

Anorexia Nervosa na Adolescência: Estudo de Caso

Almeida de Paiva, Maria O. ^{*a}

^a Centro de Investigação em Psicologia e Educação (CIPE), Porto, Portugal.

Artículo Original

Resumen

As perturbações do comportamento alimentar conduzem a estados biológicos e psicológicos especiais. O resultado da carência total do alimento é contemplado de forma distinta pela anoréctica. Os profissionais têm dificuldades em acordar acerca da terapia mais aceitável. É essencial primeiro perceber quais os objectivos do tratamento e, de seguida, saber como os diversos modelos de tratamento, actualmente usados, sugerem alcançá-los. A pessoa exposta a distúrbios do comportamento alimentar padece de demasiada sensibilidade ao mundo, unida a uma deformidade interna. Resolver estes problemas implica uma alteração das suas relações consigo, com os outros e com o mundo. A presente investigação apresenta um estudo de caso de uma adolescente que foi vítima de Anorexia Nervosa. A Anorexia é, realmente, um problema que a sociedade enfrenta e não pode ignorar. Muitas jovens já morreram, outras seguem-lhes os passos. Mas há, também, aquelas que conseguiram ultrapassar o problema e agora contam a sua história.

Palavras-chave:

Perturbações do Comportamento Alimentar; Anorexia Nervosa; Adolescência.

Abstract

Anorexia in the Adolescence — case study. Eating disorders lead to special biological and psychological states. The result of the total lack of food is treated in a distinct way by anorexia. Nutritionists have thus had difficulty in coming to an agreement on the best therapy to prevent such disorders. First it is essential to understand which treatment aims are and then to attempt to know how the several treatment models used nowadays can reach those aims. Someone who suffers from eating disorders, together with an inner deformation, suffers from too much sensitiveness. In order to solve these problems, one needs a change in the relationship with oneself, with the others and with the world. This study presents a teenager's case study – Anorexia. Is, in fact, a problem that society faces and can't ignore. Many youngsters have already died and others are following their steps. But there are also those ones that succeeded in overcoming the problem and now are reporting their stories.

Key Words:

Eating Disorder; Anorexia; Adolescence.

Recibido el 26 de Noviembre de 2009; Recibido la revisión el 28 de Enero de 2010; Aceptado el 08 de Febrero de 2010

1. Introdução

Desde que foi identificada, a descrição clínica da Anorexia Nervosa (AN) revela uma certa complexidade não só etiológica (se se trata de um transtorno endócrino, neurológico ou psíquico), mas também diagnóstica (se é ou não um transtorno histérico ou se é ou não uma doença propriamente dita) e terapêutica (frequência dos sintomas) (García, 2007). Observa-se um interesse crescente, por parte dos investigadores (Guadarrama, Valdez, Alvarado e Pérez, 2008; Jayasinghe, Grover e Zacharin, 2008; Raevuori et al., 2009; Schmidt e Treasure, 2006; Tinat, 2008),

na identificação e importância dos factores que contribuem para o comportamento anoréctico, por se considerar que a sua abordagem poderia resultar eficazmente no controlo da doença na adolescência.

A investigação que agora se apresenta enquadra-se num estudo empírico qualitativo–estudo de caso intrínseco (Sacks, 1987), de acordo com o sistema de classificação dos métodos de investigação propostos por Montero e León (2007).

A AN é uma perturbação do comportamento alimentar que representa as taxas de maior

* Enviar correspondencia a: Dra. Almeida de Paiva, Maria O.
E-mail: investigar2010@gmail.com

mortalidade das perturbações psiquiátricas. De acordo com Hoeck (2006), a incidência da AN é de aproximadamente 8 pessoas por cada 100 mil, por ano. Tem-se verificado um incremento substancial desta perturbação no período entre 1935 e 1999, em mulheres cujas idades variam entre os 15 e os 24 anos (Espinosa, 2007).

Nesta sequência, é importante perceber que a adolescência é uma época marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, pulsionais, afectivas, intelectuais e sociais, vivenciadas num determinado contexto cultural. Mais do que uma fase, a adolescência é um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta (Kohler e Aimard, 1971). Se se pode afirmar que a adolescência começa com a puberdade, já não é tão fácil dizer quando termina. Dizer que a adolescência acaba quando se passa a ser jovem adulto é, na sociedade actual, difícil de definir. Nos últimos anos surgiu uma nova perspectiva da adolescência com base nos conhecimentos obtidos na investigação na área das neurociências (Casey, Getz e Galvan, 2008; Steinberg, 2008). De acordo com este ponto de vista, os comportamentos de risco na adolescência resultam da interacção entre as mudanças em dois sistemas neurobiológicos distintos: um sistema socioemocional e um sistema de controlo cognitivo (Steinberg, 2007). A transição de infância para a maioridade também é caracterizada através de mudanças psicológicas em termos de identidade, autoconsciência e flexibilidade cognitiva (Blakemore, 2008).

A adolescência é um espaço/tempo onde os jovens através de momentos de maturação diversificados fazem um trabalho de reintegração do seu passado e das suas ligações infantis, numa nova unidade. Esta reelaboração deverá dar capacidades para optar por valores, fazer a sua orientação sexual, escolher o caminho profissional e integrar-se socialmente. Este processo de crescimento faz-se também com retrocessos, faz-se sozinho, com o melhor amigo, com e contra os pais, com os outros adolescentes e com os outros adultos.

A ambivalência da adolescência relaciona-se com as transformações globais que ocorrem no

indivíduo e que tornam este nível etário de difícil compreensão: pelos outros e pelos próprios. Coabitam nesta fase desejos ambivalentes de crescer e de regredir, de se sentir ainda criança e já adulto, de autonomia e de dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projectar no futuro (Steinberg, 2004). O adolescente tem de assumir uma imagem corporal sexualizada, o que nem sempre é fácil (Guadarrama et al., 2008). Haverá que distinguir as transformações fisiológicas com a sua aceitação psicológica. A forma como cada um se auto-percepciona (o autoconceito) e o modo como gostamos de nós (a auto-estima) são muito influenciados pelo meio em que se vive e pela maneira como se é representado e aceite pelos outros. A adolescência é uma fase importante no processo de consolidação da identidade pessoal, da identidade psicossocial e da identidade sexual (Parker et al., 2006).

Na sociedade contemporânea a moda exerce, frequentemente, uma tirania sobre os jovens, padronizando estilos que não se coadunam a todos os corpos. A experiência de si mesmo realiza-se, necessariamente, num meio ambiente, aquele produzido habitualmente pelo meio familiar, o qual se apresenta sob um duplo aspecto: material e relacional. Para além da satisfação das necessidades fisiológicas, o meio familiar representa um papel essencial na experiência dos jovens, pois a experiência é inseparável dos dados concretos e das referências, no seio do qual eles se expressam.

