



Maria Xavier de Araújo

**TRAJECTÓRIAS DE RECUPERAÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA:
NARRATIVAS DE EX-PACIENTES E SEUS FAMILIARES.**

TESE DE DOUTORAMENTO

PSICOLOGIA

2011

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, orientada pela Professora Doutora Margarida Isabel Rangel Santos Henriques.

Projecto subsidiado pela:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

(SFRH/BD/ 27921 / 2006)



Resumo

A compreensão e o tratamento da Anorexia Nervosa constitui ainda hoje um desafio, sabendo-se que dos pacientes que sobrevivem, menos de 50% recuperam (Steinhausen, 2002). A investigação actual apresenta lacunas quer sobre a eficácia das intervenções terapêuticas (Fairburn & Harrison, 2003), quer na compreensão do processo de recuperação (Woods, 2004). A influência da família no comportamento anoréctico é amplamente reconhecida e, segundo Ausloss (2003), se a família contribui para a emergência do sintoma, também pode contribuir para o seu desaparecimento. Assim, numa perspectiva sistémica e construcionista social, pretende-se no mesmo estudo articular a compreensão do processo de recuperação na Anorexia Nervosa, com as dinâmicas familiares associadas, a partir de narrativas de ex-pacientes e seus familiares. Para tal, foram realizadas 23 entrevistas com ex-pacientes e 10 entrevistas familiares, bem como a aplicação da FACES III a todos os familiares entrevistados. A análise dos dados recolhidos foi organizada em 3 estudos.

No estudo I, a partir da visão das ex-pacientes, foram identificadas três tipos de trajetórias de recuperação: as *trajetórias estéticas* (mais curtas e lineares, e centradas na relação com o corpo/alimentação), as *trajetórias relacionais* (mais longas e sinuosas, e centradas na relação da jovem com os outros) e as *trajetórias centradas no self* (trajetórias híbridas, centradas na mudança de traços psicológicos).

No estudo II, e de acordo com as narrativas familiares, evidenciou-se que, se nas *trajetórias estéticas* e *centradas no self* a família não se percebe implicada no problema nem descreve transformações na sua dinâmica com a recuperação, nas *trajetórias relacionais* o funcionamento familiar vai-se transformando em direcção à recuperação, culminando em avanços no processo de autonomia da ex-paciente.

No estudo III, a partir da meta-visão da investigadora, concluiu-se que a presença emocional, a flexibilidade e a coordenação parental são 3 movimentos familiares fundamentais para a recuperação da Anorexia Nervosa, permitindo à jovem encontrar uma alternativa na definição do seu espaço individual na família, entre a proximidade dos outros e a afirmação de si.

No final, os resultados foram discutidos no sentido de se apurarem associações entre as diferentes trajetórias de recuperação encontradas, a forma como os sistemas familiares actuam, as teorias sistémicas vigentes e ainda as actuais macro-narrativas sociais dominantes.

Abstract

The understanding and treatment of Anorexia Nervosa remains a challenge to this day. It is known that less than 50% of the surviving patients recover (Steinhausen, 2002). Current research reveals gaps not only in knowledge regarding the efficacy of therapeutic interventions (Fairburn & Harrison, 2003), but also in the understanding of the recovery process (Woods, 2004). The influence of the family in anorectic behavior is widely recognized and, according to Ausloss (2003), if the family contributes to the emergence of the symptom, it may also contribute to its disappearance. Therefore, in a systemic and social constructionism approach, this study intends to articulate the understanding of the process of recovery in Anorexia Nervosa, with the understanding of family dynamics associated with this process, through narratives of former patients and their families. To this purpose, 23 interviews with 10 former patients and 10 family interviews were conducted, as well as the administration of the FACES III to all the relatives interviewed. The analysis of the data collected was organized in 3 studies.

In study I, from the perspective of the former patients, we identified three types of recovery trajectories: *aesthetic trajectories* (shorter and linear, and focused on relationship with the body/food), *relational trajectories* (longer and sinuous, and centered on the young girl's relationship with others) and *self-centered trajectories* (hybrids and centered on the change of psychological traits).

In study II, and according to the family narratives, it became clear that, if in the *aesthetic* and *self-centered trajectories* families don't involve themselves in the explanation of the problem neither describe changes in their dynamic after recovery, in *relational trajectories* family functioning transforms itself toward recovery, culminating in progress in the autonomy of the former patient.

In study III, from the meta-view of the researcher, the conclusion was that the emotional presence, flexibility and parent coordination are three fundamental family movements in the recovery from Anorexia Nervosa, allowing the young girl to find an alternative in the definition of her individual space within the family, between the proximity of others and self-affirmation.

In the end, the results were discussed in order to propose associations between the different trajectories of recovery that were found, the way family systems operate, the present systemic theories and, also, the current social dominant macro-narratives.

Résumé

La compréhension et le traitement de l'Anorexie Nerveuse représente, de nos jours, encore un défi, puisque l'on sait que, parmi les patients qui survivent, moins de 50% récupèrent (Steinhausen, 2002). La recherche actuelle présente des lacunes, aussi bien quant à l'efficacité des interventions thérapeutiques (Fairburn & Harrison, 2003) que par rapport à la compréhension du processus de récupération (Woods, 2004). L'influence de la famille dans le comportement anorexique est largement reconnue et, d'après Ausloos (2003), si la famille contribue à l'apparition du symptôme, elle peut également contribuer à sa disparition. Ainsi, dans une perspective systémique et constructionniste sociale, nous prétendons, dans la même étude, articuler la compréhension du processus de récupération dans l'Anorexie Nerveuse aux dynamiques familiales associées, à partir de récits d'ex-patientes et de membres de leur famille. Dans ce but, nous avons interviewé 23 ex-patientes et 10 membres de leur famille et nous avons appliqué FACES III à tous ces derniers. L'analyse des données recueillies a été organisée en 3 études.

Dans l'étude I, à partir de la vision des ex-patientes, nous avons identifié trois types de trajectoires de récupération: les *trajectoires esthétiques* (plus courtes et linéaires, centrées sur la relation corps/alimentation), les *trajectoires relationnelles* (plus longues et sinueuses, centrées sur la relation de la jeune aux autres) et les *trajectoires centrées sur le self* (trajectoires hybrides, centrées sur le changement des traits psychologiques). Dans l'étude II, et d'après les récits de la famille, nous avons mis en évidence que, si dans les *trajectoires esthétiques et centrées sur le self*, la famille ne se sent pas impliquée dans le problème ni ne décrit des transformations dans sa dynamique avec la récupération, dans les *trajectoires relationnelles* le fonctionnement familial se transforme peu à peu dans le sens de la récupération, culminant dans des avancées dans le processus de l'autonomie de l'ex-patiente. Dans l'étude III, à partir de la métavisoin de la chercheuse, on est arrivé à la conclusion que la présence émotionnelle, la flexibilité et la coordination parentale sont 3 démarches de la famille fondamentales pour récupérer de l'Anorexie Nerveuse, permettant à la jeune de trouver une alternative dans la définition de son espace individuel dans la famille, entre la proximité des autres et l'affirmation de soi.

Finalement, les résultats ont été discutés, afin de trouver des associations entre les différentes trajectoires de récupération trouvées, la façon dont agissent les systèmes familiaux, les théories systémiques en vigueur et encore les actuels macrorécits sociaux dominants.

Agradecimentos

Toda a obra tem um autor. Mas por trás do autor existem múltiplos actores que tornaram possível a emergência de um autor, a quem devo o meu agradecimento.

Aos participantes, ex-pacientes e seus familiares, por me terem aberto a porta das suas vidas e das suas casas e terem partilharem comigo as suas vivências, de vitórias e de pesares, que possibilitaram a realização deste estudo.

À minha orientadora, Professora Margarida Henriques, por me ter aceite como orientanda neste projecto, apesar dos riscos inerentes, pelo elevado estímulo e o desafio que sempre colocou no contexto conversacional, por ter adoptado uma postura de orientação sem direcção ou instrução, permitindo-me ser a protagonista desta narrativa e, finalmente, por ter acreditado até ao fim que era possível...

À Fundação da Ciência e Tecnologia, pela bolsa que me concedeu para a concretização desta investigação, que me permitiu virar uma página no rumo profissional que até então se estava a desenhar.

Ao Dr. Roma Torres, por me ter encorajado neste meu desejo de abraçar a investigação de mão dada ao contexto clínico, por me ter aberto as portas do serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João para observar, acompanhar e entrevistar jovens com Anorexia Nervosa e suas famílias e, fundamentalmente, por me acolher com o seu entusiasmo e espírito crítico, possibilitando-me diversas aprendizagens.

À Dra. Isabel Brandão, por me ter oferecido não só a oportunidade de seguir o seu trabalho com doentes com Perturbações de Comportamento Alimentar e seguir algumas das suas doentes, quer em acompanhamentos individuais, quer em terapia familiar, possibilitando-me um manancial de aprendizagens, como também a sua amizade, expressa nas suas palavras doces de força e constante disponibilidade.

À Prof. Luísa Ferreira da Silva por todo o apoio que me deu na revisão da tese, por me ter acolhido com tanto carinho, juntamente com a restante equipa da Universidade Aberta (Fátima, Cristina, Olga, Dália,...), nas suas reuniões de investigação, enriquecendo-me com numerosas aprendizagens e, fundamentalmente, por todo o interesse, apoio e confiança que demonstrou no meu trabalho.

Ao terapeuta familiar Marcelo Pakman, por logo no início ter aceite discutir comigo o projecto e por ter dado pistas essenciais que só mais tarde compreendi o valor inestimável das mesmas.

À Dra. Gabriela Moita, pelo seu apoio e compreensão demonstrada perante as dificuldades inerentes à finalização da tese.

À Cristina, pela amizade, pela presença, pelo carinho com que acolheu as minhas dificuldades e me devolveu em forma de força.

À Inês, Joana, Marlene por me fazerem sentir que estávamos no mesmo barco e me terem oferecido a sua ajuda sempre que necessitasse.

À Marisa por me ter possibilitado momentos de discussão sobre o projecto, com um outro olhar.

Ao meu irmão pelo sempre pronto apoio na correcção e revisão de textos na língua inglesa e à tia Mimi pelo meticoloso apoio na tradução na língua francesa.

Aos meus pais e aos meus sogros por terem feito variadíssimos esforços para me apoiarem na maternidade, cuidando do Afonso como ninguém na minha ausência, e pela fé que sempre depositaram no meu esforço e dedicação.

A ti mãe, pela tua sábia leveza de saborear a vida. A ti pai, pela tua força e garra com que a vives.

Ao Sérgio, pela sua constante presença e carinho, por ter doseado o optimismo com o realismo em momentos cruciais do projecto, por ter tido a paciência de me ouvir falar vezes sem conta sobre os mesmos assuntos, por me ter oferecido tantas alegrias nos últimos anos que me deram força para continuar, por ser o meu companheiro da vida que me estende a mão, deixando-me contudo percorrer o meu próprio percurso.

E, por último, ao amor mais recente da minha vida, o meu filho Afonso, que ofereceu à minha vida não só momentos de leveza e alegria como também me desenvolveu o pragmatismo, ingredientes necessários para a finalização de um projecto como este.

