela mãe são sempre permeadas por regras implícitas sobre o que é certo e o que é errado. O autoritarismo de Odete pode ser observado também através de Escala de Exigência respondida por Juliana, na qual a menina concede à mãe a pontuação máxima.

3.4.4 Entrevista de Práticas Educativas Parentais

A partir da análise do conteúdo das respostas emitidas pelos pais às situações componentes da Entrevista de Práticas Educativas Parentais, foram classificados três tipos de práticas: indutivas, coercitivas e negligentes. A seguir, são apresentadas, nas Tabelas 11 e 12, as respostas de Odete para as situações difíceis e estruturadas, suas reações frente a essas situações, as reações de Juliana e os tipos de práticas educativas parentais.

Tabela 11. Respostas de Odete sobre as situações difíceis.

| Situação difícil | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|--|---|-------------------------|
| 1 - Quando a filha come pouco no buffet livre | Reclama e tenta fazer a filha comer | Faz vontade da mãe para que ela pare de falar | Coercitiva |
| 2 - Timidez da filha | Incentiva para que a filha reaja à timidez, mas assume que colabora com a timidez fazendo tudo por Juliana | Continua envergonhada | Indutiva/ coercitiva |
| 3 - Falta motivação da filha para melhorar | Aceita e compreende, mas muitas vezes grita | Grita | Indutiva/ coercitiva |

Tabela 12. Respostas de Odete às situações estruturadas.

| Situação estruturada | Ocorrência | Reação da mãe | Reação da filha | Tipo de prática |
|---|-------------------|--|--|---------------------------|
| 1 - Mentira | Já aconteceu | Controla os remédios e a comida/ ameaça | Reclama que a mãe é metida | Coercitiva |
| 2 - Baixo rendimento | Já aconteceu | Não cobra porque não há necessidade/ diz para a filha estudar/ ajuda | Continua querendo que a mãe faça as tarefas em seu lugar | Indutiva |
| 3 - Álcool e drogas | Nunca aconteceu | Buscaria ajuda com o pai e especialistas/ controlaria | Não ia gostar | Negligente/ coercitiva |
| 4 - Postura e atitudes da mãe em relação a questões sexuais | | Conversa/ dá abertura mas vigia/ mentia ao namorado da filha que ela não estava em casa/ discorda do uso de anticoncepcionais em jovens e condena casais de namorados que dormem juntos na casa dos pais/ busca dar bom exemplo/ nunca dormiu em casa com um namorado para que a filha não pudesse reivindicar o mesmo | Conta tudo para a mãe | Indutiva/ coercitiva |

A partir das categorias propostas para a análise de conteúdo da entrevista, a maioria das respostas emitidas por Odete foi codificada como coercitiva. Em alguns relatos, porém,

suas atitudes foram classificadas também como indutivas, como na situação difícil 3, quando a mãe diz que aceita e compreende a falta de motivação de Juliana (técnica indutiva) e que muitas vezes grita com a menina quando esta não se esforça para melhorar (técnica coercitiva). Todavia, os comportamentos aparentemente indutivos de Odete, na realidade não prezam o apoio e o diálogo, mas são exercidos de forma inadequada e controladora.

Na situação estruturada 4, por exemplo, Odete inicialmente tenta se mostrar aberta à conversa e discussão de questões sexuais, mas ao longo da resposta contradiz suas próprias idéias e confessa, entre outras atitudes autoritárias, que controlava o relacionamento amoroso da filha, não permitindo que o namorado falasse com a menina, como pode ser observado na vinheta abaixo:

“... daí eu conversei com ela e disse: filha, não acredita muito, pode ser que ele (ex-namorado de Juliana) esteja sendo sincero, mas os homens só dão valor quando estão sentindo que não tem mais jeito, aí eles começam a apelar, tu sabe bem do meu caso. Ele começou a ligar para cá, falava comigo: preciso falar com a Ju, tenho um recado para ela”. E daí eu dizia para ele que ela não tava, às vezes que ela tava no banho... Claro, às vezes ele ligou e ela estava realmente ocupada, mas muito eu é que não queria que ela atendesse. Daí um dia ele conseguiu falar com ela porque deu azar que ela atendeu...”
(Mãe)

Outro exemplo onde a indução pode ser percebida mais em nível de relato do que na prática está na situação estruturada 2. Embora a mãe afirme que ajuda a filha a estudar, essa colaboração não é autêntica, mas vista por Odete como um sacrifício e como uma forma de ser reconhecida como uma mãe dedicada.

Ao mesmo tempo em que cessa a organização da casa para ajudar a filha nos deveres escolares, a mãe afirma enfaticamente que manda a menina fazer os trabalhos sozinha. Neste caso, pode-se verificar também um certo grau de negligência materna, visto que, para Odete, a crise de choro de Juliana parece ter menos importância do que o serviço doméstico, como pode ser verificado na vinheta a seguir:

“... ela queria que eu fizesse um trabalho do colégio e ela sabe fazer, eu estava passando roupa, eu tinha uma pilha de roupa que esta semana eu tive que adiar porque ela teve uma crise de choro... Daí eu desliguei o ferro e fiquei com ela no quarto, ela não me disse porque estava chorando mas eu tive que ficar ali... daí eu suspendi minha pilha de roupa e acabei passando ontem, atrasei todo o serviço, aí ela queria que eu parasse de passar roupa e ajudasse ela, pode? Mandei ela fazer”! (Mãe)

Apesar de buscar transmitir uma imagem de abertura e entendimento com a filha, Odete se mostra, ao contrário, bastante preconceituosa e controladora. A mãe alega conversar com Juliana, mas o diálogo é sempre acompanhado de mensagens implícitas do que a filha pode ou não pode fazer e do que é certo e errado, tendo como exemplos atitudes de vizinhos ou familiares consideradas “erradas” ou “feias”. Em todas as respostas de Odete, puderam ser identificadas práticas educativas altamente coercitivas, que impedem a individualização, o questionamento das regras e a integração sadia entre os membros. Neste sentido, as reações de Juliana às técnicas utilizadas pela mãe comprovam que estas não proporcionam um resultado efetivo bem como o desenvolvimento adequado da menina.

3.4.5 Discussão final do Caso 4

Com base nos instrumentos respondidos por Odete e Juliana, o sistema pode ser considerado como uma família “*pás de deux*” (Minuchin & Fishman, 1984). Este tipo de sistema é constituído de apenas dois membros simbioticamente ligados, e esta união excessiva incapacita o funcionamento autônomo dos indivíduos. Neste contexto, a figura materna, por não ter outras relações nas quais investir, passa a dar uma atenção individual à filha, satisfazendo suas necessidades e desejos em demasia. Percebe-se, entre Odete e Juliana, uma vinculação intensa que prejudica a capacidade de individualização, especialmente da filha. Embora afirme incentivar a independência da garota, a mãe confessa que ainda reforça os comportamentos de dependência da menina, como pode ser constatado na vinheta a seguir:

Mãe - Quando ela tinha aquela faixa de 5 anos, quando eu me separei, sobrou muito tempo para mim, eu não tinha muito o que fazer, eu queria me ocupar com uma coisa boa, que era cuidar da minha filha, me dedicar só para ela. Então chegava a vestir até calcinha nela, porque me sobrava tempo, eu fazia por ela as coisas, para não sofrer sabe? Claro, aquilo foi inculcando na cabecinha dela, agora tá difícil para tirar isso dela, eu tô mudando, eu não tô mais fazendo por ela, fico me cobrando.

Entrevistadora - Mais alguma coisa nessa situação?

Mãe - É isso, tô me forçando para ela andar sozinha...

Entrevistadora - E como a Juliana reage?

Mãe - Ela não gosta né, mas tem que engolir, é pro bem dela, mas muito eu assumo que muito eu ainda faço. É que só nós duas né? A gente dá muita atenção uma pra outra...