As perturbações alimentares nos adolescentes constituem-se, assim, um sério problema que pode resultar numa morte prematura ou numa doença psicossocial (Espinosa, 2007).

Segundo uma perspectiva médica, a AN é uma perturbação do comportamento alimentar que se caracteriza pela recusa em manter um peso corporal de acordo com os valores normais, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), pelo medo irracional de ganhar peso e pela distorção da auto-imagem corporal. A perda de peso geralmente ocorre pela diminuição da ingestão total de alimentos, que se inicia pela eliminação dos alimentos mais calóricos e acaba numa dieta muito restrita, com ingestão de poucos nutrientes.

Existem ainda outras formas de perder peso, tais como a utilização de medicamentos, a prática de exercícios físicos excessivos e a provocação do vômito. Segundo Santos e Humberg (2007), a causa da anorexia é desconhecida, embora se acredite na multideterminação: união de factores biológicos (predisposição genética), psicológicos (conflitos psíquicos e influência de familiares) e psicossociais. As consequências da AN manifestam-se com amenoreia primária ou secundária, conduzindo, eventualmente, ao aparecimento de osteoporose e de lesões no coração, no fígado, nos rins e no cérebro, podendo mesmo levar à morte (Lobato, 2005).

Uma das formas de prevenção da AN reside na luta por uma alimentação saudável e pela vigilância médica sistemática de uma dieta adequada. O outro lado da prevenção baseia-se no descobrir, com antecedência, as primeiras manifestações da AN e a correcta intervenção terapêutica. Muitas pessoas revelam sintomas já perceptíveis, clinicamente, por um espectador atencioso e que não devem ser analisados levemente; é o caso do denominado Síndrome Parcial. É indispensável aperfeiçoar o conhecimento sobre a patologia alimentar nos adultos que convivem com jovens, incluindo alguns profissionais de saúde, que ainda revelam dificuldades na elaboração do diagnóstico, e os professores que, normalmente, são muito exigentes e incitam a competição. É de salientar os professores de bailado, ginástica, dança, que necessitam de estar de sobreaviso. Outro aspecto preventivo relaciona-se com a reabilitação das pessoas já atingidas pela doença.

O tratamento da AN ocorre, normalmente, em consulta externa. Consta de uma psicoterapia individual, frequentemente acompanhada por uma terapia familiar. Os medicamentos são, por vezes, utilizados para controlar a hiperactividade ou a ansiedade e os antidepressivos são usados se a depressão permanece depois da recuperação ponderal. Embora, segundo García-Alba (2004), a depressão não é uma patologia nuclear na Anorexia. Um estudo de Machado e colaboradores (2006) refere, também, a não existência de diferenças significativas entre a AN e a depressão

($\chi^2=3<38.75$; ns).

Os anorécticos devem ser tratados com um Psicólogo e/ou Psiquiatra com experiência, visto que se fala de uma doença do foro psíquico. Segundo Sampaio (1998), o tratamento, no domicílio, compreende três fases: Recuperação, Progresso e Resolução.

Na evolução do tratamento é necessário continuar a rever os problemas psicológicos, com especial atenção para os sentimentos de inadequação. A doente carece de ajuda para construir a sua identidade. Toda a sua esfera individual e social está, drasticamente, alterada. A adolescente fica dispersa entre a fidelidade à família e os pedidos persistentes dos colegas, presenciando o aumento, dia-a-dia, do seu estado de insatisfação e da sua ansiedade. Pelo menos a dieta é algo particular que só ela domina.

O convívio com outras pessoas com o mesmo problema é, muitas vezes, importante, todavia deve ser praticado com supervisão médica. Quando se verifica uma elevada e/ou rápida perda de peso (IMC <13) o internamento hospitalar é exigido. Igualmente é indicado o internamento quando aparecem dificuldades médicas graves, ou os níveis de perturbação psiquiátrica forem expressivos, nomeadamente no que diz respeito à depressão e perigo de suicídio, ou se ocorre intensa disfunção ou falta de protecção familiares. Quando o tratamento em consulta externa não implica um aumento de peso ao fim de alguns meses deve ser também ponderada a possibilidade de internamento. A gravidade da desnutrição pode, como vimos, ser avaliada pelo IMC, que é obtido pela divisão do peso pelo quadrado da altura (faixa de desnutrição inferior a 18kg/m² para adultos) (Philippi e Alvarenga, 2004).

Existem vários estudos que nos dão a ideia da dimensão da gravidade do distúrbio alimentar em questão. Num estudo de Guadarrama e colaboradores (2008) o objectivo da investigação foi determinar a correlação da AN e Bulimia Nervosa (BN) relativamente à depressão, numa amostra de 266 estudantes. Os resultados permitiram observar que há uma relação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre a depressão e a AN (sexo feminino: $r = .27$ e $p = .001$;

sexo masculino: $r=.38$ e $p=.001$) e entre a depressão e a BN (sexo feminino: $r=.38$ e $p=.001$; sexo masculino: $r=.46$ e $p=.001$), manifestando-se tanto em homens como em mulheres, independentemente do lugar de origem, o que contradiz os resultados do estudo de Machado e colaboradores (2006).

Noutro estudo de Pérez, Sánchez e Mas (2008) foram relacionados os transtornos de personalidade na AN e BN, numa amostra de 93 pacientes, das quais 31 com AN restritiva (r), 31 com AN compulsiva/purgativa (p) e 31 com BN purgativa (p). Usando um teste U (Mann-Whitney) os resultados apontam para valores estatisticamente significativos entre os três grupos e um grupo de mulheres sem patologia conhecida (ANr: $U=229.50$; $p=.000$; ANp: $U=180.00$; $p=.000$ e BNp: $U=136.50$; $p=.000$). Contudo, quando comparados os três grupos com um grupo de risco com perturbações alimentares, apenas as participantes com ANp e BNp apresentaram diferenças significativas ($U=308.50$; $p=.015$ e $U=194.50$; $p=.000$ respectivamente).

Madrid, Pombo e Otero (2001) numa investigação em Espanha com 220 adolescentes e utilizando a Escala de Atitudes Alimentares (EAT-40), constataram que a pontuação média no EAT-40 no sexo feminino ($M=14.39$; $DP=12.06$) é superior à do masculino ($M= 0.29$; $DP=5.37$). A análise de variância das pontuações médias do EAT-40 com a variável sexo são estatisticamente significativas ($F=10.867$; $p<.001$). Neste mesmo estudo, num total de 39 sujeitos (17.8%) que obtiveram pontuações iguais ou superiores a 20 (ponto de corte), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis sociodemográficas, contudo foi possível observar diferenças significativas nas variáveis auto-percepção corporal ($F= 3.587$; $p=.011$), dietas ($F=20.168$; $p=.000$) e frequência das mesmas ($F=9.044$; $p=.000$). Assim, quanto mais obeso se percebe o indivíduo e quanto maior for a probabilidade de se submeter a dietas restritivas para perder peso, maior será a pontuação no EAT-40.