Índice

Prólogo	1
Parte I. Enquadramento epistemológico e teórico	5
Capítulo I. O modelos sistémico e o contrucionismo social: uma proposta de olhar	7
1.1. O desenvolvimento do pensamento sistémico e a terapia familiar	7
1.2. O Construtivismo, o Construcionismo social e o pensamento pós-moderno	10
Capítulo II. A história das histórias da Anorexia Nervosa: os heróis, vítimas e vilões	15
2.1. Em torno de construções sócio-históricas individuais: Das heroínas santas às vítimas de doença mental.....	15
2.2. Em torno de construções sócio-históricas familiares: Das famílias psicossomáticas às famílias competentes	18
Capítulo III. O fenómeno da Anorexia nervosa na actualidade: De uma entidade clínica específica a uma espécie de cavalo-marinho	33
3.1. Discurso médico.....	33
3.2. Discurso sociológico.....	36
3.3. Discurso psicológico.....	39
Capítulo IV. A recuperação da Anorexia Nervosa e as diferenças que podem fazer a diferença	49
4.1. A supremacia do discurso médico na concepção de recuperação.....	49
4.2. As diferenças que podem fazer a diferença para a recuperação da Anorexia Nervosa: Os estudos randomizados e controlados, os factores de recuperação e as trajectórias de recuperação	57
Parte II. Estudo empírico: Trajectórias de recuperação da Anorexia Nervosa	81
Capítulo I. Objectivos e Método do estudo empírico	83
1.1. Introdução ao estudo empírico	83
1.2. Investigação qualitativa: métodos e procedimentos de recolha e análise de dados.....	86
1.3. Participantes.....	90
1.4. Procedimento de recolha e análise de dados.....	90
1.5. Questões de rigor e de validade.....	108
Capítulo II. Resultados do estudo I: A visão das ex-pacientes	111
2.1. Concepção do problema e da recuperação	112
2.2. Trajectórias de recuperação	134
2.2.1. Trajectórias Estéticas	136
2.2.1.1. Circunstâncias pessoais e familiares	138
2.2.1.2. Início do sintoma.....	140

2.2.1.3.	Fases do problema.....	141
2.2.1.4.	Fases da recuperação	145
2.2.1.5.	Situação actual.....	149
2.2.2.	Trajectórias Relacionais.....	191
2.2.2.1.	Circunstâncias pessoais e familiares	155
2.2.2.2.	Início do sintoma.....	161
2.2.2.4.	Fases do problema.....	163
2.2.2.4.	Fases da recuperação	167
2.2.2.5.	Situação actual.....	174
2.2.3.	Trajectórias centradas no self (ou híbridas)	185
2.2.3.1.	Circunstâncias pessoais e familiares	186
2.2.3.2.	Início do sintoma.....	188
2.2.3.3.	Fases do problema.....	190
2.2.3.4.	Fases da recuperação	192
2.2.3.5.	Situação actual.....	196
2.2.4.	Trajectórias de recuperação – diferenças entre os 3 tipos.....	201
2.3.	Narrativas de momentos poéticos.....	206
2.4.	Factores de recuperação	234
2.4.1.	Factores relacionados com o tratamento.....	235
2.4.2.	Factores extra-tratamento	244
2.4.3.	Localização dos factores úteis na trajectória de recuperação.....	259
Capítulo III. Resultados do estudo II: A visão dos familiares		263
3.1.	De um forte envolvimento familiar a um envolvimento residual.....	264
3.2.	A dinâmica familiar ao longo das diferentes trajectórias.....	265
3.2.1.	A dinâmica familiar nas trajectórias relacionais	265
3.2.1.1.	Concepção dos familiares sobre o problema.....	267
3.2.1.2.	Circunstâncias anteriores ao problema.....	270
3.2.1.3.	Reacção inicial ao problema.....	271
3.2.1.4.	Dinâmica familiar do problema à recuperação	273
3.2.1.5.	Funcionamento actual do sistema familiar	283
3.2.2.	A dinâmica familiar nas trajectórias estéticas	290
3.2.2.1.	Concepção dos familiares sobre o problema.....	291
3.2.2.2.	Circunstâncias anteriores ao problema.....	294
3.2.2.3.	Reacção inicial ao problema.....	295
3.2.2.4.	Dinâmica familiar do problema à recuperação	296
3.2.2.5.	Funcionamento actual do sistema familiar	304

3.2.3.	A dinâmica familiar nas trajectórias centradas no self	309
3.2.3.1.	Concepção dos familiares sobre o problema	310
3.2.3.2.	Circunstâncias anteriores ao problema	312
3.2.3.3.	Reacção inicial ao problema	313
3.2.3.4.	Dinâmica familiar do problema à recuperação	314
3.2.3.5.	Funcionamento actual do sistema familiar	323
3.2.4.	Análise da dinâmica familiar de um caso de não recuperação	329
Capítulo IV.	Resultados do estudo III: Uma meta-visão	337
4.1.	Um contágio (in)previsível?	337
4.2.	Uma arrelia com um alvo inatingível!	350
4.3.	Crescendo num trapézio sem rede	358
4.4.	Uma história unificadora a partir de 3 histórias.....	364
Capítulo V.	Discussão dos resultados	372
5.1.	Síntese dos resultados.....	430
5.2.	Discussão dos resultados.....	434
5.2.1.	Discutindo concepções sobre a Anorexia Nervosa e Recuperação... ..	377
5.2.2.	Reflectindo sobre trajectórias de recuperação.....	388
5.2.3.	Questionando a influência da dinâmica familiar na recuperação.....	398
5.2.4.	Imaginando a Anorexia Nervosa enquanto acto político... ..	403
PARTE III.	Conclusão	407
1.1.	O final de histórias (in)acabadas	409
1.2.	Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros	416
Referências bibliográficas	421

Índice de quadros

Quadro 1. Evolução das construções sócio-familiares do fenómeno da Anorexia Nervosa	30
Quadro 2. Critérios de definição de recuperação de acordo com pacientes e terapeutas	52
Quadro 3. Factores de recuperação.....	66
Quadro 4. Descrição dos participantes – Ex-pacientes	92
Quadro 5. Descrição dos participantes – Agregado familiar	94
Quadro 6. Entrevista individual sobre a recuperação da Anorexia Nervosa	96
Quadro 7. Entrevista familiar sobre a recuperação da Anorexia Nervosa	98
Quadro 8. Descrição das categorias temporais codificadas	103
Quadro 9. Descrição dos aspectos codificados em cada dimensão de análise das narrativas de mudança	104
Quadro 10. Descrição das dimensões de análise relativamente às movimentações familiares do problema à recuperação	106
Quadro 11. Conceção sobre o problema	112
Quadro 12. Conceção sobre a recuperação	113
Quadro 13. Trajectória conceptual do problema	115
Quadro 14. Oposição ao fenómeno estético	119
Quadro 15. Conceção sobre a recuperação nas narrativas estéticas	122
Quadro 16. Conceção sobre a recuperação nas narrativas relacionais	122
Quadro 17. Recuperação: processo inacabado	124
Quadro 18. Exemplificação da localização das narrativas em relação ao pólo estético	127
Quadro 19. Exemplificação da localização das narativas em relação ao pólo relacional	128
Quadro 20. Anorexia Nervosa: um fenómeno estético, centrado no self ou relacional	132
Quadro 21. Concepções sobre o problema e recuperação: Quadro-resumo dos resultados	133
Quadro 22. Trajectórias estéticas: Início do sintoma	140
Quadro 23. Trajectórias estéticas: Narrativas auto-atributivas	140
Quadro 24. Fase I do problema nas trajectórias estéticas: Desejo de emagrecer e Não aceitação do diagnóstico.....	141
Quadro 25. Fase II do problema nas trajectórias estéticas: Perda de controlo	143
Quadro 26. Fase III do problema nas trajectórias estéticas: Isolamento	143
Quadro 27. Trajectórias estéticas: Reacção familiar ao início do sintoma	144
Quadro 28. Fase I da recuperação nas trajectórias estéticas: Admitir o problema	145
Quadro 29. Fase II da recuperação nas trajectórias estéticas: Seguir o plano alimentar	146
Quadro 30. Fase III da recuperação nas trajectórias estéticas: Sair do isolamento ..	147
Quadro 31. Situação actual nas trajectórias estéticas: Mudanças na relação com o corpo/alimentação	149
Quadro 32. Quadro resumo das Trajectórias estéticas.....	151
Quadro 33. Trajectórias estéticas: Quadro-síntese dos resultados	152

Quadro 34. Circunstâncias pessoais e familiares: Perda/Ausência de significativo ..	155
Quadro 35. Circunstâncias pessoais e familiares: Oposição familiar a escolhas e desejos individuais	156
Quadro 36. Circunstâncias pessoais e familiares: Imprevisibilidade e insegurança na vida familiar	156
Quadro 37. Circunstâncias pessoais e familiares: Presença de crítica	157
Quadro 38. Circunstâncias pessoais e familiares: Desejo de ser perfeita	157
Quadro 39. Circunstâncias pessoais e familiares: Responsabilidades, expectativas e objectivos elevados	158
Quadro 40. Circunstâncias pessoais e familiares:Dificuldades interpessoais com os pares	159
Quadro 41. Circunstâncias pessoais e familiares: Super-presença da mãe/ Ausência do pai	159
Quadro 42. Circunstâncias pessoais e familiares: Tristeza/Isolamento	160
Quadro 43. Trajectórias relacionais: Início do sintoma como algo ocasional ou inexplicável	161
Quadro 44. Trajectórias relacionais: Início do sintoma como algo que ganha um significado relacional	162
Quadro 45. Fase I do problema: Querer continuar a impôr-se aos outros/ querer conseguir controlar o mundo através da restrição alimentar	163
Quadro 46. Fase II do problema: Perder o controlo	164
Quadro 47. Reacção dos familiares à fase I e II do problema	164
Quadro 48. Fase III do problema: Depressão	165
Quadro 49. Reacção dos familiares à fase III do problema: depressão	166
Quadro 50. Fase I da recuperação: Querer mudar de vida	167
Quadro 51. Fase II da recuperação: Seguir o plano alimentar, para perseguir um objectivo pessoal	168
Quadro 52. Fase II da recuperação: Comer descontroladamente para evitar a morte/internamento	169
Quadro 53. Fase III da recuperação: Altos e Baixos alimentares	173
Quadro 54. Situação actual nas trajectórias relacionais: Cresci/ fortaleci-me como pessoa	175
Quadro 55. Situação actual nas trajectórias relacionais: Diferenciação do self	176
Quadro 56. Situação actual nas trajectórias relacionais: Transformações nas relações familiares	177
Quadro 57. Situação actual nas trajectórias relacionais: Transformações na relações de amizade	178
Quadro 58. Situação actual nas trajectórias relacionais: Mudanças ao nível de determinados traços psicológicos	179
Quadro 59. Situação actual nas trajectórias relacionais: Mudanças na relação com a alimentação/corpo	180
Quadro 60. Situação actual nas trajectórias relacionais: Mudanças por realizar	181
Quadro 61. Quadro resumo das Trajectórias relacionais	182
Quadro 62. Trajectórias relacionais: Quadro-síntese dos resultados	184
Quadro 63. Circunstâncias pessoais e familiares	187
Quadro 64. Trajectórias centradas no self: Início do sintoma como algo inexplicável	188
Quadro 65. Trajectórias centradas no self: Início do sintoma como reflexo do perfeccionismo/ baixa auto-estima	189

Quadro 66. Trajectórias centradas no self: Reacção inicial dos familiares ao sintoma	189
Quadro 67. Fase I do problema: Restrição alimentar movida pelo perfeccionismo/ baixa auto-estima	190
Quadro 68. Fase II do problema: Perda de controlo da restrição alimentar	191
Quadro 69. Fase III do problema: Isolamento/Depressão	191
Quadro 70. Fase da recuperação: Investimento escolar	194
Quadro 71. Fase da recuperação: Integração num novo contexto de pares	195
Quadro 72. Situação actual: Mudanças ao nível de determinados traços psicológicos	196
Quadro 73. Situação actual: Prazer em fazer coisas	197
Quadro 74. Situação actual: Mudanças na relação com a alimnetação, mudanças por realizar na relação com o corpo	197
Quadro 75. Quadro-resumo das Trajectórias centradas no self	199
Quadro 76. Trajectórias centradas no self: Quadro-síntese dos resultados	200
Quadro 77. Síntese comparativa das trajectórias estéticas, relacionas e centradas no self	201
Quadro 78. Análise de um momento poético de N10: Demonstração genuína de amor/preocupação por parte de alguém significativo Erro! Marcador não definido.	209
Quadro 79. Análise comparativa de 2 momentos poéticos de N2: Demonstração genuína de amor/preocupação por parte de alguém significativo	209
Quadro 80. Análise de um momento poético de N5: Desistência de alguém significativo / riso de ficar só	211
Quadro 81. Análise comparativa de momentos poéticos: Desistência de alguém significativo/ Risco de ficar só	212
Quadro 82. Análise de um momento poético de N1: Risco de ficar só/ Confronto com a doença.....	213
Quadro 83. Análise comparativa de momentos poéticos: Confronto com a doença/ morte através do outro	214
Quadro 84. Análise de um momento poético de N9: Experiência de Prazer/mestria .	215
Quadro 85. Análise comparativa de momentos poéticos: Arriscar comer/ter mais peso	217
Quadro 86. Análise comparativa de momentos poéticos: Arriscar (re)entrada em contextos de socialização	219
Quadro 87. Análise de um momento poético de N13: Experiência de prazer/mestria	221
Quadro 88. Análise comparativa de momentos poéticos: Alta médica.....	222
Quadro 89. Análise de um momneto poético de N2: Descoberta de novas competências	223
Quadro 90. Análise comparativa de momnetos poéticos: Descoberta de novas competências/opções para a vida	225
Quadro 91. Momentos poéticos: Quadro-síntese dos resultados	233
Quadro 92. Factores de recuperação: Sub-categorias	234
Quadro 93. Factores terapêuticos relacionados com as qualidades do terapeuta ..	235
Quadro 94. Papel da família: Pressionar/controlar a alimentação/ versus Não pressionar /flexibilizar na alimentação.	245
Quadro 95. Papel da família: Confiar/responsabilizar/ dar liberdade	246
Quadro 96. Papel da família: Não criticar/ aceitar incondicionalmente/ compreender	246
Quadro 97. Papel específico da mãe	248