“A Juliana é um pouco mais mimada que o normal, de filha única, claro que ganha mais atenção, porque se fosse mais uma pessoa com certeza a gente iria ter menos tempo. Como eu estou sozinha tenho mais tempo para dispor pra ela”. (Mãe)

Ainda em relação à dificuldade de individuação, segundo Minuchin, Rosman e Baker (1978), nas famílias emaranhadas ou aglutinadas, caracterizadas por uma proximidade interacional intensa, há um empobrecimento das percepções de si mesmo e dos outros membros. Tal concepção pode ser verificada através das vinhetas abaixo, nas quais os relacionamentos e características individuais são constantemente tomados como se pertencessem a ambas as participantes do estudo.

“Ela (Juliana) sempre foi muito bem na escola, só que ela é muito de se cobrar, ela é virginiana e eu também sou, né...” (Mãe)

“Até um dia a dentista da Juliana brincou comigo: olha essa inteligência, ela pegou de quem, foi da mãe ou do pai? Ela brincou comigo...” (Mãe)

“Ela tinha ciúmes um pouco dos meus namoros. Quando ela olha fotos ela diz assim: ai mãe, eu gostava mais desse teu namorado aqui do que tu mesma”. (Mãe)

Entrevistadora - Tu és muito exigente contigo mesma?

Mãe - Hahã! Muito perfeccionista, esse ponto eu e a Ju a gente tem em comum.

Conjuntamente à dificuldade de individualização descrita acima, é notável, no sistema, a existência de fronteiras difusas, conforme descrito por Minuchin (1982). Rios González (1984) afirma que, para um funcionamento familiar adequado, é fundamental a definição clara de espaços. Segundo o autor, tanto o espaço físico quanto emocional de cada um devem estar bem delimitados, o que não pode ser observado no sistema em questão. Mãe e filha dividem o mesmo quarto e contam todos os segredos uma para a outra. Telerant, Kronenberg, Rabinovitch & Elman (1992) concordam que os pais de pacientes anoréxicas ultrapassam os limites das fronteiras intergeracionais, estabelecendo uma relação de extrema proximidade e compartilhando, com as adolescentes, aspectos íntimos e pessoais de suas vidas. Ademais, a mãe expõe a doença da menina para todos aqueles que a conhecem, o que desgosta Juliana. Percebe-se, neste sentido, que Odete utiliza a anorexia nervosa como uma forma de ser reconhecida socialmente como uma figura materna dedicada e incansável.

“Ela sempre foi muito líder do grupo, não, eu não costumava cobrar, ela tinha facilidade em matemática e foi a primeira matéria que eu descobri que ela estava com grande dificuldade, com a doença, daí fui falar com o professor e me empenhei em todos os lados. Nem me fala, eu fui na escola, falei com todo mundo, com a orientadora, falei com o professor de matemática e a professora deu um prazinho a mais para ela porque sabe que ela está passando por isso”. (Mãe)

Entrevistadora - Na escola estão todos sabendo que ela tem essa doença?

Mãe - Sim, Sim, só que muitas vezes eles também não entendem, acham que é só manha dela. Então eu busco explicar para todo mundo que ela tá doente, que tem que entender ela né?

Juliana corresponde às características pré-mórbidas de meninas anoréxicas descritas na literatura. É idealizada pela mãe, que sempre a considerou uma ótima filha e uma aluna exemplar (Hercovici, 1987). Odete faz muitos elogios à garota, comentando que antes da

doença esta era muito esperta, auto-exigente, inteligente e que cumpria com todos os seus compromissos. Além disso, a mãe enfatiza que a adolescente nunca contou mentiras e que tal comportamento só é presente em função da doença. Odete, por sua vez, embora busque transmitir uma imagem indutiva, apresenta-se extremamente controladora. A idéia de que as figuras parentais de meninas anoréxicas são muito dominadoras e intrusivas é confirmada por Bruch (1973). Já em um primeiro momento ficou claro que Juliana não tinha o interesse de participar do estudo e que sua opinião não foi respeitada por Odete, a qual marcou a data do encontro sem consultar a filha. Desta forma, quando encontrada no fim da tarde, a menina apenas respondia, em poucas palavras, o que lhe era perguntado, geralmente concordando com a mãe. Tal comportamento impede uma análise mais aprofundada do papel da adolescente na família e de sua relação os demais membros. Miermont e colaboradores (1994) ressaltam essa impossibilidade dos filhos em verbalizar queixas nos sistemas anoréxicos.

Outro aspecto central das entrevistas é a atitude de Odete frente ao ex-marido, sendo evidente sua mágoa pelo divórcio e a não-aceitação de Marlene, a nova esposa de Marcos. Durante todo o processo, Odete criticou com veemência a forma autoritária com a qual o pai de Juliana lida com a menina. Neste sentido, Miermont e colaboradores (1994) apontam, nas famílias anoréxicas, uma desqualificação das ações e pensamentos do pai/cônjuge. Partindo dos relatos da mãe, Marcos corresponderia ao padrão descrito por Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino (1998), do pai centralizador e autoritário. É importante salientar que esta hipótese não pode ser comprovada, na medida em que este, embora convidado, não tenha participado do estudo. É possível verificar, porém, que Odete corresponde ao perfil exposto pelos autores, da mãe que assume o papel de vítima, mas uma vítima provocadora que protesta por ter que abarcar sozinha todos os problemas, apelando para o ex-marido os deveres de um bom pai. Além disso, há provocações mútuas (como pode ser identificado nas vinhetas a seguir) e as exigências que os pais fazem à filha são aparentemente opostas. Enquanto Odete afirma que permite que Juliana tenha namorados, por exemplo, o pai proíbe tais relacionamentos.

“Às vezes eu falo para ela: teu pai pode te levar! Porque o pai dela dirige né? Ela não quer ir com o pai, deixou o pai conversar com a doutora mas não foi junto, ela tá muito arisca com ele né”? (Mãe)

“Quando ela começou a ir na doutora ele (pai) chegou para ela e falou: que história é essa da tua mãe? Onde se viu uma menina dessa idade indo em psiquiatra”?
(Mãe)

A mãe apresenta também uma forma confusa de comunicação, que dificultou o entendimento das pesquisadoras sobre vários temas. A suspensão do tratamento do nódulo nas cordas vocais, para que Juliana colocasse um aparelho ortodôntico não foi bem explicada nem parece ser totalmente compreendida por Odete. Da mesma forma, os relatos sobre os tratamentos fracassados pelos quais a menina já passou e a suposta concepção da primeira psicóloga consultada de que a menina estaria sob a influência de espíritos não-evoluídos ou “encostos”, são desconexos. Além disso, muitas vezes a mãe muda bruscamente de assunto quando algum tópico importante está sendo discutido, passando a comentar situações corriqueiras ou temas gerais. Tal atitude pode ser entendida como a necessidade das famílias psicossomáticas de evitar quaisquer situações que possam gerar tensão e conflitos, conforme descrito por Minuchin, Rosman e Baker (1978).

Entrevistadora - Qual o papel da Juliana na peça de teatro?

Mãe - Ana Terra, ela faz o papel da Ana Terra. Ela fala bastante. Olha aí que vento lá de fora! Lá também tem esse vento?

Entrevistadora - Em Porto Alegre?

Mãe - É.

Entrevistadora - Assim tão forte não, é que aqui é bem aberto...

Mãe - Aqui tem um vento forte! Até meu alarme disparou às 5 da manhã, levei um susto, achei que tinha alguém dentro de casa, um ladrão, barbaridade... Eu tenho uma cadelinha, aqui todo mundo tem cachorro...”