Num estudo feito na Colômbia por Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux e Espinosa (2007) com 174

estudantes universitários de medicina, é referido que 39.7% dos estudantes obtiveram pontuações positivas (pontuações iguais ou maiores que 24) no questionário de Transtornos de Comportamento Alimentar (TCA), valor que indica uma maior probabilidade de desenvolver um TCA; com uma relação mulher-homem de 2:1 e uma prevalência estimada de 44.1% nas mulheres e 9.6% nos homens. Os factores associados com valores positivos na Avaliação do Comportamento Alimentar (ECA) foram o sexo feminino [OR (razões de oportunidade)=2.74; IC95%:1.29-5.85], o querer diminuir o peso corporal (OR=24.65; IC95%:1.92-316.91) e a interacção entre este factor e a percentagem desejada de diminuir o peso (OR=.81; IC95%:0.66-0.98). O ECA permite identificar diferentes tipos de TCA.

Numa pesquisa de Rivarola (2003) com 120 sujeitos argentinos do sexo feminino, utilizando o Inventory of Alimentary Disorders (EDI-2), constatou-se que no grupo de adolescentes dos 12-14 anos ($N=60$) existe uma associação positiva significativa ($p<.01$) entre as escalas do EDI-2 e a Insatisfação com a imagem corporal com tendência a adelgaçar ($r=.50$). Na amostra dos adolescentes com 18-20 anos ($N=60$) encontrou-se também uma associação positiva estatisticamente significativa ($p<.01$) nas escalas do EDI-2: Insatisfação com a imagem corporal com tendência a adelgaçar ($r=.64$), bulimia ($r=.48$), Ineficácia ($r=.36$), Consciência interoceptiva ($r=.45$) e Ascetismo ($r=.57$). É possível observar-se que a insatisfação com a imagem corporal está estreitamente relacionada com o medo de perder o controlo sobre o corpo, levando tanto a condutas de dieta como a episódios de comer em excesso. Assim, existe um marcado grau de confusão em reconhecer e responder adequadamente aos estados emocionais, conduzindo a sentimentos de incapacidade geral e de vazio emocional.

Segundo refere Sampaio (1998), o Núcleo de Doenças de Comportamento Alimentar do Hospital de Sta. Maria, de Lisboa - Portugal, fez uma revisão dos casos estudados entre 1993 e 1996, chegando às seguintes conclusões: (i) Foram observadas 124 doentes com AN, sendo 120 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Em 1997 o

número de casos estudados foi superior; (ii) Nas 120 mulheres com AN, prevaleceu a do tipo restritivo (76,6%), em relação à AN do tipo ingestão compulsiva/purgativa (23,4%); (iii) 85% das doentes eram estudantes; (iv) A idade de início da doença variou entre os 11 e os 27 anos, sendo a média de idades igual a 16; (v) Num elevado número de casos, as doentes recorreram com muito atraso à consulta (3 a 120 meses); em média, o período de tempo foi superior a dois anos. Um dos factores que conduz a este atraso é o desconhecimento, por parte da população, da existência de uma equipa especializada de tratamento; (vi) A média dos pesos foi de 41 kg, com um reduzido IMC (média do IMC=15,63); (vii) O período de amenorreia variou entre 3 e 84 meses; (viii) Nos casos observados em que foi possível o estudo da evolução, 19 foram internadas no Serviço de Psiquiatria, sendo três meses a média de tempo de internamento. A média do peso aumentou para 49,9 kg. Em 67% dos casos foi recuperada a menstruação. As particularidades, em relação à comida, continuaram a existir. Chegaram à conclusão de que algumas das doentes nunca tinham sido sujeitas a dietas ou limitações específicas de alimentos (27%) e outras tinham feito sempre restrições alimentares (18,1%); (ix) Em 49,3% dos casos, as anorécticas consideraram suficiente a autonomia face à família.

Sampaio (1998) salienta, ainda, que numa revisão de 68 estudos de evolução, que corresponderam a 3104 doentes com AN, constatou-se, em valores médios, reabilitação em 43% dos casos, mudança para melhor em 36% e 20% com reduzida evolução e com cronicidade. A taxa de mortalidade neste conjunto de doentes foi de 5%.

Por último, num estudo de Alves, Vasconcelos, Calvo e Neves (2008), as prevalências de sintomas de AN e de insatisfação com a imagem corporal na amostra geral foram, respectivamente, 15,6% (n=179) e 18,8% (n=216). A presença de sintomas de AN mostrou-se associada à faixa etária de 10 a 13 anos ($p=.046$); sobrepeso e obesidade ($p<.001$); insatisfação com a imagem corporal ($p<.001$) e rede pública de ensino ($p=.041$). Ao contrário, não foram observadas associações entre os sintomas de

AN e presença de menarca ($p=.167$) e renda percapita mensal ($p=.423$).

2. Estudo de caso

No presente estudo de caso, foi realizada uma entrevista exaustiva a uma adolescente que foi vítima de um distúrbio do comportamento alimentar - Anorexia Nervosa-, com vista a compreender aspectos básicos do seu comportamento. Pretendeu-se recolher o máximo de informações que permitisse conhecer e tentar perceber as causas e as consequências do aparecimento desta doença.

Identificação da adolescente e do agregado familiar:

J.H.C.O. (entrevistada): sexo feminino, 17 anos, 57 kg de peso e 1,70 metros de altura. Estudante do 12º ano numa escola privada do centro do Porto, Portugal.

Mãe: M.M.C., 47 anos; Habilitações literárias: 4º ano de escolaridade; Profissão: Auxiliar de cozinha do Instituto Português de Oncologia, apenas há 2 anos. Anteriormente era doméstica; Características: Meiga, bondosa, cuidadosa e muito bonita (sem nunca ter feito dietas ou exercício físico). Proveniente de uma família muito humilde.

Pai: A.B.O., 48 anos; Habilitações literárias: 4º ano de escolaridade; Profissão: Chefe de vendas numa escola de informática, estando em casa apenas aos fins-de-semana; Características: Muito inteligente, engraçado, bondoso, ambicioso, com grande capacidade de argumentação, com uma grande vontade de viver, com muitas convicções, com uma personalidade muito forte e que não gosta de ser contrariado.

Irmão: V.M.C.O., 25 anos; Habilitações literárias: 7º ano de escolaridade; Profissão: Funcionário do departamento logístico de uma escola de informática (emprego arranjado pelo pai); Características: Não se interessa em crescer intelectualmente e vive concentrado num mundo que o torna, por vezes, frustrado. Não tem planos, ambições, nem objectivos para o futuro. É muito inconstante e dramático. Namora há pouco tempo e vive obcecado com medo de a perder, em virtude de ela ter apenas 18 anos e pretender entrar para a faculdade.