Quadro 98. Papel específico do pai	249
Quadro 99. Papel da família alargada	250
Quadro 100. Factores individuais: Determinação/motivação	254
Quadro 101. Factores individuais: Ter objectivos	255
Quadro 102. Factores individuais: Fazer coisas novas/ por prazer	255
Quadro 103. Conceção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias relacionais	267
Quadro 104. Circunstâncias familiares anteriores ao problema, referidas pelos familiares nas trajectórias relacionais	270
Quadro 105. Primeira pessoa a notar o problema nas trajectórias relacionais	271
Quadro 106. Reacção inicial ao problema nas trajectórias relacionais: Oposição da P.I. em relação à mãe/pai	272
Quadro 107. Reacção inicial ao problema nas trajectórias relacionais: Culpabilização/ Responsabilização	272
Quadro 108. Factores considerados úteis pela família, nas trajectórias relacionais ..	282
Quadro 109. Quadro-resumo da dinâmica familiar nas trajectórias relacionais	289
Quadro 110. Conceção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias estéticas: Anorexia Nervosa.	292
Quadro 111. Conceção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias estéticas: Algo inexplicável	292
Quadro 112. Conceção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias estéticas: Não culpabilização do problema	293
Quadro 113. Circunstâncias anteriores ao problema nas trajectórias estéticas: Dificuldade da mãe de separação dos filhos	295
Quadro 114. Primeira pessoa a notar, nas trajectórias estéticas	295
Quadro 115. Factores considerados úteis pelos familiares, nas trajectórias estéticas	303
Quadro 116. Quadro-resumo da dinâmica familiar nas trajectórias estéticas	308
Quadro 117. Conceção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias centradas no self: Algo grave, doença, sem causa, reflexo da personalidade	311
Quadro 118. Circunstâncias anteriores ao problema referidas pelos familiares nas trajectórias estéticas	312
Quadro 119. Primeira pessoa a notar, nas trajectórias centradas no self	314
Quadro 120. Factores considerados úteis pelos familiares para a recuperação, nas trajectórias centradas no self	321
Quadro 121. Quadro-resumo da dinâmica familiar nas trajectórias centradas no self	326
Quadro 122. Síntese comparativa da dinâmica familiar nas trajectórias estéticas, relacionais e centradas no self	327
Quadro 123. Ganhos e perdas associados ao sintoma de N3	344
Quadro 124. Ganhos e perdas associados à recuperação de N3	346
Quadro 125. Ganhos e perdas associados ao sintoma de N2	354
Quadro 126. Ganhos e perdas associados à recuperação de N2	355
Quadro 127. Ganhos e perdas associados ao sintoma de N20	361
Quadro 128. Ganhos e perdas associados à recuperação de N20	362
Quadro 129. Síntese dos temas dominantes em 3 histórias de recuperação	371
Quadro 130. Trajectórias de recuperação da Anorexia Nervosa	373
Quadro 131. Dinâmica familiar do problema à recuperação	376

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução temporal das construções sócio-individuais em torno do fenómeno da Anorexia Nervosa	18
Figura 2. Concepções hipotéticas da recuperação partindo de diferentes metáforas relacionais.....	56
Figura 3. Trajectória conceptual do problema	117
Figura 4. Fenómeno estético versus fenómeno relacional	121
Figura 5. Figura de Eduards Boring	125
Figura 6. Nova figura de Eduards Boring	126
Figura 7. Pólos conceptuais do fenómeno Problema/Recuperação descrito	126
Figura 8. Localização de 6 narrativas no continuum conceptual.....	130
Figura 9. Localização das narrativas no continuum conceptual	131
Figura 10. Continuum conceptual.....	131
Figura 11. Distribuição das tipologias de narrativas em função da duração da trajectória problema/recuperação	134
Figura 12. Representação gráfica do percurso das trajectórias analisadas.....	139
Figura 13. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Circunstâncias anteriores ao problema	139
Figura 14. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Início do sintoma	141
Figura 15. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Fases do problema	145
Figura 16. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Fases da recuperação.	149
Figura 17. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Situação actual	151
Figura 18. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Circunstâncias anteriores ao problema.....	161
Figura 19. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Início do sintoma.....	163
Figura 20. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Fase do problema.....	167
Figura 21. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Fase da recuperação.....	174
Figura 22. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Situação actual.....	182
Figura 23. Emergência de um grupo de trajectórias híbridas	184
Figura 24. Representação gráfica das trajectórias centradas no self: Circunstâncias anteriores ao problema.....	188
Figura 25. Representação gráfica das trajectórias centradas no self: Início do sintoma	190
Figura 26. Representação gráfica das trajectórias centradas no self: Fases do problema	192
Figura 27. Representação gráfica das trajectórias centradas no self: Fases da recuperação.....	196
Figura 28. Representação gráfica das trajectórias centradas no self: Situação actual	198
Figura 29. Representação gráfica das trajectórias identificadas	200
Figura 30. Representação da idade da participante no momento de entrevista por tipo de trajectória narrada.....	202
Figura 31. Representação da idade do diagnóstico inicial por tipo de trajectória narrada	203

Figura 32. Representação do tempo decorrido de recuperação e o tipo de trajetória narrada.....	204
Figura 33. Representação das modalidades de tratamneto por tipo de trajetória narrada.....	205
Figura 34. Trajetória dos momentos poéticos ao longo da recuperação (parte 1)	216
Figura 35. Trajetória dos momentos poéticos ao longo da recuperação (parte 2)	222
Figura 36. Trajetória dos momentos poéticos ao longo da recuperação (parte 3)	226
Figura 37. Frequência relativa percentual das diferentes personagens nos momentos poéticos narrados.....	227
Figura 38. Frequência relativa percentual das diferentes personagens nos momentos poéticos, ao longo da trajetória de recuperação.....	228
Figura 39. Frequência relativa percentual dos diferentes cenários nos momentos poéticos.....	229
Figura 40. Frequência relativa percentual dos diferentes cenários nos momentos poéticos, por cada fase da recuperação.....	230
Figura 41. Frequência relativa percentual do tipo de impacto emocional presente nos momentos poéticos, por cada fase da recuperação.....	231
Figura 42. Factores considerados úteis ao longo da trajetória de recuperação.....	261
Figura 43. Dinâmica da família de N2 antes, durante e após o problema.....	275
Figura 44. Dinâmica da família de N8 antes, durante e após o problema.....	277
Figura 45. Dinâmica da família de N18 antes, durante e após o problema.....	280
Figura 46. Perfil circumplexo da família de N2 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	284
Figura 47. Perfil circumplexo da família de N8 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	285
Figura 48. Perfil circumplexo da família de N18 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	288
Figura 49. Dinâmica da família de N3, de N5 e N22 antes do aparecimento do problema.....	296
Figura 50. Dinâmica da família de N3 antes, durante e após o problema.....	297
Figura 51. Dinâmica da família de N5 antes, durante e após o problema.....	301
Figura 52. Dinâmica da família de N22 antes, durante e após o problema.....	302
Figura 53. Perfil circumplexo da família de N3 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	305
Figura 54. Perfil circumplexo da família de N5 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	306
Figura 55. Perfil circumplexo da família de N22 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	307
Figura 56. Dinâmica da família de N11 antes, durante e após o problema.....	317
Figura 57. Dinâmica da família de N11 antes, durante e após o problema.....	319
Figura 58. Dinâmica da família de N20 antes, durante e após o problema.....	321
Figura 59. Perfil circumplexo da família de N11 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	323
Figura 60. Perfil circumplexo da família de N14 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	324
Figura 61. Perfil circumplexo da família de N20 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	325

Figura 62. Perfil circunplexo da família de N21 – Funcionamento familiar percebido e idealizado.....	336
Figura 63. Movimentos familiares na direcção da recuperação	369
Figura 64. As trajectórias de recuperação e o nível de energia no sistema familiar na relação com as macro-narrativas dominantes	415

Listagem de abreviaturas

AFAAB - Associação dos Familiares e Amigos dos Anorécticos e Bulímicos

AN - Anorexia Nervosa

ANR - Anorexia Nervosa do tipo restritivo

ANP - Anorexia Nervosa do tipo purgativo

EDI - Eating Disorder Inventory

FACES - Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scale

NSuj ou Nx (x=número) - Código do sujeito

PCA - Perturbação do Comportamento Alimentar

P.I. - Paciente Identificado

SCL-90-R - Symptom Checklist 90-Revised

Prólogo

Na Croácia, segundo um guia turístico local, a palavra ‘problema’ tem um significado um pouco diferente em relação às outras línguas faladas noutras nações. Apenas é considerado ‘problema’ aquele que não for susceptível de resolução pelo indivíduo, ou seja, algo cuja solução o ultrapasse, não estando assim ao seu alcance. Deste modo, a guerra é considerada pelos croatas um problema, já que a sua resolução não está ao alcance do cidadão comum individual. Os outros ‘problemas’ com resolução, que as restantes nações igualmente denominam por problemas, não são assim considerados pelos croatas sendo antes denominados por ‘questões a resolver’.

A Anorexia Nervosa pode não ser um problema no sentido ‘Croata’. Quantas vezes os próprios e os familiares que rodeiam os pacientes caem em situações de desespero por acharem que a solução os ultrapassa e não está ao seu alcance. Contudo, nesta tese procurei-me colocar no ponto de vista de um croata que não olha para este fenómeno como um problema mas como uma questão a resolver que está ao alcance do próprio e dos que o rodeiam.

Ao longo da vida, somos formatados para prestar mais atenção à trama dramática do que aos desfechos. Vejamos as histórias de contos de fadas, em que toda a carga emocional e dramática é salientada nas vicissitudes e problemas, enquanto o desfecho é muitas vezes resumido na expressão tão repetida e banal do “e viveram felizes para sempre”. Na investigação que levei a cabo, procurei desenvolver uma postura de curiosidade face a esta parte da trama, como se quisesse perceber a história do capuchinho vermelho ou da branca de neve não apenas a partir da trama em que é perseguida pelo lobo ou pela madrasta mas também a partir do momento em que encontra o príncipe ou salva a avó.

Mas antes mesmo de falar do início da investigação, gostava de começar pelo início anterior a este, que começou pela escolha do tema. Ao ler várias investigações neste domínio, constatei como é frequente haver uma motivação muito pessoal para a escolha do tema. A investigação conduzida por Garrett (1998) publicada na obra “Beyond Anorexia” é exemplo disso, uma vez que surgiu da sua experiência pessoal enquanto ex-anoréctica, tendo a escolha do estudo da recuperação emergido como uma necessidade de explicar a sua própria recuperação. No meu caso pessoal, a escolha do tema não se deveu a um contacto directo prévio com a Anorexia Nervosa, mas antes ao meu crescente interesse pela terapia familiar, em que há anos me vinha a formar, e que me oferecia novas lentes para dotar de inteligibilidade fenómenos tradicionalmente centrados no indivíduo e na sua patologia. Nessa altura tive a oportunidade de frequentar um workshop sobre a Anorexia Nervosa e lembro-me como fiquei desagradada com as explicações de natureza individual e de causalidade linear que tinham sido avançadas. Dadas as minhas mais recentes lentes sistémicas e dada a minha tendência para desconfiar de explicações lineares, a semente para o nascimento deste trabalho tinha acabado de ser plantada na curiosidade do meu espírito científico.

Antes contudo de mergulhar nesta investigação, procurei mergulhar nos oceanos do fenómeno, observando jovens e menos jovens com Anorexia Nervosa no internamento, na sala de espera, nas consultas médicas, nas

sessões de terapia familiar do Hospital de S. João. Foi à medida que fui mergulhando neste oceano que o meu interesse pelo fenómeno foi aumentando, a cada novo contacto, perante uma dita doença tão intrigante quanto camaleónica, que parecia permitir-me rever numerosos conceitos psicopatológicos bem como premissas existenciais.

Recordo-me perfeitamente de ti, Ana¹, a primeira doente internada que eu vi, que parecia saída de um livro de casos clínicos da obra de Freud, pelo facto de apresentar um mutismo selectivo aparentemente inexplicável. Lembro-me do esforço que parecias fazer para falares e da voz sussurrada e fraquinha que saía da tua figura esquelética e esquelética. Lembro-me como achei intrigantes as duas faces que apresentavas, um lado aparentemente doce e vulnerável, dependente e um pouco infantil para a idade que tinhas, que te fazia fazer desenhos e flores para todos os funcionários e outro lado aparentemente forte e poderoso, que resistia aos alimentos como um lutador idealista em dias de greve de fome. Mais tarde, quando te acompanhei em sessões de terapia com a tua família percebi melhor como estavas no seio de uma encruzilhada conjugal, em que, se calhar, sem te aperceberes te tinhas aliado à tua mãe, contra o teu pai, sendo difícil para ti, da posição que ocupavas, conseguires ver que ambos te amavam e não estava nas tuas mãos a decisão do futuro deles.

No internamento não só tive oportunidade de acompanhar algumas jovens como também resolvi realizar um primeiro estudo com os familiares para perceber retrospectivamente o que acontecia durante e após o internamento do ponto de vista familiar. Ao longo das várias entrevistas que fiz a pais e filhas que haviam sido internadas, separadamente, percebi como a experiência de separação entre pais e filhas era especialmente violenta para os pais. Curiosamente não constatei o mesmo para os filhos, em que apenas partilharam comigo o sofrimento oriundo do facto de recearem que os pais não estivessem bem. Percebi que apesar da separação acarretar diferentes mudanças no sistema familiar, e ser vivida de formas distintas pelas diferentes famílias, não trazia progressos consistentes em termos de evolução da doença após o internamento.