Além de desconexos, os relatos de Odete são, muitas vezes, contraditórios. Como pode ser verificado nas vinhetas abaixo, em um trecho da entrevista a mãe relata que Juliana nunca pensou em cometer suicídio. Entretanto, alguns minutos depois, afirma que esta confessou que pensava em se matar utilizando uma faca. Além disso, Odete enfatiza inicialmente que não concorda com a postura da população da cidade de opinar sobre a

vida alheia. Todavia, quando respondeu ao último instrumento, passou um tempo considerável criticando sua vizinha por comprar uma cama de casal para que a filha adolescente pudesse dormir com o namorado. Acredita-se que tais contradições podem estar relacionadas à necessidade de manter uma imagem de um funcionamento familiar ideal (Hercovici, 1987), que com o decorrer da entrevista vai sendo desvendada.

“Nunca chegou ao ponto dela (Juliana) querer acabar com a própria vida, isso não”... (Mãe)

“A Juliana nunca falou em se matar, mas eu tinha muito medo, um dia achei uma faca atrás da porta dela, uma faca grande, faca de serrinha. Eu disse para ela: o que está fazendo aqui esta faca? Ela disse: ai mãe, não me xinga, eu queria me matar - agora este ano. O que é isso filha, a gente não deve pensar assim, a mãe às vezes achou que tinha muitos problemas mas a mãe nunca pensou em abandonar a vida!

“Aí ela (Juliana) disse: eu quero que um carro me mate”! (Mãe)

Todavia, como já explicitado na Entrevista Inicial, o aspecto que mais intrigou as pesquisadoras no encontro com a família foi a ausência de carga emocional nos relatos de Odete. Esta não demonstrou, em momento algum, tristeza ou sofrimento em relação à doença da filha, focalizando seus discursos exaustivamente nas questões financeiras ligadas ao transtorno, como pode ser visto nas vinhetas a seguir:

“Dessa vez foi com o Almeida Prado – menos mal – porque antes ela tomava um laxante mais caro, só que daí o intestino dela ficou todo esculhambado...” (Mãe)

“... daí eu não consegui autorização e tive que pagar, daí teve carência de um mês, a doutora ainda fez um desconto, muito querida a doutora...” (Mãe)

“... se o nódulo cresce ele vira calo e pode virar em câncer. Tem que fazer tratamento para ao menos diminuir ele. O calo claro não tem problema, só quando

escuro. Assim que melhorar disso a Juliana fará exame novamente na otorrino. Que fotografa para a gente ver como está. É que tudo junto fica dispendioso né”? (Mãe)

“Às vezes eu acho que ela vai entender mal se eu falar para ela que estou gastando tanto e se sentir culpada que é ela que está me dando este gasto, mas ela tem que saber, ela já tem idade para saber que ela tem limites, ela tem que fazer a parte dela, porque no mínimo vai ser um ano de tratamento e agora a gente tá há 5 meses apenas, tá indo muito dinheiro. Nós tínhamos que reformar a casa por causa dessa madeiras que entra frio e não está dando”. (Mãe)

Com base nas informações obtidas durante o encontro, pode-se constatar que Juliana apresenta-se bastante prejudicada tanto em termos físicos quanto emocionais. A menina encontra-se muito emagrecida e ainda tem uma séria distorção na imagem corporal. Além disso, segundo Odete, não está motivada para o tratamento e ainda considera a anorexia nervosa como uma maneira adequada de perder peso. Finalmente, em todos os aspectos investigados, percebe-se a inadequação dos padrões de interação estabelecidos na família, com ênfase para a dificuldade de individualização, transgressão de fronteiras entre os subsistemas e falta de afeto com que a mãe trata a doença da filha.

3.5 Discussão final conjunta: Famílias de Mary, Joana, Caroline e Juliana

A partir dos resultados expostos acima, percebe-se que muitos dinamismos característicos de famílias anoréxicas descritos na literatura podem ser identificados nos sistemas estudados. A idéia de que a anorexia nervosa tem como fator precipitante eventos vitais significativos como perdas, separações familiares, enfermidades, mudanças de escola ou modificações corporais (Abuchaim, Somenzi & Duchesne, 1998) pode ser verificado. Todas as meninas citam como fatores desencadeantes do transtorno situações comuns ao desenvolvimento adolescente. Além disso, nos quatro sistemas estudados encontra-se, em concordância com a literatura, a prevalência de transtornos psiquiátricos ou transtornos

alimentares em parentes de primeiro grau das adolescentes sintomáticas (Hercovici & Bay, 1997).

Em relação à personalidade pré-mórbida das adolescentes, estas correspondem ao padrão típico descrito por Bruch (1973). As meninas são consideradas exemplares e lembradas pelo subsistema parental como crianças perfeitas, obedientes, meigas e especialmente dotadas (Nunes & Ramos, 1998). Alguns traços de personalidade característicos de meninas anoréxicas citados por Hercovici e Bay (1997), como busca pela aprovação externa, falta de respostas às necessidades internas e perfeccionismo também são encontrados na amostra. Ainda neste contexto, todas as jovens são idealizadas pelos pais, que as consideram ótimas alunas e filhas e acreditam que estas só contam mentiras em função da doença.

Em todos os sistemas investigados, as pesquisadoras foram muito bem recebidas pelos participantes, que buscaram estabelecer um clima agradável de descontração. Neste contexto, Minuchin, Rosman e Baker (1978) descrevem que os sistemas anoréxicos geralmente tem aparência de uma família típica e bem organizada. No presente estudo, porém, dois sistemas não correspondem à descrição dos autores. Juraci é divorciada do pai de Joana e vive com um novo companheiro e Odete, também separada, reside apenas com Juliana. Apesar disso, em todas as famílias participantes constata-se a tendência de manter uma aparência harmoniosa (Hercovici & Bay).

Outra característica proposta por Minuchin, Rosman e Baker (1978) para as famílias anoréxicas, o aglutinamento ou emaranhamento, também pode ser averiguada em todos os sistemas, especialmente entre as mães e filhas. Tal característica é referente a uma proximidade interacional intensa, dificultando assim as percepções de si mesmo e dos outros e impedindo o funcionamento autônomo dos membros. Neste contexto, Kaplan (1992), enfatiza que os vínculos familiares dos sistemas anoréxicos são emaranhados, embora eles se apresentem como normais e bem organizados. Mesmo na família de Caroline, onde há um desengajamento entre os membros, já discutido anteriormente na sessão 3.3, o aglutinamento pode ser identificado através da transgressão de limites na interação de Ana com a filha. Em relação a esta transgressão, Minuchin (1982) postula que, para um funcionamento familiar adequado, é fundamental a existência de fronteiras bem definidas, que protegem a diferenciação do sistema, definem os subsistemas e

permitem a autonomia dos membros. Desta forma, as fronteiras são um parâmetro adequado para avaliação familiar. Nas quatro famílias estudadas, conforme apontado por Miermont e colaboradores (1994), observam-se fronteiras predominantemente difusas, que caracterizam um funcionamento emaranhado, onde não há espaço para a autonomia e para os desejos individuais. Segundo Preto (1995), nas famílias com filhos adolescentes, é fundamental a delimitação de fronteiras interpessoais para que o jovem possa conquistar a autonomia.

A comunicação também se apresenta bastante prejudicada nas quatro famílias estudadas. Os relatos são muitas vezes confusos, contraditórios e sem direcionalidade adequada, especialmente as mensagens emitidas pelas figuras maternas. Já as regras são incoerentes e não-democráticas, baseadas em padrões de autoridade desenvolvidos quando os filhos ainda estavam na infância, os quais, com a chegada da adolescência, tornam-se disfuncionais. Nas famílias de Joana e Juliana, essa rigidez referente à necessidade de manter o *status quo* e a harmonia familiar (Minuchin, Rosman & Baker, 1978) é ainda mais evidente. Cabe salientar que, pelos relatos de Mary, Tonny, Polly e Andrew, o funcionamento descrito acima permeou a interação da família até o início do tratamento da menina.