Resumo das informações mais relevantes

obtidas na entrevista:

A adolescente, em pequena, considerava-se uma criança muito interessante, o orgulho dos seus pais. No entanto, refere que a sua vida nunca foi perfeita, pois nessa altura a sua família tinha problemas económicos e outros. Os pais tinham discussões constantes. Salienta, mesmo, um momento que nunca esqueceu: “(...) ter acordado com o meu pai e a minha mãe a discutirem. O meu pai revelava um ar frustrado e a minha mãe estava a chorar. Eu, desesperada, porque gosto tanto deles, queria vê-los juntos e felizes, (...)”. Relata, ainda, que tudo isto a levou a abstrair-se deste mundo de problemas, para um local só dela, perfeito, onde tudo a fazia feliz e resolveu nunca mais preocupar os pais.

Foi operada aos 7 anos, aos ureteres (problemas de refluxo), o que fez recair sobre ela muitos mimos, que causaram muitos ciúmes ao irmão, que ainda hoje a chama de “menina do papá”. Foi crescendo e mantendo-se cada vez mais no seu mundo perfeito, não permitindo que ninguém lá entrasse e mantendo-o em segredo, com medo que o destruíssem. Era um mundo que permitia viver aquilo que não tinha coragem de viver perante o olhar de outros.

Sempre teve poucos amigos, o que se justifica pela dificuldade que tem em expor as suas emoções, mas, no entanto, considera que foram os escolhidos para a auxiliarem na difícil tarefa de ser perfeita. Foi muito difícil esta ajuda porque ela queria ser forte, ser diferente, ter tudo de bom que os outros tinham, mais o resto que eles não tinham e que ela ambicionava, como ter sonhos, metas. Chega a referir que “(...) ao mesmo tempo que os sonhos demoravam a concretizarem-se, eu esperava completamente parada para que tudo acontecesse, exactamente como eu tinha sonhado, eu dava mais tempo a mim mesma e aos meus sonhos, transformava-os conforme as minhas necessidades e vivia-os intensamente, dia e noite, e assim compensava os silêncios assumidos que me comiam por dentro, afastando-me cada vez mais do mundo (...)”.

Quando entrou para o 2º ciclo do Ensino Básico, o descobrir de rapazes, de amores típicos desta fase, foi muito complicado porque desde

muito cedo ouviu dizer que o irmão deitou tudo a perder desde que começou a namorar e que ela tinha que ter muito juízo e não viver “paixonetas malucas”. Refere que as suas colegas só lhe davam atenção quando precisavam da sua ajuda para algum trabalho. Enquanto as suas amigas tinham romances, ela apenas os lia e imaginava e quando algum rapaz se aproximava dela, contorcia-se mentalmente e tentava afastá-los, pois punham em risco o seu objectivo de ser perfeita aos olhos das pessoas que nunca a tinham abandonado, seus pais, e queria ser o ideal de perfeição. Sempre foi muito boa aluna, nunca esquecendo o seu mundo de fantasia, do qual já estava dependente.

Considera o 8º ano de escolaridade o pior ano da sua vida, o ano das desilusões. Apesar de as notas continuarem muito boas, refere que os poucos amigos que possuía a humilharam e traíram. Renunciou a um rapaz fantástico, apenas porque os seus “princípios” não o permitiam. Nesta altura mudou de casa e tinha que ir de carro para a escola e, depois de uma manhã inteira de aulas, esperava até às 16 horas, até que alguém a viesse buscar. Como ficava sozinha, não almoçava e ia para a casa da tia (problemática e dramática) e, quando chegava a casa, só chorava, sentia-se infeliz, um ser do outro mundo. Sofria, sem ninguém dar por isso. Um dia, dois rapazes que a conheciam, há sensivelmente um ano, revelaram que a achavam diferente e alertaram-na para que se ela precisasse de alguma coisa, poderia contar com eles. Ficou muito indignada com o facto de as pessoas, com quem convivia diariamente, não terem notado o seu sofrimento. Recorda-se de ter saído da escola, um dia, ter chorado em público e ter sido maltratada pelas colegas.

Quando acabou o ano lectivo quis mudar de escola para ficar mais perto de casa e poder fugir das pessoas que lhe fizeram tão mal. Achava-se feia, gorda, um ser desprezível, o que justificava o mal trato. Vieram as férias e decidiu lutar pela sua felicidade. Decidiu acrescentar à sua lista de qualidades, o corpo perfeito. Ambicionava ser manequim, só lhe faltava o peso ideal.

Contou que o pai nunca gostou de mulheres magras e, portanto, era contra as dietas. Na altura, tinha 14 anos, 1,70 metros de altura e 60 kg de

peso. Começou a fazer uma dieta discreta. Já antes a tinha feito na escola, onde ficava das 7.30 até às 16 horas sem comer. Em casa, desculpava-se sempre para não comer muito: enjoada, dor de barriga, já tinha comido, etc. As desculpas sucediam-se e, na verdade, começou a emagrecer, o que fez com que gostasse mais dela e enfrentasse os seus medos. Os únicos momentos de tortura eram as refeições.

Considera o 9º ano de escolaridade o melhor ano da sua vida. Ao mesmo tempo que emagrecia, tinha mais amigos e gostava mais dela. Tinha tudo que necessitava para ser feliz. Foi nesse ano que conheceu a melhor amiga, que ainda hoje conserva e considera ter sido importante para a sua recuperação. Contudo, quando foi a uma consulta de orientação vocacional na escola a psicóloga salientou o facto de ter emagrecido 10 kg e falou-lhe na doença designada por Anorexia Nervosa. A Directora de Turma telefonou à mãe e aconselhou a ida da filha ao médico. A médica do Centro de Saúde aconselhou um Psiquiatra e o vulto da Anorexia começou a pairar no ar, sem no entanto ela o assumir conscientemente. Entrou com a mãe no consultório, muito calma. A psiquiatra, após ter perguntado a razão de ter ido à consulta, calculou o IMC. Pesava na altura 51 kg e foi-lhe aconselhada uma dieta para aumentar 2 kg, de modo a que o IMC chegasse aos 18. Adaptou a dieta mínima aos seus gostos, de forma a contornar a família. Na segunda consulta foi sozinha, a pedido da médica, e verificou que pesava 50 kg. Tinha emagrecido mais 1 kg. A médica conversou sobre a gravidade da doença. Na terceira consulta já tinha engordado 2 kg e a médica deu-lhe os parabéns. Foi nesse dia que ela constatou que, afinal, podia ser feliz com saúde, sentia-se bem. As consultas sucederam-se e o peso não passou dos 51 kg, tendo tido alta porque a médica a achou equilibrada. A psicóloga da escola continuou a dizer que a achava doente, o que ela não admitia. Estava na realidade com um aspecto magro, doente, mas ela sentia-se bem assim.