Não só nestas entrevistas mas também nos corredores do hospital, na sala de terapia familiar, vislumbrei várias vezes a culpa a bambolear-se, parecendo-me a culpa um alimento de que as famílias partilham e que intensifica toda a trama familiar que a certa altura se desenrola. Ao longo do tempo segui em terapia familiar também várias famílias, umas aparentemente perfeitas outras menos, outras com um elemento dominante e outro mais submisso, num jogo perfeito de complementaridade. Na sala de espera, como mera observadora, cheguei a presenciar um fenómeno intrigante na relação entre os diferentes membros de várias famílias, um fenómeno que chamarei de competição, ainda que não esteja certa da denominação. Pais e sobretudo mães falavam nos filhos relativamente à doença, cada um tentando demonstrar como se a sua filha estivesse numa situação mais grave que o outro, ou tivesse tido mais tratamentos, mais médicos, mais qualquer coisa. Fiquei sensível à palavra “mais” tão presente nestas famílias e também tão relacionada com esta doença intrigante, em que o “mais” parece ser a palavra de ordem, por não quererem comer mais ou por quererem emagrecer só mais um pouco.

¹ Todos os nomes próprios apresentados nesta dissertação que se referem a pacientes, ex-pacientes e familiares são fictícios.

Todas estas visitas pelo fenómeno da Anorexia Nervosa serviram para fazer crescer o meu interesse e curiosidade pela doença e pela “cura”. Efectivamente, apesar de ter estado tão próxima das doentes, cresceu em mim o desejo de ver o outro lado. Imbuída do espírito de De Shazer, que partindo das exceções em relação à manifestação do problema inicia a construção de lugares propícios ao encontro de soluções, comecei a querer olhar cada vez mais para as soluções e menos para os problemas. Procurei inicialmente estudar a mudança a partir de famílias clínicas, seguida em processo de terapia familiar. Mas o tempo da mudança não parecia ser compatível com o tempo da investigação, bem como a flexibilidade necessária do tratamento parecia estar em oposição ao rigor que a investigação terapêutica por vezes exige.

Ao ver as bases de dados existentes sobre as jovens atendidas no Hospital de S. João, os números começaram a saltar-me à vista, mostrando-me taxas fracas de recuperação, duração de tratamentos longas, elevado número de drop-outs. A literatura também estava condizente com aqueles números. Apesar da dificuldade que se vislumbrava no acesso à amostra, estes números despertaram a minha vontade de estudar a recuperação.

Esta investigação começou assim com uma pesquisa quase policial, num resgate difícil de ex-pacientes, a partir de uma lista incompleta, de registos existentes ainda escritos pela mão dos clínicos, com moradas e contactos desactualizados, que procurei actualizar. Deparei-me depois com uma amostra evitante, que quase me faziam rumar para o meu próprio evitamento. Foi um trabalho árduo que apenas teve solução com a ajuda do Dr. António Roma Torres e Dra. Isabel Brandão que conseguiram “angariar” directamente mais participantes para a minha amostra. Ao fazer as entrevistas li dei com os mais variados sentimentos. Senti inicialmente, e por vezes, algum desapontamento com algumas entrevistas individuais, em que estando eu à espera de uma descrição da trajectória de recuperação como algo complexo e moroso assisti a algo muito mais simples e linear. Só que há medida que ia fazendo mais e mais entrevistas, este meu desapontamento ia-se transformando em encantamento, pelas diferenças, pelas idiosincrasias inerentes a cada entrevistada. Dei por mim várias vezes tão envolvida nas histórias das ex-pacientes que me questionava se aquele desfecho seria ou não inevitável. Em muitas entrevistas, desloquei-me aos próprios lares. Independentemente de serem casas mais humildes ou mais abastadas, observei sem excepção casas impecavelmente limpas e arrumadas, extremamente cuidadas na aparência, um terreno eventualmente fértil ao culto da perfeição, pelo menos aparente. E com todo este processo cada vez se tornou maior a minha capacidade empática face ao problema, face a todos os que estão envolvidos, tendo percebido que a ignorância anda muitas vezes de mão dada com a incapacidade de compreensão e aceitação. Este produto resulta então desta busca incessante por histórias, histórias de recuperação da Anorexia Nervosa, de transformação individual e/ou familiar, movidas por esta minha sempre crescente curiosidade...

Não penso que esta dissertação seja uma história acabada, como provavelmente nenhuma o é. Aliás, penso que a curiosidade e as questões na minha mente estão agora ainda mais febris do que quando iniciei este estudo. Da mesma forma, não penso que as histórias para estas famílias e para estas jovens que entrevistei tenham terminado, já que as histórias irão acompanhá-las e serão os alicerces de outras histórias futuras. Também a história da Anorexia Nervosa não termina no ponto em que a revi e a história da recuperação ainda agora se está a iniciar, esperando que este possa ser um contributo para que cada vez mais esta seja uma realidade.

Por agora, e começando por propor um olhar sistémico e construcionista social (Capítulo I) sobre o fenómeno da Anorexia Nervosa, convido o leitor para uma primeira viagem pela história da Anorexia Nervosa, da Idade Média até à actualidade (Capítulo II). Na actualidade proponho uma paragem pelos diferentes discursos sobre a Anorexia Nervosa, o médico, sociológico e psicológico (Capítulo III), seguida da visita à outra face do fenómeno - a recuperação da Anorexia Nervosa (Capítulo IV) - com circuito pelos estudos randomizados e controlados de eficácia terapêutica, pelos factores e trajectórias de recuperação, ou seja, pelas 'diferenças que fazem a diferença'. Seguir-se-á uma segunda excursão (Parte II) pelo estudo empírico (Capítulo I), começando pela descrição dos objectivos e método do presente estudo sobre as trajectórias de recuperação da Anorexia Nervosa, até à passagem pela apresentação dos resultados propriamente ditos, de acordo com: 1) a visão das ex-pacientes (Capítulo II), acerca das concepções sobre o fenómeno, trajectórias de recuperação, momentos críticos de mudança (que denominarei por momentos poéticos) e factores de recuperação; 2) a visão das famílias (Capítulo III), no que diz respeito ao seu envolvimento com o fenómeno e à sua dinâmica ao longo da recuperação; e 3) a meta-visão da investigadora (Capítulo IV) relativamente às especificidades e comunalidades entre histórias de recuperação de ex-pacientes e seus familiares. A última paragem desta excursão será a discussão de resultados (Capítulo V), num movimento ora de ordem, ora de desordem. Para terminar esta viagem (Parte III), proponho ao leitor paragens nas 6 conclusões principais extraídas da análise das histórias de recuperação (re)construídas e uma reflexão final com pistas para estudos futuros e com a identificação de limitações e contra-tempos de toda esta viagem.

Parte I

Enquadramento epistemológico e teórico

Capítulo I – O modelos sistémico e o construcionismo social: uma proposta de olhar

Se perguntarmos a alguém de que cor é a neve, obteremos facilmente a resposta branco, no entanto se para a maioria de nós esta é uma resposta satisfatória para um esquimó afigurar-se-á como uma brincadeira. Para os esquimós, 'branco' é uma realidade demasiado simplificada e óbvia, já que estes distinguem uma grande variedade de brancos, uma vez que necessitam de diferenciar diferentes condições do gelo e da neve. Se os esquimós vêem vários 'brancos', a maioria de nós vê apenas branco e tal não se deve aos nossos olhos, às nossas capacidades perceptivas, mas a algo para além de nós, ao todo a que pertencemos que é mais do que a soma das partes.

Efectivamente a forma como vemos, lemos, concebemos o mundo não começa nem termina em nós. Depende em grande medida de um todo em que estamos integrados, seja ele a sociedade, a cultura, a família, o nicho ao qual pertencemos. Nesta lógica, mudar a visão do mundo apenas a partir do indivíduo poderá tornar-se uma missão inglória. Neste sentido, surgiu a terapia familiar, como forma de trabalhar com os indivíduos e para além deles, no sentido de captar não só as visões mas o contexto em que estas visões se formam, já que o mundo não é preto e branco, e já que no próprio branco podem haver vários brancos. De seguida, será apresentada uma breve revisão histórica desde o surgimento da terapia familiar até ao eclodir das perspectivas pós-modernas.

1.1. O desenvolvimento do pensamento sistémico e a terapia familiar

A terapia familiar surge nos anos cinquenta, no pós segunda Guerra Mundial, numa época conturbada e de mudança, como alternativa de resposta às abordagens provenientes do modelo médico-psicológico que se focavam apenas no indivíduo e se mostravam ineficazes para alguns problemas (Barker, 2000). Esta nova prática foi sendo enriquecida com princípios teóricos oriundos do pensamento sistémico e das explicações cibernéticas. Se o conceito de sistema, derivado da biologia e fisiologia era um conceito já do século XIX, só em 1934 é que Ludwing von Bertalanffy concebe a teoria geral dos sistemas, mostrando que qualquer sistema é organizado segundo os mesmos princípios: comporta-se de forma diferente que a soma das partes, é uma totalidade organizada e o modo como se organiza tem consequências significativas sobre a sua forma de comportar-se (Bertrando & Toffanetti, 2004, p.54). Simultaneamente ao desenvolvimento da teoria geral dos sistemas por Bertalanffy, em

1943, McCulloch e Pitts elaboram a teoria das redes nervosas, que demonstra como é através de simples conexões sinápticas que os neurónios realizam funções lógicas complexas. Também no campo na matemática, Wiener e Von Neumann introduzem duas novas concepções: a de ciência como auto-organização e ao mesmo tempo a ciência do controlo, que apesar de noções contraditórias irão contribuir para a ideia cibernética posteriormente aplicada aos sistemas humanos. A origem das explicações cibernéticas situa-se num conjunto de conferências interdisciplinares, realizadas a partir de 1946, conhecidas por *Macy conference*, dirigidas por McCulloch, em que surgiu da ideia de combinar as novas descobertas matemáticas de então com as da fisiologia com ainda contributos das teorias humanistas, encabeçadas por Gregory Bateson, Margaret Mead e Lawrence Frank, aos quais mais tarde se juntaram outros estudiosos, nomeadamente Heinz von Foerster (Bertrando & Toffanetti, 2004). Em 1949, é adoptado oficialmente no seio destas conferências o termo cibernética, proposto por Wiener, para denominar uma nova disciplina que consiste no estudo da comunicação e do controlo no ser humano e na máquina (Sluzki, 1987). Neste sentido, conceitos como o de retro-alimentação, recursividade, homeostase começam a ser aplicados não só na matemática e em relação às máquinas mas também ao ser humano, nomeadamente às relações entre seres humanos. Deste modo, a cibernética passa a ser uma ciência interdisciplinar ocupada com as questões da comunicação e da informação, que aplicada ao contexto humano, passa a considerar o comportamentos dos membros de uma família dependentes da relação com os outros, perdendo importância o 'por quê' dos acontecimentos para se privilegiar o como sucedem (Bertrando & Toffanetti, 2004). Desde o início da terapia familiar que a comunicação no seio da família se torna um objecto de estudo obrigatório, algo para o qual muito contribuíram Watzlawick, Beavin e Jackson (1972) com a sua Teoria da Comunicação Humana, que constituiu uma obra paradigmática para o desenvolvimento do modelo sistémico, passando o sintoma a revestir-se de um sentido e uma função no sistema em que surge e se mantém (Relvas, 2003).