Assim como a comunicação e as regras, os papéis são classificados como inadequados nos sistemas analisados. Mary e Caroline desde a infância se comportaram como adultas, enquanto Juliana sempre desempenhou o papel de "amiga" da mãe, demonstrando subsistemas inadequados. Já Joana, ao contrário, tem uma função rígida na família, não havendo a possibilidade de inverter seu papel com outros membros quando necessário.

Outra dimensão estudada entre os participantes é a liderança, que ocorre de forma fixa e autocrática. Conforme exposto por Kaplan (1992), as famílias de Joana, Caroline e Juliana podem ser consideradas como "matriarcais". Assim como no estudo de Telerant, Kronenberg, Rabinovitch e Elman (1992), as figuras maternas assumem o papel central no sistema e transgridem as fronteiras intergeracionais. Neste sentido, apesar de, na família de Mary, Tonny conduzir a liderança durante todo o processo, Polly, assim como as demais mães, assume uma postura autoritária na relação com as filhas.

Em relação às figuras paternas, o presente estudo corrobora os achados de Telerant, Kronenberg, Rabinovitch e Elman (1992) de que os pais demonstram um baixo nível de envolvimento emocional com o sistema familiar. Jorge e Tonny confessam, nas entrevistas, que sempre foram ausentes em função de suas atividades profissionais. A concepção de Miermont e colaboradores (1994), de que nas famílias anoréxicas há uma desqualificação das ações e pensamentos do pai/cônjuge, pode ser observada através dos relatos de Juraci, Odete e Ana. Polly, ao contrário, mostra-se muito dependente das opiniões do marido e incapaz de criticá-lo.

Outra característica descrita por Minuchin, Rosman e Baker (1978) que pode ser constatada na amostra, é a baixa tolerância e a falta de resolução de conflitos. As estruturas familiares apresentam formas disfuncionais de resolver problemas e pouca capacidade de negociação. Dos quatro sistemas investigados, a família de Caroline é a que expressa os conflitos com menor dificuldade. Entretanto, os problemas são negativamente valorizados e sem busca adequada de soluções.

Em relação à agressividade, nas famílias de Joana, Caroline e Juliana, essa é manifestada basicamente pelas figuras maternas, de forma destrutiva e sem direcionalidade adequada. Já na família de Mary, que vem buscando padrões de interação mais funcionais, os sentimentos hostis ainda não são expressos adequadamente pelos membros. Polly, neste sentido, não parece capaz de ser agressiva com nenhum dos membros. A menina, porém, já consegue manifestar sentimentos de raiva e ressentimento de uma maneira construtiva, buscando diálogo e entendimento.

Quanto à interação marital, Selvini Palazzoli (1990) considera o subsistema conjugal como o mais prejudicado e empobrecido. Nos dois casais estudados (pais de Mary e Caroline), é notável a insatisfação em termos afetivos e sexuais. Odete, por sua vez, é divorciada e não parece satisfeita com o fim de seu relacionamento, ocorrido há muitos anos. Já Juraci, embora esteja casada novamente, não menciona em momento algum o novo companheiro, mas faz muitas críticas quanto ao ex-marido, o pai de Joana.

Minuchin, Rosman e Baker (1978) descrevem um superenvolvimento emocional entre os membros de famílias psicossomáticas. Contrariamente a esta idéia, em três sistemas estudados (nas famílias de Joana, Caroline e Juliana) detecta-se uma total falta de demonstração de afeto dos pais em relação às filhas acometidas de anorexia nervosa. Este

resultado confirma os dados encontrados por Dare, Grange, Eisler e Rutheford (1994), que apontam para um baixo índice de expressão de emoção e de superenvolvimento emocional entre os membros.

Ao mesmo tempo em que as famílias não apresentam manifestação de afeto, há, nos quatro sistemas, além da transgressão de fronteiras anteriormente descrita, um alto índice de controle parental, gerando uma grande dificuldade de individualização. Até mesmo na família de Mary, que hoje busca incentivar a autonomia dos membros, o funcionamento familiar ocorria, como denominado por Miermont e colaboradores (1994), em forma de "um bloco só". Todas as mães entrevistadas demonstram comportamentos intrusivos e controladores sobre a vida das filhas.

Em relação à auto-estima das famílias, com exceção de Mary e Andrew, que estão em um processo de busca de independência e descoberta de suas potencialidades e qualidades, os demais membros dos sistemas estudados demonstram um baixo auto-conceito. As adolescentes sintomáticas tiveram dificuldade em citar seus aspectos positivos e os subsistemas parentais, mesmo descrevendo algo que apreciassem em si, o fazem com um tom de voz baixo e duvidoso ou como forma de auto-afirmação.

Outro achado importante corresponde à percepção dos pais e mães sobre seus estilos parentais e práticas educativas. Conforme esperado, todos os entrevistados se consideram autoritativos e alegam utilizar técnicas indutivas na educação das filhas. Acredita-se que este resultado esteja ligado à necessidade de aparentar um funcionamento familiar harmonioso, descrito por Hercovici e Bay (1997), não correspondendo à realidade. Com exceção de Polly, que realmente busca uma interação baseada no diálogo, Tonny, Odete e Juraci apresentam posturas extremamente autoritárias, enquanto Jorge e Ana mesclam inadequadamente controle e negligência.

Ainda em relação às expectativas do estudo, considerava-se que as filhas perceberiam seus pais como autoritários, o que só foi encontrado nas escalas de Mary em relação a Tonny. Caroline, por sua vez, parece ter uma visão adequada do funcionamento familiar quando classifica seus pais como negligentes e indulgentes. Assim como Mary, embora rudimentarmente, a jovem questiona o subsistema parental em vários trechos da entrevista, solicitando a Ana que a deixasse falar e emitindo suas opiniões. Joana e Juliana, porém, parecem mais prejudicadas neste sentido, classificando suas mães como

autoritativas. Ambas se mostram muito dependentes das figuras maternas e mantêm, com estas, uma proximidade relacional extrema, estando impossibilitadas de verbalizar suas queixas (Miermont & cols., 1994) e de perceber adequadamente seus desejos individuais (Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

Dos quatro sistemas estudados, a família de Caroline aparenta a maior desorganização, nível de conflitos e desconexão entre os membros. Tal funcionamento familiar pode ser relacionado com os achados de Fornari, Wlodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel e Katz (1999), Pantano, Grave, Oliosi, Bartocci, Todisco e Marchi (1997) e Tachi (1999), de que os comportamentos bulímicos estão relacionados a ambientes familiares mais patológicos e desengajados.

Especificamente em relação à anorexia nervosa, das quatro participantes do estudo, Juliana parece ser a mais prejudicada tanto em termos físicos quanto psicológicos. Apresenta-se muito abaixo do peso adequado e tem uma grave distorção na percepção corporal. Além disso, diferentemente das demais adolescentes, não demonstra estar motivada para o tratamento.

Por outro lado, acredita-se que os tratamentos psicoterápicos de Mary e Polly, além das freqüentes sessões de orientação à família, estejam contribuindo para um funcionamento mais adequado do sistema. A família demonstra empenho em modificar padrões inadequados de interação que ainda estão presentes. Neste sentido, Mary enfrenta as tarefas básicas da adolescência, como a busca pela consolidação da identidade e pelo estabelecimento da autonomia fora do sistema familiar, o que antes da instalação do transtorno não era permitido (Rios González, 1984). Assim como a filha, o subsistema parental também parece capaz de realizar mudanças e se adaptar aos novos elementos trazidos pelos filhos do convívio social (Fishman, 1996).