A pressão por parte de toda a família começou a ser muito intensa mas tinha muito medo de ceder e engordar. A falta de suporte da médica foi suficiente para começar a deixar de comer. Sentia-

se triste, ansiosa, com vontade de recuar no tempo. Foi então que voltou a recorrer à psiquiatra, pesando no momento 46 kg com 1,70 metros de altura. A psiquiatra alertou que se encontrava no caminho da AN. Já há 4 meses que não era menstruada. Surgiu uma penugem nas costas e ombros e uma sensação constante de desmaio. Ficou confusa, assustada, com medo e sem saber para onde fugir. Estava no 10º ano onde as notas já contavam para a entrada na faculdade, no entanto, as professoras, no 1º período, já falavam nos vinte valores se ela continuasse assim. Os elementos da turma não lhe diziam nada. Nesta altura, as dores de cabeça eram tão grandes que, ao fazer um electroencefalograma, lhe diagnosticaram epilepsia. Ficou apavorada, com medo de baixar as notas. A tristeza e o desalento tomaram conta dela e não sabia que rumo havia de tomar. Sucederam-se os medicamentos para a epilepsia, tranquilizantes, anti-depressivos (Prozac). Tudo isto aconteceu antes do Natal e então começou a comer compulsivamente, isto é, chegava a casa e devorava tudo sem qualquer restrição, já não conseguia ponderar os seus actos. Ficava muitas horas sem comer e tentava, pelo meio, vomitar sem sucesso. Surgiram-lhe problemas no estômago e ainda teve de tomar mais medicamentos. Chegou a tomar 8 comprimidos por dia e diz que já não conseguia raciocinar. Começou a comer devido a um impulso incontrollável. Sentia-se a engordar, com falta de objectivos, com uma pressão emocional elevada e uma vontade desmesurada de chorar. As classificações escolares começaram a baixar. Sentia vergonha de sair de casa e odiava receber visitas.

Passou de 46 para 62 kg, o que encara ter sido o pior que lhe podia ter acontecido. Não queria ir mais para a escola enquanto não emagrecesse. Fechou-se em casa e lembra-se ver o desespero estampado no rosto dos seus pais e a brutalidade emocional em alguns dos seus actos. A médica já não conseguia tirá-la daquele pesadelo. Tudo isto somado despertava um desejo enorme de comer, como uma vingança por ter falhado. Só queria morrer, os seus sonhos pareciam miragens e fazia sofrer quem se aproximava dela, sem saber o motivo. O choro era uma constante. Foi então que

viu a mãe a chorar, num estado caótico, por causa dela e as notas baixavam para 16 valores. Então decidiu ser auto-suficiente, prometendo não faltar mais à escola, deixar de tomar os medicamentos, não ser influenciada por terceiros e abandonar as consultas médicas, porque iria “rejeitar” as doenças que a estavam a matar lentamente e de uma forma muito penosa. Resolveu que queria voltar a ter a felicidade que teve no 9º ano e, para isso, acabou o 10º ano e posteriormente mudou para o Externato, onde se encontrava a frequentar o 12º ano.

Refere que continua com uma obsessão em relação à comida, variando entre momentos que não come e outros em que devora a comida. Sabe de cor as calorias de diversos alimentos e não come fritos. Come produtos magros e integrais. Diz sentir-se fragilizada quando vai às compras e é um castigo vestir-se de manhã. Opta por um casaco comprido para se esconder. Salaria que não gosta do seu corpo e pratica muito desporto para não engordar. Odeia ser observada e evita comer acompanhada. Gostava de encarar com naturalidade o acto de comer. Colecciona receitas, especialmente de doces, e adora cozinhar, mas não comer.

Sente que os pais não compreendem a necessidade que tem de ler, escrever, pintar, ouvir música, ver o céu e ouvir o mar. Sente muita necessidade de estar ocupada, aprender coisas novas, coisa que a família não dá valor. Todos os dias luta pelo encontro de alguém com quem se identifique, que a perceba, que a faça sentir normal. Diz-se retraída a falar sobre o assunto porque as pessoas não a entendem e encaram a AN como uma mania, uma dieta ou uma influência do mundo da moda. Considera que o conflito interior, a revolta assustadora e o medo do mundo, são, também, causas importantes.

É interessante dar atenção ao facto dela referir que o que a incomoda, muitas vezes, é a rapidez com que se cansa de tudo. Refere que no ano lectivo anterior começou com o objectivo de saber se ainda conseguia dar o máximo e como no 2º período teve média de 19 valores, estava a perder o forte interesse, estava a sentir uma sensação de vazio, tudo parecia demasiado fácil e sentia uma vontade de experimentar algo de novo. Por tudo

isto diz ter conflitos interiores constantes, a necessidade de algo mais grandioso como “subir a um palco e representar (...)”.

3. Discussão e conclusões

Segundo Gerlinghoff e Backmund (1997) “a Anorexia Nervosa não tem uma causa. É necessário todo um conjunto de circunstâncias para que alguém se torne anoréctico. Os estudos mais recentes apontam para factores biológicos, sócio-culturais, familiares e pessoais” (p.65). Os mesmos autores salientam, ainda, que a maioria das perturbações alimentares surgem ao longo da puberdade, todavia seria nocivo desconhecê-las como fazendo parte integral da crise característica desta idade. Tal como aconteceu com a adolescente entrevistada, os jovens cuja infância já foi assinalada por problemas e que entram na puberdade numa situação de desigualdade face a outros da mesma faixa etária, são mais susceptíveis às doenças do foro psíquico. Cumprem os seus deveres com eficácia, contudo no íntimo sentem uma enorme incapacidade. Temem não conseguir atingir os requisitos da vida de adulto. Sentem-se abandonadas sem a comparência da família e acham-se inaptas para tomar decisões importantes.

Após a análise do conteúdo da entrevista, chega-se à conclusão que a adolescente é um exemplo típico de um caso de AN do tipo restritivo, conforme nos é referido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002). De acordo com os resultados de investigações de Sampaio (1998), obtidos numa revisão de casos estudados entre 1993 e 1996, a AN do tipo restritivo é a mais frequente em estudantes do sexo feminino, sendo o presente trabalho um reflexo destes dados.

No caso em estudo a doença surgiu numa adolescente com 14 anos de idade, estudante e com óptimos resultados escolares. Revela grande necessidade de se manter ocupada e a monotonia não faz parte do seu plano de vida. Nunca teve grandes amigos. Ambiciona ser médica. Recorreu ao médico de família ao fim de 4 meses, por aconselhamento da psicóloga da escola, que se encontrava a fazer orientação vocacional. De seguida, a médica de família encaminhou-a para uma consulta de psiquiatria e, devido a uma

elevada força de vontade, não necessitou de internamento.