O pensamento sistémico passou por dois grandes momentos epistemológicos. Da década de 50 a 80 imperou o **movimento da primeira cibernética** que defendia um modelo homeostático centrado nos processos de estabilidade. Assim, defendia-se que o sistema familiar tal como um sistema de aquecimento controlado por um termóstato, teria um sistema de regulação que se activaria assim que a temperatura descresse a um determinado nível ou subisse a um determinado nível, via mecanismos de feedback, de forma a manter a homeostase, ou seja, a tendência dos sistemas para a estabilidade (Barker, 2000). Neste período, o sintoma era considerado pelos terapeutas como um modo de manter o equilíbrio da família. Assim para promover a mudança era necessário que o terapeuta procurasse desequilibrar o equilíbrio da

família através de alianças terapêuticas para conseguir que o sintoma perdesse a função e se tornasse desnecessário. Nesta cibernética de primeira ordem, a família é concebida como uma “caixa preta” passível de ser observada pelo terapeuta, um observador externo que pode ler a realidade de forma objectiva e neutra (Jones, 2004), bem como ser agente activo e condutor do processo de mudança, dada a sua posição hierárquica superior. No seio desta cibernética surgiram diferentes abordagens terapêuticas que pressupunham ser possível ao investigador identificar a patologia ou disfunção familiar, traçar objectivos e intervir no sentido da mudança. A **segunda cibernética** (ou cibernética da cibernética ou de segunda ordem) surge no início dos anos oitenta quando o psicólogo Dell (1982) desenvolve o seu modelo evolutivo derivado da epistemologia evolutiva de um grupo de investigadores das ciências físicas e naturais, nomeadamente de Prigigone, Maturana e Varela. Assim, ao invés das famílias serem vistas como unidades estáveis, Dell propõe que as famílias, tal como os outros seres vivos, são entidades em constante evolução e não em equilíbrio, capazes de um conjunto de transformações súbitas. Nesta cibernética o observador passa a ser encarado como parte integrante do que está a ser observado, estando activamente envolvido na construção da leitura do fenómeno que observa. Ao invés de estar centrada nos mecanismos que servem para corrigir desvios e manter os sistemas estáveis, foca-se agora na compreensão das conexões circulares entre os sistemas, colocando o enfoque na recursividade, reflexibilidade, imprevisibilidade e autonomia dos sistemas. Emerge assim uma visão sistémica da complexidade organizada, cuja trajectória não é previsível. O terapeuta deixa de ser detentor do saber e do poder, deixa de ser também um agente activo e condutor do processo para ser um co-construtor do processo terapêutico (Goldenberg & Goldenberg, 2008). Dos sistemas auto-regulados (da primeira cibernética) passa-se para os sistemas autopoieticos da cibernética de segunda ordem, que são auto-geradores, ou seja, as partes dos sistema interactuam de tal forma até que produzem uma organização de si mesmos (Sluzki, 1987). Perante estes sistemas, a interacção instrutiva é impossível, já que a acção de A não pode unilateralmente determinar a acção de B, cabendo aos terapeutas actuar no sentido de perturbarem suficientemente o sistema ao ponto desta perturbação favorecer a reorganização dos seus elementos, sendo esta nova reconfiguração imprevisível e dependente da história dos elementos, dos significados, regras e mitos presentes nestas famílias, entre outras características da família (Jones, 2004). De uma cibernética dos sistemas observados, passa-se para uma cibernética de sistemas observantes (Sluzki, 1987), um conceito defendido pelo Construtivismo, que influenciou o desenvolvimento do pensamento sistémico.

1.2. O Construtivismo, o Construcionismo social e o pensamento pós-moderno

Paralelamente ao desenvolvimento da segunda cibernética, surge nos anos oitenta o construtivismo, uma teoria filosófica do conhecimento. Esta perspectiva questiona o mundo cartesiano, que já havia sido primeiramente questionado por Kant (1781/1989) na sua obra “Crítica da razão pura”, ao salientar as dificuldades de separação entre o observador e o objecto de observação e por Vico que sugeria que só era possível conhecer aquilo que se construiu (Neymeyer, 1995). Este questionamento relativamente à noção de verdade e objectividade gerou uma verdadeira revolução científica multidisciplinar (Bertrando & Toffanetti, 2004). Na Biologia, Maturana e Varela mostravam que os seres vivos tinham a capacidade de se produzirem a si próprios (auto-poiese) e que não era possível um organismo aceder à realidade em termos absolutos já que estaria limitado pela sua estrutura biológica. Na Física, Planck introduziu a ideia de imprevisibilidade ao desenvolver a física quântica. Nas ciências naturais, Prigogine admite que mesmo nestas existe uma relação entre o observador e o fenómeno passando a ser o objecto de investigação não o objecto em si mas a relação entre os elementos e o observador. Na Psicologia, Vygotsky começa a sugerir que o homem não reage passivamente a estímulos mas de acordo com a interpretação que faz desses estímulos. Esta revolução iniciada por estes diferentes autores veio trazer novas lentes à forma como se concebe a realidade e a patologia, ao papel que é atribuído às emoções e à forma como se concebe e se facilita a mudança psicológica. Assim, o construtivismo vem defender que não existe uma realidade objectiva, mas uma realidade múltipla que nada mais é do que uma construção sucessiva do próprio indivíduo para organizar a sua experiência (Mahoney, 1998). A patologia é conceptualizada como tentativas individuais de adaptação e desenvolvimento que ao não serem completamente bem sucedidas geram padrões desadaptativos ou dolorosos da experiência emocional humana. As emoções são concebidas como a forma mais básica e primitiva de conhecimento e a mudança verifica-se pela expressão apropriada das emoções assim como pela exploração do seu desenvolvimento (Abreu & Roso, 2003). O construtivismo marcou deste modo a transição de um pensamento moderno, positivista, objectivo, universal, prescritivo para um pensamento pós-moderno, múltiplo, plural, construído e sistémico.

Com o pensamento pós-moderno, surge também uma corrente a que se dá o nome de construcionismo social. Segundo Botella (2000), o construtivismo e o construcionismo partilham o mesmo solo teórico, ainda que apresentem algumas diferenças. A base comum remete para o facto das duas correntes contestarem que existe um mundo real que pode ser aprendido de forma objectiva, ou seja, rejeitam as teorias realistas de

que a forma como as pessoas categorizam o mundo se deve à forma como o mundo é. A grande diferença prende-se com o facto de que enquanto o construtivismo defende que as pessoas categorizam o mundo através dos seus próprios processos de organização e de significação pessoal, “as teorias da construção social afirmam que as pessoas categorizam o mundo da forma como o fazem porque participaram em práticas sociais, instituições e outras formas de práticas simbólicas que pressupõem, ou tornam de alguma forma saliente, essas categorizações” (Shweder & Miller, 1985, p.41). Desta forma, de acordo com o construcionismo social todo o conhecimento se produz no espaço entre as pessoas, da dança comum e não dentro de uma máquina fechada, ou seja, dentro da mente interior do indivíduo. De uma cibernética de segunda ordem, alguns autores defendem uma passagem para uma ‘cibernética da cibernética’, também denominada por alguns autores por regresso à hermenêutica, ou seja, regresso a um território em que o conhecimento emerge como uma permanente construção auto-referenciada, um retorno de descrições que geram outras descrições (Von Foerster, 1981). Para o construcionista, os problemas, causas, forças ou estruturas derivam necessariamente de interpretações partilhadas por uma comunidade (Gonçalves & Gonçalves, 2001).

Se durante muitos anos predominou na terapia familiar um pensamento mais moderno que pós-moderno (Lax, 1995), a partir da década de setenta, com a formação do Grupo de Milão e do seu retorno ao pensamento de Bateson, bem como, com os contributos de terapeutas como Tom Andersen, Harold Goolishian, Harlene Anderson, Michael White, entre outros, a Terapia familiar começou a assumir um colorido mais pós-moderno (Idem), assumindo configurações diferentes. Baseadas no construtivismo e no construcionismo social surgem as abordagens pós modernas enquanto abordagens colaborativas e narrativas. As abordagens colaborativas ou dialógicas (também denominadas por conversacionais ou construcionistas sociais ou relacionais ou pós-modernas) privilegiam a conversação entre terapeuta e cliente como potencialmente transformadora, ao permitir abrir as portas para novos significados, novas realidades, novas narrativas (Grandesso, 2008). Nesta conversação o cliente é o especialista e o terapeuta o arquitecto do diálogo que assume uma postura genuína de não saber. Nesta postura colaborativa há lugar não só para os pensamentos do cliente como também para os do terapeuta, não como especialista mas como ser humano, numa atitude de «estar com». Para Anderson (1997), esta abordagem é mais uma instância filosófica, uma forma de estar em relacionamento. Ao invés de se olhar para o sistema como aquele que cria o problema, o sistema passa a ser concebido como algo determinado pelo problema. Nas abordagens narrativas a ênfase é colocada nas histórias/narrativas que organizam a realidade dos indivíduos e que se formam dentro dos nichos

conversacionais em que se estes se movem, sendo missão do terapeuta expandir o contexto narrativo das histórias que as pessoas contam para outros temas e contextos discursivos. A terapia narrativa proposta por Michael White e Epston (1993) enfatiza “a desconstrução das histórias dominantes e das práticas subjugadoras do self que, cristalizadas nos relatos sobre as vidas e identidades, restringem as possibilidades existenciais e têm o *status* de verdades sobre as pessoas e as suas vidas” (Grandesso, 2008, p.15).

Após esta resenha histórica sobre a evolução do pensamento sistémico até ao pensamento pós-moderno, propomos agora um olhar sistémico, narrativo e construcionista social sobre o fenómeno (da recuperação) da Anorexia Nervosa. Assim e olhando para a Anorexia Nervosa, não como uma realidade em si, mas enquanto construção social, percorreremos diversas narrativas que foram sendo construídas ao longo da história em torno do fenómeno da Anorexia Nervosa e procuraremos captar diferentes discursos passíveis de serem construídos no presente relativamente a este fenómeno. Num segundo momento, imbuídos de um olhar sistémico, olharemos para as metáforas relacionais que diferentes autores propõem para caracterizar o fenómeno da Anorexia Nervosa que mais não serão do que diferentes possíveis realidades do problema, com desfechos por desvendar, que procuraremos hipotetizar. Olharemos da mesma forma para a recuperação procurando construir novas realidades, que não apenas médicas, para completar a já existente, a partir de um olhar curioso e, quem sabe, irreverente sobre as definições existentes e aquelas que poderiam ser construídas se continuássemos e flexibilizássemos as narrativas saturadas do problema que socialmente são construídas. Finalmente, tentaremos olhar para a recuperação de forma circular, não só a partir das diferenças que constituem as diferenças no tratamento da Anorexia Nervosa para os investigadores e terapeutas, a partir da revisão dos estudos de eficácia terapêutica, como também a partir do que os investigadores concluíram que pacientes e ex-pacientes consideram ter sido útil para a recuperação, procurando posteriormente captar as construções existentes sobre a trajetória de recuperação. Na investigação que propomos, iremos não só encarar o fenómeno da Anorexia Nervosa como um fenómeno relacional, seguindo a premissa proposta por McNamee (2001, p.241) de que “trazemos sempre outros connosco”, como iremos numa atitude privilegiadamente pós-moderna incentivar uma conversação, colocando os entrevistados no papel de especialistas e o entrevistador no papel de arquitecto do diálogo que procura captar novas visões sobre o fenómeno da Anorexia Nervosa e da recuperação, mantendo tanto quanto possível a idiosincrasia de cada indivíduo, de cada família. Partiremos da premissa que a Anorexia Nervosa é uma ficção narrativa (Gonçalves, 2001) e partiremos em busca de novas ficções partilhadas, criadas, negociadas relativamente à sua resolução.

Desenvolveremos estas conversações e respectivas construções sobre estas conversações, através de uma metodologia qualitativa, na esperança de que quantas mais histórias de recuperação conseguirmos construir mais a recuperação se tornará uma realidade. Procuremos assim construir histórias a partir das histórias já construídas para abrir as portas para novas histórias...

Capítulo II – A história das histórias da Anorexia Nervosa: os heróis, vítimas e vilões

A história é feita de histórias e as histórias contam-nos sempre algo relativo às suas personagens. As histórias possibilitam-nos assim aceder a um mundo povoado de personagens que interagem, que assumem papéis diferentes, muitas vezes complementares, geralmente de heróis, vítimas e vilões, em que apesar de muitas vezes as vítimas serem também vilões, os heróis vítimas e as vítimas heróis, aparecem simplificados em histórias inacabadas. Assim se passa com a história das histórias sobre a Anorexia Nervosa...

A Anorexia Nervosa é, efectivamente, um fenómeno com uma longa história que remonta à Idade Média e que, desde sempre, tem suscitado o interesse dos investigadores. Ao longo dos tempos, as diferentes leituras deste fenómeno têm-se baseado em diferentes pressupostos que derivam dos discursos sociais dominantes vigentes na época em questão. Assim, a compreensão da Anorexia Nervosa ao invés de ser entendida enquanto realidade objectiva e socialmente independente, pode ser compreendida enquanto construção social, ou seja, em termos de discursos explicativos, historicamente situados e produto de intercâmbio entre pessoas (Gergen, 1985). Este capítulo, através de um olhar construcionista social, pretende propor uma viagem através das diferentes histórias ao longo do tempo em torno da Anorexia Nervosa, de personagens que desempenham diferentes papéis, ora de heróis, vítimas ou vilões, cuja caracterização varia consoante os discursos e pressupostos dominantes da época. Assim, a revisão teórica apresentada irá dividir-se em dois momentos fundamentais: (1) revisão da evolução das construções sócio-individuais e (2) revisão da evolução das construções sócio-familiares em torno do fenómeno da Anorexia Nervosa.