Este estudo se propôs a compreender a anorexia nervosa a partir dos padrões de interação familiar. Os resultados apontaram para uma ausência de sintonia comunicacional entre os membros dos sistemas, presença de regras rígidas e disfuncionais, inadequação dos papéis, liderança fixa e autocrática, tendência a evitar a tensão e a expressão de conflitos, manifestação destrutiva da agressividade, baixo nível de afeição física e auto-estima, dificuldades na individualização, delimitação débil de fronteiras entre os subsistemas, falta de gratificação dos subsistemas conjugais com trocas afetivo-relacionais pobres entre os

casais e baixa integração familiar. Em relação aos estilos parentais, embora a maioria dos membros perceba a autoritatividade na postura parental, com base nos demais instrumentos respondidos, acredita-se que os pais tenham, na realidade, estilos autoritários ou negligentes. Além disso, há predominância de técnicas parentais coercitivas na educação das filhas. Desta forma, a partir de todos os aspectos discutidos acima, conclui-se que os padrões de interação estabelecidos nas famílias investigadas são disfuncionais e dificultadores do desenvolvimento emocional dos membros.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem como objetivo realizar algumas considerações finais, retomando sinteticamente os principais resultados, trazendo algumas conclusões, apresentando as limitações centrais do estudo e apontando sugestões para futuras pesquisas.

Elkaïm (1990) descreve, no meio científico tradicional, uma ênfase ao fato de que observador deve manter-se à distância do sistema que estuda, com o intuito de preservar a objetividade. Todavia, segundo a autora, é impossível separar aquilo que descrevemos daquilo que vivemos. Neste sentido, a eleição do delineamento qualitativo para a pesquisa permitiu a inserção das pesquisadoras no ambiente real em que o fenômeno estudado acontecia (Godoy, 1995), possibilitando, assim, a percepção e análise subjetiva de aspectos importantes da interação. Durante o presente estudo, a pesquisadora assumiu uma postura ativa, influenciando no contexto observado e, da mesma forma, sendo influenciada pelas trocas relacionais que ocorreriam, o que tornou a realização do trabalho um processo muito enriquecedor. O grande volume de dados obtidos, que por isso não pôde ser incluído no presente trabalho, provocou discussões produtivas entre a equipe de pesquisa, fazendo com que esta refletisse sobre a complexidade dos sistemas familiares e a disfuncionalidade dos padrões de interação estabelecidos nas famílias anoréxicas.

Tal reflexão engloba também algumas limitações centrais do estudo, que devem ser apontadas. Em primeiro lugar, a utilização de instrumentos de auto-relato (Entrevista Inicial, Entrevista Familiar Estruturada e Entrevista de Práticas Educativas Parentais) e de escalas respondidas através da escrita (Escala de Responsividade e Exigência Parental), permitem que o participante manipule suas respostas, emitindo mensagens que não necessariamente correspondem à verdade. Neste contexto, acredita-se que a análise objetiva das respostas resultaria em um falso panorama do funcionamento dos sistemas. Assim, conforme indicado por Féres-Carneiro (1979), grande parte dos dados não foi analisada apenas a partir dos relatos dos membros, mas sim das contradições encontradas nos discursos ou durante a interação, além das manifestações não-verbais como postura, gestos e tom de voz dos participantes.

Em segundo lugar, acredita-se que a realização da coleta de dados em apenas um encontro não consiste na melhor maneira de avaliar a dinâmica familiar. Apesar do bom vínculo estabelecido entre as pesquisadoras e os participantes, considera-se muito difícil para os membros de qualquer sistema o desenvolvimento de uma relação de confiança com duas pessoas desconhecidas em pouco tempo de contato, especialmente para as famílias anoréxicas, que conforme vários autores (Hercovici & Bay, 1997, Minuchin, Rosman & Baker, 1978, Minuchin, 1982 e Minuchin & Fishman, 1984) têm uma tendência a se apresentarem como ideais. Tal condição certamente impede que os sistemas expressem seus conflitos e problemas espontaneamente e com a gravidade que estes ocorrem. Desta forma, não é possível, no presente estudo, realizar uma discussão aprofundada dos padrões de interação familiar, mas sim uma análise descritiva dos resultados obtidos. Ainda quanto à coleta de dados ocorrer em apenas uma data, percebeu-se que, para as famílias com um maior número de membros, ou para aquelas que contam mais detalhadamente suas histórias, o encontro pode se estender e, assim, se tornar exaustivo para os participantes, fazendo com que os instrumentos finais sejam respondidos de maneira mais displicente.

Em relação aos resultados encontrados, Nunes e Ramos (1998) afirmam que é impossível verificar a existência de uma família tipicamente anoréxica, mas sim algumas características específicas de relacionamento disfuncional. Corroborando as idéias das autoras, neste trabalho não foi possível estabelecer uma estrutura e funcionamento único nos sistemas estudados, mas sim, padrões inadequados de interação em todos os aspectos investigados, a saber, comunicação, regras, papéis, liderança, conflitos, manifestação da agressividade, afeição física, interação conjugal, individualização, integração, auto-estima, Estilos Parentais e Práticas Educativas Parentais.

Ainda sobre os achados do presente estudo, entre os padrões de interação que mais chamaram a atenção das pesquisadoras está a ausência de envolvimento emocional entre os membros dos sistemas, especialmente a falta de afeto demonstrada pelas mães em relação às adolescentes sintomáticas, que não confirmam as idéias de Minuchin, Rosman e Baker (1978). Outro aspecto notável em todos as famílias é a presença de fronteiras difusas entre os subsistemas, com uma transgressão de limites entre mães e filhas, como apontado por Miermont e colaboradores (1994).

Em função dos índices crescentes de transtornos alimentares nas últimas décadas (Castro & Goldstein, 1995, Goldbloom & Garfinkel, 1992), considera-se fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas na área. Salienta-se a importância de um maior número de estudos especificamente sobre a dinâmica familiar na anorexia nervosa, tema pouco explorado nas pesquisas nacionais e que, conforme constatado neste trabalho, demonstra ter um papel no desenvolvimento e manutenção do transtorno.

Em relação a futuros estudos, sugere-se a investigação do subsistema composto pela mãe e a filha anoréxica, visto que este apresenta uma interação muito complexa e que, portanto, merece ser analisado de forma mais aprofundada. Outro aspecto pouco pesquisado, especialmente no Brasil, refere-se às diferenças no funcionamento familiar de adolescentes acometidas de anorexia restritiva e anorexia bulímica. Finalmente, com base nos resultados obtidos junto a um dos casos analisados neste estudo (família de Mary), que através do tratamento psicoterápico e das sessões de orientação aos membros, apresenta rudimentos de um funcionamento mais adequado, sugere-se a realização de pesquisas sobre a importância do tratamento sistêmico em famílias com pacientes anoréxicos.

REFERÊNCIAS

- Abuchaim, A. L. G. (1998). Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. Em M. C. Nunes, J. C. Appolinário, A. L., Abuchaim, W. Coutinho & cols (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 13-20). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abuchaim, A. L. G., Somenzi, L. & Duchesne, M. (1998). Aspectos psicológicos. Em M. C. Nunes, J. C. Appolinário, A. L., Abuchaim, W. Coutinho & cols (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 63-75). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alvarenga, P. (2002). *Práticas educativas maternas e problemas de comportamento na infância*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV- TR, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4^a Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andolfi, M., Ângelo, C., Menghi, P. & Nicolo-Corigliano, A. M. (1984). *Por trás da máscara familiar: Um novo enfoque em terapia de família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bertalanffy, L. V. (1975). *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes.
- Blair, C., Freeman, C. & Cull, A. (1995). The families of anorexia nervosa and cystic fibroses patients. *Psychological Medicine*, 25 (5), 985-993.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person with*. New York: Basic Books.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castro, M. J. & Goldstein, J. S. (1995). Eating attitudes and behaviors of pre-and postpubertal females: Clues to the etiology of eating disorders. *Physiology and Behavior*, 58 (1), 15-23.
- Cervený, C. B. C. (1997). *Família e ciclo vital: Nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Channon, S. E & Wardle, J. (1994). Transtornos alimentares. Em J. Scott, J. Williams, A. Beck & cols. (Orgs.), *Terapia cognitiva na prática clínica: Um manual prático* (pp. 155-191). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cordás, T. & Busse S. (1995). Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia nervosas. Em M. R. L. Neto, T. Motta, Y-P. Wang & H. Elkis (Orgs.), *Psiquiatria Básica* (pp. 273-282). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, F., Teixeira, M. A., & Gomes, W. (1998). Construção de um instrumento de avaliação de estilos parentais: Uma continuação. *Resumos da XXVIII Reunião Anual de Psicologia da SBP*, 127.