No entender de Gerlinghoff e Backmund (1997) os anorécticos não estabelecem qualquer relacionamento fora do âmbito familiar, porque temem dedicar-se e ficarem desiludidos e/ou porque impõem demasiada dedicação aos outros. O próprio desenvolvimento do corpo durante a puberdade contribui para esses processos assustadores e incontrolláveis.

No que se refere às atitudes/sintomas manifestados na adolescente, são claramente típicos da AN. A recusa de manter um peso corporal mínimo, o medo de ganhar peso e o receio da percepção do tamanho e das formas corporais estiveram sempre presentes. Nunca teve falta de apetite e os primeiros alimentos que deixou de comer foram os de grande valor calórico e posteriormente começou a ingerir poucos alimentos. Na fase mais aguda da doença, verificou-se um emagrecimento extremo, atingindo os 46 kg de peso e obtendo um IMC=15,9, o que é revelador de AN (< 17,5) (Philippi e Alvarenga, 2004). Numa fase mais avançada da doença, teve episódios bulímicos e depressivos e, por isso, houve uma preocupação constante em provocar o vômito, mas com insucesso. Este tipo de comportamento é corroborado por Paniagua e García (2003) quando nos referem que a relação entre os transtornos alimentares e atitudes depressivas está mais associada ao sexo feminino. Nesta sequência, como é referido num estudo de Quiroga e Crian (2005), a bulimia é, efectivamente, a sintomatologia que mais se associa à depressão, manifestando-se mais por aspectos internos e pessoais que por externos, como é o caso da AN, na qual se observa que a motivação para o emagrecimento excessivo provoca estados de ânimo baixos; como também as situações externas, como a pressão social e a preocupação pela comida se convertem em factores de risco vinculados à depressão. Um estudo de Guadarrama e colaboradores (2008) evidencia, no sexo feminino, uma relação estatisticamente significativa entre a depressão e a AN ($r=.27$; $p=.001$), a depressão e a motivação para adelgaçar ($r=.30$; $p=.001$), bem como entre a depressão e a preocupação pela

comida ($r=.32$; $p=.001$).

A adolescente refere, também, ter intensificado a prática de exercício físico. Teve amenorreias de 3 meses e verificou-se o aparecimento de lanugo. A dor de cabeça e a dor abdominal foram uma constante. Existiu sempre uma preocupação com o peso, mesmo depois de emagrecer. Sentia-se na mesma gorda e, assiduamente, fazia pesagens repetidas, medição de certas partes do corpo e observava-se ao espelho com frequência. Toda esta insatisfação com a imagem corporal e atitudes face à alimentação estão de acordo com os resultados obtidos nos estudos de Alves e colaboradores (2008), Madrid e colaboradores (2001) e Rivarola (2003).

Segundo a entrevistada, no início a energia era inesgotável. Houve uma fase em que negava o problema, o humor foi afectado, houve uma necessidade de isolamento social e uma irritabilidade permanente, o que também está de acordo com os estudos de Pérez, Sánchez e Mas (2008). Outras investigações existem que revelam resultados estatisticamente significativos entre os transtornos alimentares e os transtornos de personalidade (Grilo, et al., 2003; Sansone, R.; Levitt e Sansone, L., 2005).

O sentimento de incapacidade, a preocupação com o comer em público e o coleccionar receitas, são aspectos que não foram esquecidos pela adolescente em questão. Teve grande necessidade de controlar tudo à sua volta, com uma espontaneidade social diminuída e grande restrição da iniciativa e expressão emocional.

A detecção de problemas gástricos, e especialmente a epilepsia, deixaram a adolescente abalada, com medo de baixar as notas – “(...) a minha cabeça não pode falhar, principalmente neste momento, (...) a minha mente é a minha fuga (...)”. Foi uma fase em que ingeriu uma elevada quantidade de medicamentos. Recuperou a menstruação mas as particularidades em relação à comida continuam a existir. Tem necessidade de praticar o máximo de desporto e o seu corpo continua a ser não desejado. Anteriormente já tinha feito dieta na escola, ficando cerca de 9 horas seguidas sem comer.

É de referir que esteve sempre implícito no discurso da adolescente, durante a entrevista, a importância da família/amigos no reconhecimento de si, enquanto pessoa. A autonomia face à família é primordial. Assim, o contexto material e relacional, que são particulares da estrutura familiar, podem apoiar, mais ou menos, as experiências da adolescente. Gerlinghoff e Backmund (1997) salientam que os pais terão de questionar os seus valores, assim como a relação com o filho doente. Os mesmos autores referem ainda que “quem aprende a aceitar a autonomia dos outros mesmo no seio de uma relação muito próxima, dá um importante passo no sentido de eliminar as causas dos distúrbios alimentares” (p. 85).

Neste caso concreto, a adolescente acabou por ter que sonhar sozinha e ao mesmo tempo que os sonhos tardavam a concretizarem-se, ela dava mais tempo a si mesma e a estes, modificava-os consoante as suas necessidades e vivia-os de uma forma intensa, e assim ia compensando os silêncios assumidos, afastando-se, cada vez mais, do mundo real. Este tipo de pensamentos é explicado por Marcos, Cantero e Sabastián (2003) quando nos referem que, sem dúvida, é difícil explicar às anorécticas esta falta de apoio, já que, com frequência, sonham ser perfeccionistas e estabelecem altos valores para elas como para os demais. Uma possível explicação é que estas ideias de apoio destas pacientes se foram deteriorando durante a sua doença, enquanto a sua psicopatologia determinou as suas relações com os outros, conduzindo-as a uma relação menos satisfatória e a uma menor expectativa de interações sociais.

Relativamente às fontes de apoio verifica-se, segundo o estudo de Marcos e colaboradores (2003), que o apoio da família é menor nas anorécticas relativamente ao grupo de controlo. Este resultado pode explicar-se pela tendência deste tipo de pacientes perceber as manifestações de ajuda, afecto, carinho e informação, por parte da família, como um não apoio. Consideram a família como o “inimigo” no objectivo de adelgaçar o

corpo. Deste modo, este apoio percebido pode não reflectir a realidade do apoio previsto, já que a auto-estima diminui a percepção de apoio, e ao não ser entendido como tal, acusam a sua falta. Assim, uma baixa auto-estima diminui a percepção de apoio e esta ausência de apoio percebida diminui a auto-estima. Em todo o caso propõe-se que qualquer terapia, dirigida a tratar um transtorno alimentar, deve incluir uma área dedicada a melhorar a auto-estima, bem como um treino em estratégias que permitam a estas pacientes ampliar as suas redes de apoio e relações, possibilitando um maior número de condutas de apoio de outras fontes distintas da família. Desta forma, os tratamentos que incluem o treino em competências de comunicação, em resolução de problemas e em estratégias de confrontação que ajudem estas pacientes a melhorarem o seu funcionamento quotidiano, aumentar a sua auto-eficácia, reduzir os conflitos familiares e melhorar a qualidade das suas relações, poderiam facilitar uma atitude mais receptiva perante à ajuda oferecida pelos outros.