2.1. Em torno de construções sócio-históricas individuais: Das heroínas santas às vítimas de doença mental

No início da Idade Média, numa época em que a gula se tinha convertido num dos sete pecados capitais, a leitura do fenómeno da Anorexia Nervosa é povoada de histórias de santas e beatas, muito devotas à religião, que com os seus jejuns auto-impostos, perseguiam um ideal (não de beleza) mas de ascese e de comunhão com Deus (Weinberg, Cordas & Munoz, 2005). O jejum passou, assim, a ser uma das penitências preferidas para alcançar um estado de pureza e santidade, perseguido por algumas santas e este fenómeno mais tarde veio-se a denominar por anorexia mística ou anorexia santa. São conhecidos assim vários registos dos séculos doze e treze de

mulheres que faziam jejuns prolongados que eram chamadas de santas (Hepworth, 1999). Acreditava-se no milagre da existência sem nutrição, alicerçado na relação então estabelecida entre jejum e ascetismo. O que parecia ser incompatível com a vida, o jejum prolongado, afinal era um sinal divino que evidenciava a existência de determinadas mulheres em perfeita comunhão com Deus que eram capazes de desafiar as leis da natureza, sobrevivendo sem alimento. Segundo a literatura, várias santas anorécticas foram sendo descritas de um modo místico e heróico, nomeadamente a Santa Liduina que se alimentou durante anos com apenas um pedaço de maçã por dia e a Santa Wilgefortis que fazia longos jejuns, vomitava o que era obrigada a ingerir, deixando-se praticamente morrer à fome (Weinberg, Cordas & Munoz, 2005). A verdadeira época da Anorexia Santa parece ter-se iniciado com Catarina Bennicasa (nascida a 1347), mais tarde conhecida como Santa Catarina de Siena, protagonista do Grande Cisma do Ocidente, que tendo feito um voto de castidade quando ainda era criança, após a morte da irmã (parturiente) e diante de projectos futuros para casar com o cunhado, iniciou a restrição alimentar, preces e práticas de auto-flagelo aos 15 anos, vindo a falecer aos 32 anos (Cordas & Claudino, 2002). Desafiando a sobrevivência durante anos, era no “fio da navalha”, entre a santa e a feiticeira, que era descrita. Santa Rosa de Lima, seguindo o modelo de Santa Catarina de Siena, foi a primeira santa latina-americana a ser canonizada, dedicando-se ao isolamento e oração, jejuando inicialmente três vezes por semana e aplicando-se severas penitências. Com toda esta sua conduta conseguiu continuar a dedicar a sua vida a Deus, ao invés de contrair matrimónio, conforme vontade dos seus pais (idem). Estes e muitos outros registos de histórias de heroínas santas têm vindo a ser encontrados. Rudolf Bell identificou o comportamento anoréxico de 260 santas italianas (Cordas & Claudino, 2002), desde o século XIII aos dias actuais, capazes de suprimirem as necessidades físicas e sensações básicas (como o cansaço, impulso sexual, fome e dor) de forma a libertarem o corpo e alcançarem metas espirituais superiores, registos de narrativas heróicas, onde apenas havia lugar para uma protagonista principal. Se esta relação entre jejum e divindade foi estabelecida durante muitos séculos, paralelamente também a relação entre a abstinência e a possessão demoníaca é sugerida desde o século quinze até ao século dezassete (Vandereycken & Ron van Deth, 1996), dando lugar ao exorcismo como tratamento mais indicado para este mal.

Contudo esta era da santa inquestionável, que faz do jejum a sua penitência, ou da jovem possuída pelos males do demónio, veio séculos mais tarde a ser questionada ao ser posta à prova. Barbeta e Pakman (s/d) descrevem a história de Sara Jacobs, em plena Inglaterra puritana, em 1867, que deixa de se alimentar, de urinar e defecar

e torna-se, para os mais devotos, um ser absolutamente puro, que todos querem ver em Gales. Mas numa nova era em que o corpo passa a ser uma questão da ciência médica e não da saúde da alma, Fowler, um médico prestigiado, observando Sara Jacobs, declara que não se trata de uma santa mas de uma histérica (entendida não como doença mas enquanto perversão moral). E de heroína, a história de Sara Jacobs transforma-se numa história de vilões: ela própria que é considerada por alguns como alguém perverso e os próprios pais que foram acusados de usar a filha para os seus próprios interesses, deixando-a morrer por subnutrição. Mas antes mesmo deste episódio histórico, já havia referências médicas a este transtorno de jejum. Efectivamente, nos séculos dezasseis e dezassete, inicia-se a transição da autoridade religiosa para a autoridade médica, passando este fenómeno a ser encarado como um fenómeno de loucura, também denominado por histeria, passível de ser “tratado” por médicos loucos (‘mad-doctors’) (Scull, 1982). Esta transição paradigmática implicou uma gestão científica acrescida dos casos então conhecidos de mulheres que sobreviviam dia após dia ao jejum. Este caso emblemático da Sarah Jacob que acabou por falecer de subnutrição, veio comprovar a inexistência de forças divinas ou demoníacas que sustentassem a existência para além dos limites biológicos.

Apesar da primeira descrição detalhada do fenómeno da Anorexia Nervosa ter sido produzida dois séculos antes por Morton (1694), que o denominou por “atrofia nervosa” originada por factores psicológicos, caracterizada por diminuição do apetite, amenorreia, aversão à comida, hiperactividade e emaciação, apenas a partir do século dezanove, este fenómeno fica definitivamente sobre a ‘custódia’ do paradigma médico, ainda que esporadicamente surjam contra-correntes a este paradigma oficial. Assim, em 1874, em Londres, William Withey Gull, definiu as suas observações de auto-inanição de mulheres jovens por Anorexia Nervosa. Este autor foi dos primeiros a descrevê-la com mais precisão, sendo os casos que descreve muito parecidos com a descrição actual das jovens anorécticas. Relativamente ao tratamento, alertava para as pessoas não as forçarem a comer e dizia que os doentes deviam estar “rodeados de pessoas que tenham controlo moral sobre elas: os parentes e os amigos são geralmente as piores companhias”. Em 1873, o seu contemporâneo francês, Lasègue, denominou esta condição por Anorexia Histérica, passando a ser este fenómeno reconhecido como uma entidade clínica distinta. Desta forma, Gull e Lasègue foram os primeiros a descrever com mais precisão a “Anorexia Nervosa”, incluindo nas suas descrições clínicas não só a protagonista sintomática como também a família e o seu papel na manutenção do sintoma. Após estes registos de Gull e Lasègue, gera-se alguma confusão e contradição na literatura (Bruch, 1973, p.211), com tentativas dentro da comunidade médica para apurar as causas orgânicas destes sintomas, ao

invés de causas psicológicas. Assim, Simmonds (1914 como citado em Hepwoth, 1999) estabelece uma relação entre a caquexia, que corresponde a uma estado patológico caracterizado por extrema magreza e mau estado geral grave e uma falha pituitária, tornando-se novamente este fenómeno vago, que perde a sua entidade própria, para passar a ser um caso de hipopituitarismo. Só na década de 30 e 40 é que as origens psíquicas deste fenómeno passam a reunir mais consenso. Perante a conclusão da inexistência de causas orgânicas explicativas deste quadro clínico, a anorexia nervosa passa a ser vista então como uma condição psiquiátrica. De santa que desafia o limiar de sobrevivência em prol de valores divinos, a anoréctica passa a vilã que através da sua perversidade atrai a atenção dos outros, até passar a vítima de um transtorno do cérebro e dos nervos, um transtorno psiquiátrico que tem de ser tratado. Esta mudança nos discursos ao longo do tempo encontra-se sistematizada na figura a seguir apresentada.

Discurso dominante	Popular (místico /ascético)	Bio-médico	Médico-psiquiátrico
Pressuposto	Jejum enquanto penitência por um valor mais elevado Desafio dos limites da sobrevivência enquanto poder divino	Ausência de causa orgânica Sintomas enquanto forma de perversão moral	Presença de causa "nervosa" Sintomas de doença mental
Personagem narrativa	Anoréctica enquanto heroína santa	Anoréctica enquanto vilã	Anoréctica enquanto vítima

Figura 1. Evolução temporal das construções sócio-individuais em torno do fenómeno da Anorexia Nervosa

2.2. Em torno de construções sócio-históricas familiares: Das famílias psicossomáticas às famílias competentes

Na década de setenta/oitenta, apesar do paradigma médico acerca do fenómeno predominar, ressurgem outras teorias sobre a etiologia da Anorexia Nervosa, nomeadamente a perspectiva feminista que descreve a Anorexia Nervosa enquanto forma de protesto social das mulheres. Influenciadas pela análise sociocultural e das relações patriarcais, pelas teorias psicanalíticas e pelo existencialismo, as teorias feministas focam-se nos aspectos sociais, familiares e políticos da vida das mulheres, argumentando que o paradigma médico limita mais do que facilita a recuperação na Anorexia Nervosa (Hepwoth, 1999). Assim, aparecem os primeiros textos feministas,

nomeadamente as obras de Orbach (1986), Chermin (1985/1994) e MacLeod (1981) que vêm contribuir com novas leituras sobre este fenómeno. Chermin (1986), na sua obra "Hunger strike" ilustra como a Anorexia Nervosa pode ser vista como um meio das filhas regressarem ao vínculo inicial de segurança existente na relação entre mãe e filha, por não estarem preparadas para assumir o papel social reservado à mulher, mais difícil pela ambiguidade que lhe é inerente. Esta centralidade na relação mãe-filha é foco de interesse de outros autores, nomeadamente de Bruch (2001) que refere que esta relação regressiva com a mãe acontece na medida em que estas mães revelam uma tendência sistemática de antecipação das necessidades das filhas podendo resultar na diminuição do número de oportunidades efectivas para que as filhas desenvolvam as competências de independência e auto-confiança necessárias à prossecução das tarefas da adolescência, nomeadamente as relacionadas com a autonomia. Orbach (1986) também centraliza a sua visão nesta relação mãe-filha, considerando que a mãe servirá de modelo de identificação para a filha e da forma como ela estabelecerá futuras relações. Assim, as filhas aprenderiam com as mães a não expressar os seus sentimentos, a sentirem-se envergonhadas e culpadas quando o fizessem e a Anorexia Nervosa surgiria como uma negação da necessidade de ser cuidada. Também nestes primeiros textos feministas, a Anorexia Nervosa é interpretada como a dificuldade das jovens encontrarem a sua própria identidade, numa sociedade em que o papel da mulher é rodeado de expectativas confusas e opressivas, que exigem o duplo papel de maternidade e carreira profissional, levando as mulheres a procurarem readquirir o controlo sobre as suas vidas. Assim, Hepworth (1999) propõe que a Anorexia Nervosa pode ser vista como um acto de rebeldia contra as experiências de subordinação, e MacLeod (1981) reforça esta ideia afirmando a Anorexia Nervosa como um meio de resistência e libertação. Ainda que nestes textos se comesçassem a desenhar histórias com outras personagens para além da jovem anoréctica, nomeadamente com as mães, os pais continuaram ausentes destas leituras, apenas aparecendo, também na década de setenta, com o desenvolvimento da teoria familiar sistémica. Surgem assim autores que põem em destaque o papel das interacções familiares no desenvolvimento da Anorexia Nervosa. Dada a relevância deste discurso sistémico-familiar para esta tese, as leituras do fenómeno a seguir apresentadas serão analisadas não só tendo em conta os pressupostos em que assentam e as personagens que são incluídas nas respectivas narrativas, como também tendo em conta os estudos de investigação em que se basearam, os respectivos pressupostos e aspectos metodológicos bem como as estratégias terapêuticas associadas.

2.2.1. As famílias doentes que adoecem os seus membros

O reconhecimento da influência das interações familiares no comportamento anoréctico tem uma longa história. Gull (1874) e Lasègue (1873) aconselhavam, no tratamento, a separação da doente da família (a designada *parentectomy*). Lasègue foi um dos primeiros autores a incluir os familiares nas narrativas clínicas, descrevendo que perante a persistência dos sintomas, a família dispõe de dois dos métodos que adopta sempre: suplicar ou ameaçar. Usando a primeira estratégia, a família decide multiplicar os “primores” que se servem à mesa com a esperança de despertar o apetite. Contudo, quanto mais se aumentam os pedidos mais a vontade de comer diminui, parecendo que o excesso de insistência provoca um aumento da resistência (Lasègue, 1873). Desta forma, a Anorexia converte-se, pouco a pouco, no centro das conversas e preocupações. Os que rodeiam a anoréctica cansados de pedir e insistir, passam a exigir. Esta outra estratégia torna-se também infrutífera. Gull (1874), no seguimento, recomendou o afastamento de familiares e amigos para aumentar a eficácia do tratamento e indicou a necessidade do responsável pelo tratamento assumir uma postura moral mais autoritária perante a paciente.