- Costa, F., Teixeira, M. A., & Gomes, W. (2000). Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 465-473.
- Crisp, A. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academy Press.
- Dare, C., Grange, D., Eisler, I. & Rutheford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (3), 211-226.
- Elkaim, M. (1990). *Se você me ama, não me ame: Abordagem sistêmica em Psicoterapia Familiar e Conjugal*. Campinas: Papirus.
- Espina, A. (1996). Terapia familiar sistêmica en la anorexia nervosa: El modelo sistémico. Em A. Espina, & B. Pumar (Orgs.), *Terapia familiar sistêmica: Teoría, clínica, investigación* (pp. 153-183). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Fairburn, C. G., Phill, M. & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Falceto, O. G., Rosa, J. C. S., Tetelbom, M., Sukster, E., Benetti, S. P. C., Cohen, S. C. P. & Wainstein, M. (1993). Anorexia nervosa: Querem que eu viva? *Revista ABP-APAL*, 15(1), 11-16.
- Fasolo, C. & Diniz, T.C. (1998). Aspectos familiares. Em M. C. Nunes, J. C. Appolinário, A. L., Abuchaim, W. Coutinho & cols (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 77-85). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Felker, K. R. & Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29 (116), 821-34.
- Féres-Carneiro, T. (1996). *Família: Diagnóstico e terapia*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Fernandez, A. (1995, Novembro). *Aprendizagem e as questões de gênero*. Trabalho apresentado no auditório da FAPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Fishman, C. H. (1996). *Tratando adolescentes com problemas: Uma abordagem da terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Flaherty, J. A. (1990). Distúrbios Alimentares. Em J. A. Flaherty, R. A Channon, & M. Davis, (Orgs.), *Psiquiatria: Diagnóstico e tratamento* (pp. 153-164). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fonseca, H., Ireland, M. & Resnick M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 441-448.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. S. & Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 434-41.
- Fullinwider-Bush, N. & Jacobvitz, D. (1993). The transition to young adulthood: general boundary dissolution and female identity development. *Family Process*, 32, 87-103.
- Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H. & Kaplan, A. S. (1995). Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 445-446.
- Glasgow, K., Dornbusch, S., Troyer, L., Steinberg, L. & Ritter, P. (1997). Parenting styles, adolescents attributions and educational outcomes in nine heterogeneous high schools. *Child Development*, 68, 507-529.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: Tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29.

- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 57-63.
- Goldbloom, D. & Garfinkel, P. (1992). Transtornos alimentares: Anorexia nervosa e bulimia nervosa. Em B. Garfinkel, G. Carlson & E. Weller, (Orgs.), *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência* (pp. 100-111). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hercovici, C. R. (1987). Anorexia nervosa: Una abordaje integral. *Sistemas Familiares*, Abril, 35-42.
- Hercovici, C. & Bay, L. (1997). *Anorexia e bulimia: Ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hoffman, M. (1975). Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology*, 11, 228-239.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J. & Danziger, Y. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7), 921-927.
- Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R. & Tyano, S. (1995). Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 5-9.
- Kaplan, L. (1992). Anorexia nervosa: Una búsqueda feminina de la perfección. Em L. Kaplan (Org.), *Adolescence, el adios a la infancia* (pp. 217-245). Buenos Aires: Paidós.
- King, M. A. (1989). Eating disorders in a general practice population: prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine*, 14, 211-218.

- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em P. H. Mussen (Org. série) & E. M. Hetherington (Org. Vol.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4 ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mahler, M. S. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of human infant. *Psychoanalytic Study of The Child*, 29, 89-106.
- Martinez-Gonzalez, M. A, Gual, P., Lahortiga, F. Alonso, Y., Irala-Estevez, J., & Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111(2), 315-320.
- Martins, T. M. (1998). Abordagem familiar. Em M. C. Nunes, J. C. Appolinário, A. L., Abuchaim, W. Coutinho & cols (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 155-163). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miermont, J. & colaboradores (1994). Dicionário de terapias familiares: Teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psicossomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

- Nachmias, C. & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnolds.
- Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil: Abordagem de Mussen*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nunes, M. A. A. & Ramos, D. C. (1998). Anorexia nervosa: Classificação diagnóstica e quadro clínico. Em M. C. Nunes, J. C. Appolinário, A. L., Abuchaim, W. Coutinho & cols (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 21-30). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Onnis, L. (1994). La anorexia mental desde la optica de la complejidad. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 19-24.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pantano, M., Grave, R. D., Oliosi, M., Bartocci, C., Todisco, P. & Marchi, S. (1997). Family backgrounds and eating disorders. *Psychopatologia* 30(3), 163-169.
- Papp, P. (1992). *O processo de mudança: Uma abordagem prática à terapia sistêmica de família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Preto, N. C. (1995). Transformação no sistema familiar na adolescência. Em B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 223-247). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ratnasuriya, R. S., Eisler, I., Szmugler, G. I., & Russel, G. F. M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 158, 495-502.

- Reppold, C., Pacheco, J., Bardagi, M. & Hutz, C., (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Em C. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: Alguns aspectos e estratégias de intervenção* (pp.7-39). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rojen, S. (1992). Anorexia nervosa families: a homogeneous group? A case report study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 196-200.
- Rios González, J. (1984). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madri: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Russel, G. F. M. (1983). Anorexia nervosa e bulimia nervosa. Em G. F. M. Russel & L. Hersov (Orgs.), *Handbook of Psychiatry: The Neuroses and Personality Disorders* (pp.203-207). Cambridge: Cambridge University Press.
- Selvini Palazzoli, M. (1990). La familia con paciente anorexica: Un sistema modelo. Em Selvini M. (Org.), *Cronica de una investigación: La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Buenos Aires: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus.
- Shugar, G. & Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during Systemic Family Therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 23-31.
- Sobreira-Lopes, R. C. (1994). O contexto familiar no desenvolvimento da autonomia e da moralidade na adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 7, 59-74.

- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S. & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development, 65*, 754-770.
- Tachi, T. (1999). Family environment in eating disorders: A study of the familiar factors influencing the onset and course of eating disorders. *Seichin Shinkeygaku Zasshi, 111*(5), 427-445.
- Telerant, A., Kronenberg, J., Rabinovitch, S. & Elman, I. (1992). Anorectic family dynamics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 990-991.
- Weiss, L. H., & Schwartz, J. C. (1996). The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment, and substance use. *Child Development, 67*, 2101-2114.
- Whisenant, S. L. & Smith, B. A. (1995). Eating disorders: Current nutrition therapy and perceived needs in dietetics education and research. *Journal of the American Dietetic Association, 95*(10), 1109-1112.
- Winokur, G. & Clayton, P. (1986). *The medical basis of psychiatry*. Philadelphia: W.B. Sanders Company.
- Wonderlich, S. & Swift, W. (1990). Perceptions of parental relationships in eating disorders: The relevance of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 353-360.
- Yin, R. K. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park: Sage.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa deste Projeto de Pesquisa, que busca estudar a anorexia nervosa dentro do contexto familiar.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa e terei total liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado nesta instituição.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivos desta pesquisa a utilização das gravações realizadas em K-7. As informações obtidas serão arquivadas e mantidas em sigilo pelos próximos cinco anos. Após este período, todo o material será incinerado.