Da revisão de literatura poder-se-á dizer que o único aspecto da AN em que existe praticamente unanimidade é na plena urgência de tratamento. O auxílio é fundamental e tem de ser desejado com rapidez. Qualquer demora apenas contribui para a manutenção dos maus costumes alimentares, para o desânimo da doente, para a diminuição da sua auto-estima e para que os sentimentos de fracasso se acentuem. Tal como menciona Byrne (2001), é essencial primeiro perceber quais são as finalidades do tratamento e de seguida saber como os diversos modelos de tratamento, actualmente usados, sugerem alcançar esses fins.

O tratamento deve auxiliar a doente a alcançar determinados objectivos, entre os quais, como refere Byrne (2001): (i) A aceitação e valorização do próprio corpo com o seu peso normal. É indispensável adquirir uma silhueta do corpo o mais aproximada do vulgar e fazer gostar do seu aspecto; (ii) Aprender a gostar de si mesma: estruturar uma identidade que não seja a da “magricela”. A anoréctica necessita de desvendar quem é e o que faz dela uma adolescente com interesse, para além do seu aspecto; (iii) Permutar a infância pelo estado de mulher. Tem de aprender a

admitir a sua condição de mulher e conseguir aceitar as desvantagens e as gratificações da sexualidade e da condição feminina; (iv) Assumir riscos. Os sujeitos com perturbações do comportamento alimentar são inflexivelmente contra a mudança, principalmente quando não podem prognosticar nem orientar as suas consequências; (v) Aceitar responsabilidades e resolver problemas. É elementar para a recuperação conseguir aceitar-se a si própria, tendo em consideração os próprios defeitos; (vi) Aprender a acreditar. A anoréctica necessita de aprender a confiar nos outros e não duvidar que os outros têm em consideração os seus sentimentos. Deste modo, conseguirá admitir que pode consumir o que promete; (vii) Aprender a pensar de outra maneira. As anorécticas têm propensão para concretizar discernimentos morais sobre realidades que não têm conteúdo moral (por exemplo – “Ser gorda revela que não tenho autocontrolo”). Juízos deste tipo funcionam como impedimentos para a recuperação, mas podem ser punidos com a ajuda da família e o auxílio de profissionais; (viii) Reconsiderar os relacionamentos. Necessita de descobrir uma estabilidade benéfica entre a dependência desmedida e a rebeldia por completo; (ix) Reconhecer que a solução e as dificuldades estão no seu interior e não são impostas de fora. Precisam de perceber que mesmo os indivíduos mais favorecidos precisam de trabalhar muito e ter perseverança. Esta postura de aceitação possibilitará que a doente assuma responsabilidade pelo seu restabelecimento.

Em virtude das perturbações do comportamento alimentar só terem sofrido recentemente um desenvolvimento expressivo, os profissionais têm dificuldade em acordar acerca da terapia mais aceitável. Assim, como salienta Byrne (2001), “cada terapeuta e cada abordagem terapêutica têm de lidar com cada doente como um caso específico e estritamente individual” (p. 149).

No entender de García (2007) os recursos a terapias de modificação de conduta, segundo o sistema de prémio e castigo, não são só impróprias como podem provocar danos, aumentando a confusão, a anulação e a incapacidade dos sujeitos.

Na realidade é uma técnica terapêutica cada vez menos utilizada, assim não resta outra opção se não estabelecer as condições para um terreno terapêutico em que o indivíduo acredita no espaço em que ele é escutado e não ajuizado, onde o terapeuta questiona, juntamente com o paciente, os enigmas desta patologia.

É marcante a maneira como a adolescente acabou a entrevista, revelando uma grande sensibilidade: “(...) mas nem com todas as palavras do mundo eu demonstraria tudo aquilo que me vai na alma, os sentimentos que povoam o meu coração, os sonhos que alimentam a minha imaginação (...) tenho uma forte esperança num mundo perfeito, simples como uma flor, misterioso como uma nuvem e mágico como um romance, (...)”. Foi curioso o facto de no fim ter agradecido por a terem escutado e ajudado a reflectir, salientando, ainda, que se encontrava a tremer e bastante abalada. Por último, referiu que, na realidade, é muito difícil convencer-se de que é especial e não diferente do resto do mundo.

Quanto ao estudo de caso analisado nesta investigação, poder-se-á dizer que a adolescente para desenvolver a AN necessitou de reunir um baixo autoconceito e alguma obsessividade. Duvidou do seu próprio valor e teve relações difíceis com aqueles que a rodeavam. Os pais, com tantos problemas para resolver, só tinham olhos para os bons resultados escolares e não reparavam como ela andava triste. Foi muito importante para a jovem adolescente sentir que o terapeuta não estava só preocupado com o seu aumento de peso. Hoje, é uma adolescente perfeccionista, com altos padrões de exigência pessoal e com grande sentido de responsabilidade. Encontrou um sentido para a sua vida e um lugar de pertença e de direito na família. Presentemente frequenta o curso de medicina na Faculdade de Medicina do Hospital de S. João, do Porto, Portugal.

Como profissional da educação, que lida com uma população onde são frequentes os TCA, este estudo tem um papel relevante na sensibilização de toda a comunidade escolar para este tipo de patologia. Os TCA sendo um problema importante na comunidade educativa, é fundamental a prevenção primária combinada com o

reconhecimento precoce e tratamento, ajudando a diminuir a morbidade e mortalidade em adolescentes com transtornos alimentares. Quando são detectados possíveis sinais de distúrbios alimentares nos alunos, os professores devem escutá-los auxiliando-os a trazer para a consciência conflitos que desconheçam, mas que podem incluir conteúdos primitivos de relevo. Dessa maneira, será possível ajudá-los orientando-os para uma consulta da especialidade, pois, embora a AN tenha características comuns, a história de vida e o modo de lidar com os conflitos variam de pessoa para pessoa. Nesta permanente busca pela solução, muitas vezes sem êxito, muitos alunos não admitem o conflito e a impotência diante desse problema e, por isso, não procuram um especialista. Além disso, é essencial realizar um trabalho com a família, tendo sempre o cuidado de não culpabilizar ninguém, pois a família também age através do seu inconsciente.

Outro aspecto importante deste estudo é proporcionar uma aproximação à problemática das condutas alimentares de risco, tema pouco estudado em contexto escolar. Um conhecimento atempado dos processos que desencadeiam a doença pelos parentes, amigos, professores e treinadores pode facilitar a avaliação pelo sistema de saúde.