Dos discursos das anorécticas como as únicas protagonistas das narrativas relatadas, passa-se, assim, para uma narrativa onde o comportamento anoréctico é ‘alimentado’ por uma família que, mesmo sem saber, passa a aparecer como a vilã da história, sendo descrita pela forma como pode contribuir para o adoecer da anoréctica, vítima de cuidados extremos, de rigidez e de não resolução de conflitos. Se antes dos anos 60, predominavam as narrativas individuais, nos anos 60 e 70 com o aparecimento de correntes como a anti-psiquiatria e o freudmarxismo, o doente mental passa a ser visto como vítima da sociedade, apresentando sintomas de uma sociedade enlouquecedora, sendo encarada a família como um instrumento de perpetuação da sociedade exploradora, autoritária e repressiva, capaz de produzir patologia, gerando a loucura dos membros (Carreras, 1997). Com a emergência da terapia familiar, inspirada na teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1975), o paciente passa a ser visto como um elemento deteriorado pelo sistema. A família é, num primeiro momento, considerada patogénica. Desta forma, na época, e até à actualidade, proliferam teorias e estudos que tentam provar que a família está na base da etiologia ou da manutenção/agravamento do sintoma. Assim, as famílias com uma jovem com anorexia nervosa passam a ser descritas na literatura enquanto *famílias psicossomáticas*, apresentando padrões de funcionamento rígidos, onde impera a superprotecção e o evitamento dos conflitos (Minuchin, 1978) ou enquanto *famílias de transacção esquizofrénica*, descritas pela comunicação paradoxal, relações simétricas

e aglutinadas e conseqüentes coligações e triangulações (Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1991), que no próximo capítulo iremos aprofundar.

Assim, seguiram-se vários estudos, com início nos anos 80 até à actualidade, interessados em compreender de que forma a família pode contribuir para a emergência e manutenção do sintoma. Uma forma de tornar explícita esta relação, entre a família doente e a doença de um dos seus elementos, foi a usada pelo estudo de Wisotsky et al. (2003) que demonstra a existência de uma correlação positiva entre a gravidade da perturbação alimentar e o nível de disfuncionamento familiar, o que comprova que quanto mais severo for o nível da patologia alimentar mais disfuncional é o funcionamento da família. Também o estudo de Crowther, Kichler, Sherwood e Kuhnert (2002) procurou explorar a associação entre variáveis familiares e a severidade da sintomatologia bulímica, concluindo que a comunicação familiar negativa sobre a aparência e a necessidade de dieta, o controlo externo sobre os alimentos ingeridos e as regras relacionadas com a refeição são fortes preditores da severidade da sintomatologia bulímica, evidenciando a forma como a interacção familiar pode manter ou mesmo agravar o comportamento alimentar. Outros estudos igualmente orientados para vislumbrar a família na base da etiologia da doença, ou seja, uma família doente que adoce os seus elementos, interessaram-se por avaliar até que ponto as famílias de jovens com anorexia nervosa são diferentes das famílias sem patologia ou de famílias com outras patologias. Assim, Wallin e Hansson (1999) compararam 26 famílias com adolescentes com anorexia nervosa no início do tratamento, com famílias não clínicas, através da aplicação de escalas de auto-relato e da observação de tarefas solicitadas à família para realizar. Os resultados vieram confirmar a descrição clínica realizada por Minuchin relativa à maior incidência de emaranhamento, contudo ao invés de corroborarem a ideia de existência de uma família-tipo, com determinadas características, a dita família psicossomática, salientaram a existência de diferentes tipos de famílias dentro do grupo das famílias com jovens com anorexia nervosa. Se alguns estudos puseram em evidência, tal como Minuchin, o facto destas famílias evitarem conflitos (Latzler & Gaber, 1998), mostrando que as famílias com jovens com anorexia nervosa apresentaram mais dificuldade na escolha de um tópico de discussão, na adesão ao tópico, na exploração do tópico e na chegada a uma solução, do que as famílias do grupo de controlo, outros estudos contestam esta ideia. Nomeadamente, um estudo realizado por Lattimore, Wagner e Gowers (2000), que através da observação da resolução de problemas por mães e filhos, mostraram que as díades com jovens com anorexia nervosa apresentam uma comunicação mais destrutiva do que as outras díades, sendo a frequência desta comunicação maior do que a frequência da comunicação construtiva, o que evidencia que, ao invés de haver evitamento de conflitos, os conflitos são vividos de forma

intensa e expressa. O nível de emoção expressa nestas famílias, a qual integra as dimensões de hostilidade, super-envolvimento emocional e comentários críticos, foi alvo de outros estudos (Dare, Le Grange, Eisler e Rutherford, 1994), concluindo-se que o nível elevado de emoção expressa na família é preditor de uma recaída, ou seja, agrava ou mantém o sintoma. Rowa, Kerig e Geller (2001) ao compararem 30 jovens com anorexia com um grupo de controlo de 65 jovens, concluíram haver diferenças significativas entre estes dois grupos no que diz respeito aos problemas na definição de fronteiras, registando-se no grupo clínico falta de separação e diferenciação entre pais e filha, troca de papéis, super-envolvimento ou controlo dos pais em relação à filha e a transferência de sentimentos negativos relativos à relação conjugal para a relação com a filha.

Apesar das evidências a favor da tipologia de família psicossomática nos casos da anorexia nervosa, há também investigação que refuta este estereótipo de família psicossomática. Assim, Cook-Darzens, Falissard e Mouren (2005²) analisaram uma escala de auto-relato relativa ao funcionamento familiar (FACES III) que aplicaram a todos os membros de 40 famílias e concluíram não haver diferenças significativas entre estas famílias e uma amostra de controlo. Laliberté, Boland e Leichner (1999) procuraram testar a mesma hipótese mas incluindo na comparação anterior um terceiro grupo, um grupo clínico de famílias com um elemento com depressão. Constataram apenas diferenças significativas entre cada grupo clínico e o grupo não clínico, não se registando assim diferenças significativas entre os 2 grupos clínicos, ou seja, o das famílias com um elemento com depressão e o das famílias com um elemento com perturbação de comportamento alimentar. Concluíram assim que as diferenças encontradas entre as famílias com perturbações alimentares e famílias ditas saudáveis poderiam ser dissipadas se se controlasse a variável depressão. Dancyger, Fornari, Sointi, Wisotsky e Sunday (2005) verificaram também uma relação entre a presença de sintomatologia depressiva e níveis mais altos de percepção de família disfuncional. Estas conclusões levantam o véu a uma nova hipótese: a existência, não de um tipo de estrutura familiar específica para as perturbações de comportamento alimentar, mas de um tipo específico de “família clínica”, que precipita (ou se reorganiza em torno de) uma perturbação emocional.

Ao invés de se centrar numa estrutura familiar tipo, Mara Selvini Palazzoli, a partir de um trabalho que desenvolveu com famílias com um elemento com esquizofrenia ou com anorexia nervosa, denominando-as de ‘famílias de transacção

² Foram avaliados todos os membros de 40 famílias francesas com uma jovem com AN e os resultados foram comparados com indicadores de referência e refutam a existência de um padrão patológico específico.

esquizofrénica', centrou a sua abordagem familiar da anorexia nervosa nos problemas comunicacionais, descrevendo situações de conflito conjugal em que a futura anoréctica é envolvida precocemente neste jogo (Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1998).

Alguns estudos baseados neste modelo comunicacional de Palazzoli, procuraram explorar até que ponto os pais da anoréctica apresentavam níveis mais elevados de conflito conjugal. Assim, Espina, Ochoa de Alda e Ortego (2003) ao estudar o ajustamento de 74 díades³ parentais de jovens com perturbações alimentares concluíram que estes pais apresentam um nível de ajustamento da díade pior que o grupo de controlo. Apesar de vários estudos sugerirem que o fraco ajustamento dos casais poderá constituir um factor etiológico das perturbações de comportamento alimentar (Crisp, 1995; Minuchin, Rossman & Baker, 1978; Palazzoli et al., 1998), outros estudos evidenciam que o fraco ajustamento dos casais é evidente não só em pais de crianças com perturbações alimentares (Crisp, 2006; Humphrey, 1988; Palazzoli et al., 1998; Vandereycken, 1994) como também foi encontrado em casais com filhos toxicodependentes (Brook, Whiteman & Gordon, 1983). O que pode sugerir que os sintomas são incrementados nas interações familiares e podem estar fortemente relacionados com a sobrecarga da doença na família (*burden*), podendo haver um processo circular em que a doença do filho é a causa da deterioração da relação dos pais que, por sua vez, tem efeitos negativos sobre o jovem, já que pode inibi-los de fornecer o devido apoio aos filhos. Aliás, Espina et al. (2003) alertam para o facto de não se poder concluir que a etiologia das perturbações alimentares reside nos pais, já que o fraco ajustamento da díade pode também ser interpretado como um efeito da doença, que aumenta os níveis de stress e de exigência para o casal. Aliás, o estudo destes autores mostrou existirem também fortes correlações negativas entre a ansiedade e a depressão e o ajustamento da díade e associações positivas entre a ansiedade e a depressão de pais e de filhos.

Mais recentemente Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino (1999) ao invés de descreverem a interacção da 'família anoréctica' através da triangulação da filha no interior de um conflito conjugal encoberto, com as consequentes alianças e coligações, começam a dar mais atenção às famílias de origem dos pais da paciente anoréctica, constatando a existência de um padrão de vinculação inseguro dos pais. Assumindo a hipótese que nas famílias poderia haver transmissão de padrões de vinculação aos filhos, alguns estudos procuraram perceber qual o padrão de vinculação dos pais e das jovens com anorexia nervosa. Ringer e Crittenden (2007) observaram que todas as mulheres que inquiriram (62 mulheres com perturbações alimentares)

³ Amostra constituída por 73 casais, 41 sem patologia e 32 com outro tipo de patologia.

apresentavam um padrão de vinculação inseguro. Através de uma análise de conteúdo aos pais de jovens com perturbações de comportamento alimentar, os resultados sugeriram a falta de resolução de um trauma ou uma perda por parte das mães destas jovens.

Em suma, o facto da terapia familiar ter sido reconhecida como a modalidade de tratamento mais eficaz na Anorexia nervosa (Dare & Eisler, 1997) reforçou a noção de uma causa familiar que poderia ser descoberta ou resolvida, o que marcou esta tendência de culpar aberta ou implicitamente a família pelo processo anoréctico. Contudo esta tendência acabou por ser contrariada por alguns autores que não encontraram evidência empírica que confirmasse a ideia da “família típica” da anorexia nervosa (Kog, Vertommen & Vandereycken, 1987). Esta inconsistência de resultados pode dever-se a vários factores, nomeadamente à multiplicidade de métodos usados que torna difícil a comparabilidade dos estudos.

Uma primeira dificuldade que se levanta em relação à metodologia usada prende-se com a dúvida de quem será o repórter de eleição, já que alguns estudos incidiram na avaliação subjectiva das mães, outros dos pais e das mães, outros apenas das filhas e outros ainda recorreram a observadores externos. Os estudos que avaliam do ponto de vista das pacientes esbarram com a dificuldade de ocorrerem processos como a negação e minimização em jovens com anorexia nervosa (Couturier & Lock, 2006), o que traduz a dificuldade em perceber a sua condição como um problema, podendo levar a dificuldades na avaliação das percepções das jovens e na escolha destas enquanto repórteres mais objectivos. Por outro lado, os estudos que avaliam o funcionamento familiar do ponto de vista de um observador ou terapeuta parecem também descrever um padrão mais disfuncional do que a própria família percebe (Wallin & Hansson, 1999), o que suscita várias dúvidas: será que os observadores não são capazes de se despirem de ideias pré-concebidas que têm acerca destas famílias ou será que as famílias se protegem nos seus auto-relatos? No seio da própria família, torna-se difícil perceber se há repórteres mais fidedignos sendo apenas mais claro que há divergências nas suas percepções. Dancyger et al. (2005) constataram diferenças significativas entre a percepção das filhas com anorexia nervosa e dos pais relativamente ao funcionamento familiar: as mães percebem as suas famílias como mais saudáveis e menos caóticas, os pais e as filhas percebem a família como mais disfuncional. Estes resultados mostram a possibilidade de haver diferentes narrativas no seio da mesma família, o que pode justificar alguma da inconsistência de resultados. Outra possível explicação para a inconsistência de resultados prende-se com a utilização de amostras pequenas, o que se relaciona com a dificuldade de reunir uma amostra clínica considerável.

Estas e outras dificuldades levaram a algum desânimo dos estudos nesta área devido ao carácter inconclusivo dos resultados, quer em termos comparativos quer em termos da sua interpretação, já que se afigura difícil saber quem nasceu primeiro: se o ovo se a galinha, ou seja, se a família é causadora ou é vítima da doença.