Fui informado de que serão feitos basicamente questionários, entrevistas e observações e que não se prevê nenhum risco para os participantes. Na verdade, poderei ter vantagens em participar do estudo ao poder conversar com os pesquisadores sobre a minha família.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a psicóloga Letícia Langlois Oliveira, que poderá ser contatada pelos tel: (051)32235142 ou (053) 91037399.

Data: / /

Nome e assinatura do participante: _____

ANEXO B

Entrevista Inicial

- 1) Qual é a sua profissão? (Para os pais)
- 2) Qual a sua idade? Você estuda? (Para os filhos)
- 3) Como foi o início da doença?
- 4) Qual foi a reação da família ao descobrir a doença?
- 5) Há algum fator que pode estar associado ao início da doença?
- 6) A partir daí, o que aconteceu?
- 7) Há quanto tempo a _____ (nome da menina) está em tratamento? Este é o primeiro auxílio que vocês buscaram?
- 8) Vocês perceberam mudanças individuais e familiares antes e depois da doença da _____ (nome da menina)?
- 9) Outras pessoas da família têm histórico de distúrbios alimentares ou outros transtornos psiquiátricos?

ANEXO C

Entrevista Familiar Estruturada (tarefas aplicadas pela mestranda):

- 1) “Vamos imaginar que vocês teriam de mudar-se da casa onde moram no prazo máximo de um mês. Gostaria que vocês planejassem agora, em conjunto, como seria a mudança”. (Tarefa conjunta)

- 2) “Quando você está fazendo alguma coisa qualquer, mas fica difícil terminar essa tarefa sozinho, o que você faz”? (Cada membro responde individualmente)

- 3) “Diga de que coisas você mais gosta em você”. (Cada membro responde individualmente)

- 4) “Como é um dia de feriado na família”? (Tarefa conjunta)

- 5) “Imagine que você está em sua casa, discutindo com uma pessoa qualquer da sua família, e alguém bate na porta. Quando você vai atender, a pessoa com quem você estava discutindo lhe dá um empurrão. O que você faz”? (Cada membro responde individualmente)

- 6) “Cada um de vocês vai escolher uma ou mais pessoas da família, pode ser qualquer pessoa, e vai fazer alguma coisa para mostrar a essa pessoa que gosta dela, sem dizer nenhuma palavra”. (Cada membro responde individualmente)

ANEXO D

Escalas para avaliação da Entrevista Familiar Estruturada

Família de : -----

1. COMUNICAÇÃO

| | | |
|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| Congruente | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Incongruente |
| Confusa | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Clara |
| Sem direcionalidade | | Com direcionalidade |
| adequada | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | adequada |
| Com carga | | Sem carga |
| emocional | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | emocional |

2. REGRAS

| | | |
|--------------|-------------------------------|------------------|
| Explícitas | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Implícitas |
| Coerentes | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Incoerentes |
| Rígidas | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Flexíveis |
| Democráticas | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Não-democráticas |

3. PAPÉIS

| | | |
|---------------|-------------------------------|-----------------|
| Indefinidos | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Definidos |
| Diferenciados | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Indiferenciados |
| rígidos | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Flexíveis |
| ausentes | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Presentes |

4. LIDERANÇA

| | | |
|-------------|-------------------------------|--------------|
| Ausente | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Presente |
| Fixa | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Diferenciada |
| Democrática | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Autocrática |

5. CONFLITOS

| | | |
|---------------|-------------------------------|---------------|
| Expressos | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Não-expressos |
| Positivamente | | Negativamente |
| valorizados | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | valorizados |
| Com busca | | Sem busca |
| de solução | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | de solução |

6. MANIFESTAÇÃO DA AGRESSIVIDADE

| | | |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| Ausente | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Presente |
| Destrutiva | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Construtiva |
| Com | | Sem |
| direcionalidade | | direcionalidade |
| adequada | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | adequada |

7. AFEIÇÃO FÍSICA

| | | |
|-----------|-------------------------------|-----------|
| Ausente | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Presente |
| Recusada | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Aceita |
| Com carga | | Sem carga |
| emocional | | emocional |
| adequada | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | adequada |

8. INTERAÇÃO CONJUGAL

| | | |
|------------------|-------------------------------|------------------|
| Indiferenciada | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Diferenciada |
| Gratificante | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Não |
| | | gratificante |
| Com | | Sem |
| individualização | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | individualização |

9. INDIVIDUALIZAÇÃO

| | | |
|---------|-------------------------------|----------|
| Ausente | :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__ : | Presente |
|---------|-------------------------------|----------|

10. INTEGRAÇÃO

Ausente :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__:

Presente

11. AUTO-ESTIMA

Alta :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__:

Baixa

12. INTERAÇÃO FAMILIAR

Facilitadora de saúde

Dificultadora de saúde

emocional :__ :__ :__ :__ :__ :__ :__:

emocional

ANEXO E

Escalas de Responsividade e Exigência Parental (Respondidas pelas filhas)

Este questionário faz parte de um estudo sobre vivência familiar. Gostaríamos de contar com a tua colaboração para responder com atenção a todas as questões.

1. Idade: -----
2. Quantos irmãos tu tens? -----
3. Dentre os irmãos você é: o filho mais velho
 o filho mais novo
 filho único
 está entre o(s) mais velho(s) e o(s) mais novo(s)
4. Seus pais são: casados
 separados
 vivem juntos, mas não são casados
 viúvo (a)
 outro – especificar -----

Algumas vezes acontece de os pais naturais separarem-se e a família reconstituir-se novamente com a chegada de um novo membro que será, em muitos casos, um pai ou uma mãe de criação. Nessas situações, os filhos podem continuar convivendo normalmente com seus pais naturais e seus pais de criação. Podem, também, por várias circunstâncias, passar a conviver mais com o pai ou mãe de criação. Se este for o seu caso, sinta-se à vontade para responder sobre seu pai ou mãe natural ou de criação.

| MÃE | PAI |
|--|--|
| Tu vais responder sobre: | Tu vais responder sobre: |
| <input type="checkbox"/> mãe natural <input type="checkbox"/> mãe de criação | <input type="checkbox"/> pai natural <input type="checkbox"/> pai de criação |
| Idade da mãe: ----- | Idade do pai: ----- |