Da análise da entrevista e da revisão de literatura efectuada, verifica-se a necessidade de uma maior investigação centrada no apoio social e nos transtornos de conduta alimentar, onde se concretizem as dimensões do apoio relevantes nestes transtornos e se utilizem desenhos longitudinais que permitam conhecer o papel do apoio social não só no decurso da doença mas também no início e no fim da mesma. Os estudos transversais não permitem concluir que este défice no apoio social é uma característica que precede a AN ou, se pelo contrário, é o resultado da própria doença. Este estudo poderá contribuir para a elaboração de programas de prevenção e intervenção dirigidos a pacientes e grupos de risco onde se poderá, também, fomentar a ampliação das suas redes sociais e o uso de estratégias que as ajudariam a solicitar um maior apoio social. É fundamental desenhar estratégias de prevenção

primária das desordens alimentares a fim de desenvolver recursos positivos que promovam a própria aceitação e bem-estar integral tanto físico como psicológico. Para isso é necessário haver uma maior articulação professor/médico escolar e maior sensibilidade por parte das escolas para este tipo de problema.

Uma limitação deste estudo foi o centrar-se numa única entrevista a uma adolescente de uma escola de um centro urbano. Assim, será importante aumentar o número de entrevistas e aplicar, em meio rural e urbano, questionários sobre hábitos alimentares e características da personalidade (perfeccionismo e auto-avaliação negativa) para detectar indícios que apontem para a predisposição de distúrbios alimentares. Outros aspectos a ter em conta nos questionários são os factores sócio-económicos, pois estes podem favorecer a existência de transtornos alimentares (não tomar o pequeno-almoço em casa ou só uma refeição por dia), bem como os aspectos relativos à insatisfação com o próprio corpo, que prevalecem nas adolescentes.

Recomenda-se que os professores tenham um conhecimento mais aprofundado sobre a temática dos transtornos alimentares, dos riscos que podem representar fazer exercícios físicos, praticar um desporto ou sedentarismo, na medida em que todos, realizados de uma forma inadequada, podem desencadear desordens alimentares.

Finalmente, como questionam Cobelo, Saikali e Schomer (2004), poder-se-á falar numa estrutura familiar particular para a AN? Será que existem características significativas e que possam, com a identificação de seus aspectos intrínsecos, fazer uma diferença válida para um tratamento mais eficiente? Será que a caracterização da família de um paciente com AN é importante para a prática clínica? Estas e muitas outras questões têm sido colocadas pelos terapeutas de família e investigadores que se dedicam às perturbações alimentares, de forma a contribuir para a prevenção primária e evitar, assim, as sequelas a longo prazo.

Referências

- Alves, E., Vasconcelos, F. A. G., Calvo, M. C. M., e Neves, J. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do

- sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 24(3), 503-512.
- American Psychiatric Association - APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR* (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Editora ArteMed.
- Blakemore, S.-J. (2008). Development of the social brain during adolescence. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61 (1), 40–49.
- Byrne, K. (2001). *Anorexia e Bulimia – um guia para pais e educadores*. S. João do Estoril: Princípa, Publicações Universitárias e Científicas.
- Casey, B. J., Getz, S., e Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62–77.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., e Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 184-187.
- Espinosa, X. P. (2007). Evolução de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa. *Terapia Psicológica*, 25 (1), 73-85.
- Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. P., e Espinosa, R. (2007). Factores asociados com los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38 (4), 344-351.
- García-Alba, C. (2004). Anorexia and depression: Depressive comorbidity in anorexia adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 7 (1), 40-52.
- García, F. P. (2007). Cuerpo e subjetividad: acerca de la anorexia nerviosa. *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5), 529-542.
- Gerlinghoff, M., e Backmund, H. (1997). *Anorexia e Bulimia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Grilo, C. M., Sanislaw, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stour, R. L., Shea, M. T., Zannarini, M. C., Bender, D. S., Morey, L. C., Dyck, I. R., e McGlashan, T. H. (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 155-164.
- Guadarrama, R. G., Valdez, K. V. D., Alvarado, R. L., e Pérez, L. T. (2008). Anorexia y Bulimia y su relación com la depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 18, 57-61.
- Hoeck, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and others eating disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 19, 389-394.
- Jayasinghe, Y., Grover, S., e Zacharin, M. (2008). Current concepts in bone and reproductive health in adolescents with anorexia nervosa. *BJOG*, 115, 304–315.
- Kohler, C., e Aimard, P. (1971). *Problemas da infância e da adolescência*. Lisboa: Editorial verbo.
- Lobato, J. C. M. (2005). Dicas de saúde - Anorexia Nervosa. *Jornal Empresas e Negócios*, 4, p. 8.
- Machado, B. C., Gonçalves, O. F., Machado, P. P. P., Henriques, M. R., Roma-Torres, A., e Brandão, I. (2006). Anorexia nervosa: Divergent validity of a prototype narrative among anorexia relatives. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 243-252.
- Madrid, H. M., Pombo, M. G., e Otero, A. G. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias e la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13, 539-545.
- Marcos, Y. Q., Cantero, M. C. T., e Sebastián, M. J. Q. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 313-333.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Paniagua, R., e García, C. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 411-422.
- Parker, J. G. et al. (2006) Peer relationships, child development, and adjustment: a developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti e D. J. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology: Theory and Methods* (pp. 96-161). New York: Wiley.
- Pérez, I. T., Sánchez, C. R., e Mas, M. B. (2008). MCMII-Borderline Personality Disorder in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Psicothema*, 20, 138-143.
- Philippi, S. T., e Alvarenga M. (2004). Transtornos alimentares: uma visão nutricional. In T. A. Cordás, F. T. Salzano e S. R. Rios (Eds.), *Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento* (pp. 39-62). Barueri: Manole.
- Quiroga, C., e Cryan, G. (2005). comparación de la evolución clínica de la depresión en dos tipos de abordaje terapéutico para adolescentes tardías com trastornos de alimentación. *Fundamentos de Humanidades*, 6, 101-124.
- Raeuori, A., Hoeck, H. W., Susser, E., Kaprio, J., e Rissanen, A., et al. (2009) Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins. *PLoS ONE* 4 (2): e4402. doi:10.1371/journal.pone.0004402.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 149-161.
- Sacks, O. (1987). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Muchnik.
- Sampaio, D. (1998). *Vivemos Livres numa Prisão* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho, S.A.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., e Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 13, 7-21.
- Santos, C. L., e Humberg, L. V. (2007). Quero comer não, mãe: considerações sobre anorexia nervosa. *Conscientiae Saúde*, 6, 173-178.

- Schmidt, U., e Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 343-366.
- Steinberg, L. (2004) Risk-taking in adolescence: What changes, and why? *Ann. N. Y. Acad. Sci. 1021*, 51-58.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science, 16*, 55-59.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk taking. *Developmental Review, 28*, 78-106.
- Tinat, K. (2008). ¿Existen la “anorexia” y la “bulimia” en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarias y corporales entre los jóvenes de Patamban, Michoacán. *Estudios Sociológicos, 26*, 647-667.