| | | |
|--|---|--|
| Escolaridade da mãe: () 1 grau () 2 grau () 3 grau | Escolaridade do pai: () 1 grau () 2 grau () 3 grau | |
| Até que ponto teus pais TENTAM saber... | MÃE | PAI |
| 01. Onde tu vais à noite? | () não tenta () tenta pouco () tenta bastante | () não tenta () tenta pouco () tenta bastante |
| 02. O que tu fazes com o teu tempo livre? | () não tenta () tenta pouco () tenta bastante | () não tenta () tenta pouco () tenta bastante |
| 03. Onde tu estás quando não estás na escola? | () não tenta () tenta pouco () tenta bastante | () não tenta () tenta pouco () tenta bastante |
| Até que ponto teus pais REALMENTE sabem... | MÃE | PAI |
| 04. Onde tu vais à noite? | () não sabe () sabe pouco () sabe bastante | () não sabe () sabe pouco () sabe bastante |
| 05. O que tu fazes com o teu tempo livre? | () não sabe () sabe pouco () sabe bastante | () não sabe () sabe pouco () sabe bastante |
| 06. Onde tu estás quando não estás na escola? | () não sabe () sabe pouco () sabe bastante | () não sabe () sabe pouco () sabe bastante |
| A respeito de teus pais, considera os seguintes itens: | MÃE | PAI |
| 07. Posso contar com sua ajuda caso eu tenha algum tipo de problema. | () quase nunca () às vezes () geralmente | () quase nunca () às vezes () geralmente |
| 08. Incentiva-me a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça. | () quase nunca () às vezes () geralmente | () quase nunca () às vezes () geralmente |
| 09. Incentiva-me a pensar de forma independente. | () quase nunca () às vezes () geralmente | () quase nunca () às vezes () geralmente |
| 10. Ajuda-me nos trabalhos da escola se tem alguma coisa que não entendo. | () quase nunca () às vezes () geralmente | () quase nunca () às vezes () geralmente |
| 11. Quando quer que eu faça alguma coisa explica-me o porquê. | () quase nunca () às vezes () geralmente | () quase nunca () às vezes () geralmente |
| 12. Quando tu tiras uma nota boa na escola, com que frequência teus pais te elogiam? | () quase nunca () às vezes () geralmente | () quase nunca () às vezes () geralmente |

| | | |
|---|--|--|
| 13. Quando tu tiras uma nota baixa na escola, com que frequência teus pais te encorajam a esforçar-te mais? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 14. Teus pai realmente sabem quem são teus amigos? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 15. Com que frequência teus pais passam tempo conversando contigo? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 16. Com que frequência tu e teus pai se reúnem para fazerem juntos alguma coisa agradável? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |

MUITO OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO!

ANEXO F

Escalas de Responsividade e Exigência Parental (Adaptada para ser respondida individualmente pelos pais e mães)

Este questionário faz parte de um estudo sobre vivência familiar. Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder com atenção a todas as questões.

1. Sexo: () Masc. () Fem.

Por favor, responda as questões abaixo baseado(a) no seu relacionamento com a _____ (nome da filha).

| Até que ponto o(a) sr(a). TENTA saber... | |
|--|---|
| 01. Onde sua filha vai à noite? | <input type="checkbox"/> não tenta <input type="checkbox"/> tenta pouco <input type="checkbox"/> tenta bastante |
| 02. O que sua filha faz com o tempo livre? | <input type="checkbox"/> não tenta <input type="checkbox"/> tenta pouco <input type="checkbox"/> tenta bastante |
| 03. Onde sua filha está quando não está na escola? | <input type="checkbox"/> não tenta <input type="checkbox"/> tenta pouco <input type="checkbox"/> tenta bastante |

| | |
|--|--|
| Até que ponto o(a) sr(a). REALMENTE sabe... | |
| 4. Onde sua filha vai à noite? | <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> sabe pouco <input type="checkbox"/> sabe bastante |
| 05. O que sua filha faz com o tempo livre? | <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> sabe pouco <input type="checkbox"/> sabe bastante |
| 06. Onde sua filha está quando não está na escola? | <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> sabe pouco <input type="checkbox"/> sabe bastante |
| A respeito de sua filha, considere os seguintes itens: | |
| 07. Ela pode contar com sua ajuda caso tenha algum tipo de problema. | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 08. O(A) sr(a). incentiva sua filha a dar o melhor de si em qualquer coisa que ela faça. | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 09. O(A) sr(a). a incentiva a pensar de forma independente. | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |

| | |
|---|--|
| 10. Ajuda sua filha nos trabalhos da escola se tem alguma coisa que ela não entende. | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 11. Quando quer que ela faça alguma coisa explica-lhe o porquê. | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 12. Quando sua filha tira uma nota boa na escola, com que frequência o(a) sr(a). a elogia? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 13. Quando sua filha tira uma nota baixa na escola, com que frequência o(a) sr(a). a encoraja a esforçar-se mais? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 14. O(A) sr(a). realmente sabe quem são os amigos de sua filha? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 15. Com que frequência o(a) sr(a). passa tempo conversando com sua filha? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |
| 16. Com que frequência o(a) sr(a). e sua filha se reúnem para fazer juntos alguma coisa agradável? | <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> geralmente |

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO G

Entrevistas de Práticas Educativas Parentais

Nome do pai/mãe:

.....

Nome da filha:

.....

Situações Espontâneas:

Rapport: Agora eu gostaria de conversar com o(a) sr(a) sobre situações que acontecem no seu dia-a-dia com a (nome da filha), em que ela faz coisas que lhe incomodam e que são difíceis de lidar. Muitas mães passam por esse tipo de situação com os filhos e muitas vezes é difícil de encontrar o melhor jeito de lidar com isso.

Situação 1

- a) Me conte alguma situação do seu dia-a-dia em que o(a) sr.(a) acha difícil lidar com a (nome da filha).
- b) O que o(a) sr.(a) costuma fazer quando isso acontece?
- c) O(A) sr.(a) costuma ter que fazer mais alguma coisa nessa situação?
- d) E como a (nome da filha) reage?

Situação 2

- a) Me conte alguma outra situação em que o(a) sr.(a) acha difícil lidar com a (nome da filha).
- b) O que o(a) sr.(a) costuma fazer quando isso acontece?
- c) O(A) sr.(a) costuma ter que fazer mais alguma coisa nessa situação?
- d) E como a (nome da filha) reage?

Situação 3

- a) O(A) sr.(a) poderia me contar alguma outra situação em que o(a) sr.(a) acha difícil lidar com a (nome da filha).
- b) O que o(a) sr.(a) costuma fazer quando isso acontece?
- c) O(A) sr.(a) costuma fazer mais alguma coisa nessa situação?
- d) E como a (nome da filha) reage?

Situações Estruturadas:

Rapport: Agora eu vou lhe contar algumas situações que costumam acontecer no dia-a-dia dos pais com os adolescentes e que muitas vezes são difíceis para os pais lidar com os filhos. Talvez o(a) sr(a). ainda não tenha passado por todas elas, mas eu gostaria que o(a) sr(a). tentasse pensar no que faria se isso acontecesse com o(a) sr(a). e sua filha.

Situação 1

Muitos adolescentes não gostam de estudar, só querem se divertir, sair com os amigos, assistir televisão, navegar na Internet etc. Assim, acabam baixando seu rendimento escolar.

- a) O(a) sr(a). já teve esse problema com a (nome da filha)?
- b) O que o(a) sr(a). fez? [O que o(a) sr(a). faria se isso acontecesse?]
- c) O(a) sr(a). teve que fazer mais alguma coisa além disso? [O(a) sr(a). acha que teria que fazer mais alguma coisa além disso?]
- d) E como a (nome da filha) reagiu?

Situação 2

Muitas vezes, os pais descobrem que os filhos adolescentes mentiram sobre algo.

- a) O(a) sr(a). já teve esse problema com a (nome da filha)?
- b) O que o(a) sr(a). fez? [O que o(a) sr(a). faria se isso acontecesse?]
- c) O(a) sr(a). teve que fazer mais alguma coisa além disso? [O(a) sr(a). acha que teria que fazer mais alguma coisa além disso?]
- d) E como a (nome da filha) reagiu?

Situação 3

Atualmente, o consumo de álcool e outras drogas é freqüente entre os adolescentes.

- a) O(a) sr(a). já teve esse problema com a (nome da filha)?
- b) O que o(a) sr(a). fez? [O que o(a) sr(a). faria se isso acontecesse?]
- c) O(a) sr(a). teve que fazer mais alguma coisa além disso? [O(a) sr(a). acha que teria que fazer mais alguma coisa além disso?]
- d) E como a (nome da filha) reagiu?

Situação 4

Muitos pais têm dificuldade de conversar com seus filhos sobre sexo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência etc. Como o(a) sr (a). lida com essa questão?