2.2.2. As famílias adoecidas⁴

Se na literatura existente predominaram narrativas com famílias que pareciam ter um papel activo na emergência ou manutenção do sintoma, a certa altura começaram a surgir histórias das mesmas famílias com um papel mais passivo face à doença, já que, em consequência do surgimento de uma doença, passam a viver desamparadamente uma situação de crise, entrando num estado de desequilíbrio. Segundo Rolland (1999) a doença deflagra uma situação de crise, que atinge não só o indivíduo afectado, como as pessoas mais próximas que o cercam. Doentes e familiares sentem a necessidade de se adaptarem à nova realidade que se instaura e mobilizam os seus recursos defensivos para enfrentá-la. As necessidades afectivas são intensificadas e é comum a regressão emocional, acompanhada de manifestações de sentimentos, tais como impotência, medo, raiva, culpa e agressividade. Castro (como citado em Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro & Santos, 2004) ao entrevistar mães de jovens com anorexia nervosa, concluiu que o funcionamento familiar é drasticamente afectado com a eclosão do transtorno e que nesse processo a família passa a viver em função do membro afectado, que mobiliza a todos no sentido de buscar ajuda. Encontrou evidência de alterações nas interacções familiares, nomeadamente, os relacionamentos com os pais e irmãos modificam-se, emergindo sentimentos ambivalentes (maior tolerância, por um lado, mas também ciúmes, por outro), sendo contudo o ambiente familiar percebido como normal antes do aparecimento do sintoma. Gilbert, Shaw e Nottar (2000) ao entrevistarem também mães destas jovens concluíram que mais de 50% das mães relatam que a principal e pior consequência da doença foi a mudança na relação com a filha. As emoções mais sentidas em resultado da doença foram o medo, a perda de esperança e a culpa. Algumas relataram que a sua relação com o cônjuge foi muito ameaçada, outras retratam que ficou mais próxima. Parece também haver mudanças significativas ao nível dos hábitos de lazer. No mesmo sentido, Highet, Thompson e King (2005) referem que a doença tem um impacto sobre a capacidade dos cuidadores se relacionarem com os outros, dentro e fora da família, levando a conflitos e dinâmicas disfuncionais. Referem também que tem impacto sobre os irmãos que muitas vezes se

⁴ A expressão “família adoecida” aparece em Souza e Santos (2006)

afastam da família. Efectivamente, vários estudos constataam que a dinâmica familiar, as relações entre irmãos e as relações sociais em geral são afectadas significativamente (Highet et al., 2005; Espina et al., 2003; Gilbert et al., 2000; Murphy, Troop & Treasure, 2000; Perkins, Winn, Murray, Murphy & Schmidt, 2004). Aliás, quando comparada a experiência de cuidar de uma pessoa com uma doença psicótica com a de uma pessoa com anorexia nervosa, Treasure e colaboradores (2001) concluíram que os cuidadores de uma pessoa com anorexia nervosa experienciam níveis mais altos de dificuldades na maior parte das áreas.

Mais concretamente, Hillege, Beale e McMaster (2006), a partir de entrevistas realizadas a pais de jovens com anorexia nervosa sobre as suas experiências, identificaram cinco pressões adicionais que a vida familiar atravessou: (1) a unificação da família ou a sua desintegração; (2) o sentimento de impotência e incapacidade para lidar com o problema; (3) os comentários dos outros significativos geradores de frustração; (4) o isolamento social e (5) os impactos financeiros. Whitney e Eisler (2005) incidindo a sua análise sobre o facto destas famílias se reorganizarem em torno da doença, descreve 5 processos comuns que ocorrem nestas famílias: (1) os sintomas passam a ocupar o papel central na família, ou seja, as interacções em redor da alimentação passam a dominar as relações e os pais são forçados a fazer várias mudanças na sua vida, nomeadamente desistir de actividades sociais e adiar projectos para o futuro; (2) passam a viver no aqui e agora, sem conseguirem pensar no futuro, já que os pais sentem necessidade de controlar a doença da filha, deixando todas as outras coisas em *standby* de forma a poderem cuidar da filha; (3) os papéis e padrões de interacção tornam-se mais fixos e previsíveis, apesar de muitas vezes reconhecerem que estão presos a padrões pouco úteis e sentirem necessidade de mudar, sentem-se incapazes de o fazer; (4) os padrões familiares já existentes são amplificados, nomeadamente, a diferença de opiniões entre os pais amplifica-se por vezes no que diz respeito ao modo de lidar com a doença e (5) verifica-se uma perda de sentido de competência que provoca culpa e auto-crítica e culmina em desânimo aprendido.

Em suma, e utilizando as expressões de Cottee-Lane, Pistrang e Bryant-Waugh (2004), os pais descrevem a Anorexia Nervosa como um processo que lhes “retirou” a filha, ao relatarem a mudança irreconhecível na personalidade da filha com que se foram deparando. Perante este processo, os pais sentem-se impotentes: (1) porque se sentem incapazes de parar a sintomatologia e têm de recorrer a profissionais; (2) porque se sentem pouco informados sobre a doença, o tratamento e a sua recuperação e (3) porque sentem que as suas preocupações não são tidas em consideração, o que os leva a esperar o melhor mas a temer o pior (Tierney, 2005).

Esta experiência é descrita como “um pesadelo” que não lhes permite manter a vida normal, nem a sua nem a dos outros filhos. Desta forma, a narrativa da culpa é substituída pela narrativa do *pesadelo*, que aparece subitamente e deixa a família bloqueada nesta nova realidade.

2.2.3. As famílias resilientes

Do discurso da culpa, da impotência e da incompetência das famílias, começaram a surgir, com as perspectivas pós-modernas, novos discursos que assentam na ideia de que as famílias possuem recursos para a mudança e podem ser importantes colaboradores para a recuperação. Segundo Ausloos (2003), a passagem do modelo judaico-cristão, que se centra na falta e na conseqüente culpabilidade, para o modelo sistémico, implica a passagem para um modelo das competências, em que se parte do pressuposto que uma família é competente e responsável. Quando, no entanto, esta se encontra, por vezes, confrontada com dificuldades que não consegue resolver, é porque não dispõe de *informação* necessária para funcionar de forma satisfatória, informação esta no sentido de algo que possibilite uma nova conversação e uma reconstrução narrativa do fenómeno, que Bateson (2000) define enquanto “diferença que faz a diferença”. Nesta lógica o terapeuta deixa de ser o *herói/expert* que identifica o que corre mal na família e repara a família disfuncional, ou fornece o apoio e informação necessária à família para saber lidar com os impactos da doença, mas antes aquele que faz circular a informação de forma a que o próprio sistema possa encontrar ou reencontrar as suas próprias competências para resolver os problemas que colocou a si próprio, o que implica um trabalho de colaboração entre o terapeuta e a família. Neste caso, todos poderiam ser heróis destas histórias desde que aceitassem o desafio de encontrar as suas próprias soluções.

De acordo com um estudo realizado por Nilsson e Hagglof (2006) quando questionadas 58 mulheres recuperadas relativamente às pessoas que foram mais importantes para a recuperação, 38% referiram os familiares, 35% apontaram para os profissionais de saúde, 33% os amigos e 24% o namorado, o que coloca em evidência a importância dos diferentes elementos do sistema para a recuperação, ou seja, familiares, técnicos e amigos enquanto possíveis colaboradores activos para a mudança. Pettersen e Rosenvinge (2002) entrevistaram 48 mulheres sobre factores importantes para a recuperação das perturbações alimentares e concluíram que um dos factores foi o desejo por uma vida melhor. Um dos primeiros aspectos enunciado como importante para a recuperação foi admitirem que tinham uma perturbação do comportamento alimentar. O contacto com pessoas significativas foi também outro

aspecto enunciado como fundamental para a recuperação, nomeadamente contactos com o terapeuta, com outros doentes e pessoas recuperadas, com amigos e familiares. Tozzi, Sullivan, Fear, McKensie e Bulik (2003) reforçam esta ideia, descrevendo como factor importante para a recuperação as relações, nomeadamente com um companheiro ou terapeuta. Outro aspecto útil observado por Cohn (2005) foi o de que os pais tendem inicialmente a pôr de lado as suas próprias necessidades, apesar de posteriormente descobrirem que tratarem de si próprios é fundamental para poderem ajudar os seus filhos. Outro aspecto ainda considerado importante para a recuperação foi a consciencialização de que a responsabilidade pela recuperação é da pessoa com a perturbação do comportamento alimentar, cabendo aos restantes elementos da família não julgar, apoiar e acreditar na auto-eficácia do membro doente. Nestes casos, a fé dos familiares é relatada como mais um aspecto importante para a recuperação.

Apesar da existência de alguma investigação que procure pôr em evidência factores relacionados com a mudança, há ainda muitas lacunas ao nível dos estudos que se debrucem sobre a forma como a família pode ser um importante recurso para a mudança, procurando perceber de que forma os factores familiares estão associados com a recuperação. Exemplos raros são: (1) o estudo de Wood, Flower e Black (1998) que demonstrou que a firmeza parental está altamente associada à manutenção do peso após recuperação, (2) o estudo de Sharkey-Orgero (1999) que identifica três fases que os pais atravessam na tentativa de ajudar os filhos: e (3) o estudo de Honey e Halse (2005) que procura debruçar-se sobre estratégias usadas pelos pais, apurando as seguintes estratégias: pesquisa de tratamento, apoio prático (transporte às consultas, apoio escolar e financeiro), tolerância e evitamento de conflitos, condescendência com pedidos especiais (nomeadamente alimentares), persuasão, explicação e pressão, uso de reforços para influenciar o comportamento, firmeza, insistência, uso de ameaças, apoio emocional e mediação de interações (por exemplo, avisando amigos e irmãos e pedindo-lhes que não falem de comida ou que mostrem uma atitude positiva). Neste estudo alguns pais descreveram terem necessidade de ‘bater na língua’ para evitar serem críticos, queixarem-se ou desafiarem os profissionais de saúde. Segundo os mesmos autores, a forma como os pais respondem à Anorexia Nervosa está relacionada com a forma como compreendem as perturbações do comportamento alimentar, ou seja, varia de acordo com a representação da perturbação do comportamento alimentar enquanto doença orgânica, doença mental, dependência, opção ou entidade separável da pessoa.

Em suma, actualmente assistimos a um movimento de emergência de um conjunto de estudos que procura reconhecer as competências necessárias a usar com

vista à recuperação, encarando as famílias como capazes de saírem vencedoras desta prova de vida, pela qual passam quando uma filha inicia uma perturbação do comportamento alimentar, com uma força renovada. A esta capacidade alguns autores apelidam de resiliência (Anaut, 2005). Efectivamente, nas duas últimas décadas a terapia familiar tem desviado a sua atenção dos défices familiares para as forças familiares (Walsh, 2003). A avaliação e o tratamento têm sido redirigidos de 'como os problemas foram causados' para 'como podem ser resolvidos', através da identificação e amplificação das competências existentes e potenciais. Os modelos familiares baseados na resiliência assentam em dois pressupostos: 1) as famílias têm potencial para recuperar e crescer da adversidade; 2) nenhum modelo se ajusta a todas as famílias. Nos modelos mais actuais cabe à intervenção, não ignorando o que possa estar a acontecer no sistema, absolver os pais da culpa por causarem o comportamento sintomático e felicitá-los pelos aspectos positivos da sua parentalidade (Lock, Le Grange, Agras & Dare, 2001). Na intervenção seguida e proposta pelo Maudsley hospital, é proposto, por exemplo, o fortalecimento do subsistema parental no próprio objectivo de aumento de peso da filha, considerando-o assim um recurso para o tratamento (idem).

As famílias passam, deste modo, a ser consideradas importantes recursos para o tratamento e não adversárias ou bodes expiatórios, cabendo ao terapeuta trabalhar com, em vez de contra, a família (Vandereycken, 1987). Segundo Andersen (1985), é crucial que o terapeuta: 1) não assuma que a disfunção existe na família porque há uma perturbação do comportamento alimentar; 2) assuma que as famílias fizeram o seu melhor, estão cansadas devido ao stress e querem ajuda; 3) optem por abordagens familiares não culpabilizantes que encorajem o interesse e investimento no tratamento.

Em jeito de síntese, o que sabemos sobre a Anorexia Nervosa são metáforas possíveis de compreensão do fenómeno que são infinitamente relativas e negociáveis (Speed, 1995). Diríamos que são construções compartilhadas que, ao longo dos tempos, foram sendo baseadas em diferentes pressupostos: o da família psicossomática, na base da etiologia da doença; o da família 'adoecida', que se reorganiza em torno da doença; o da família resiliente que apoia a recuperação e vence a doença. Cada um destes pressupostos criou diferentes personagens narrativas, distribuindo o papel de vilões, vítimas e heróis diferenciadamente aos pais, irmãos, anorécticos e terapeuta. Estes pressupostos foram também suportados por estudos com enfoques diferentes: um primeiro focalizado na descrição de uma família típica da anorexia nervosa, diferente de uma família normal ou com outra patologia; o segundo na descrição das experiências dos pais ou cuidadores e irmãos relativamente

ao impacto da doença na família e, mais recentemente, na descrição de experiências de mudança/recuperação conquistadas pela própria família. Estes diferentes enfoques projectaram diferentes tipos de desenhos metodológicos. Em termos de intervenção, também surgiram diferentes propostas terapêuticas derivadas destes diferentes pressupostos, cabendo gradualmente ao terapeuta um papel cada vez menos de especialista e cada vez mais de colaborador, centrado cada vez menos nos défices e cada vez mais nos recursos das famílias, tal como pretende representar o quadro síntese que se segue:

Quadro 1.

Evolução das construções sócio-familiares do fenómeno da Anorexia Nervosa

Discurso dominante	Sistémico Familiar		
	Família psicossomática	Família adoecida	Família resiliente
Pressuposto	Família na base da etiologia da doença, ou seja, família doente que adocece os seus elementos Família disfuncional que contribui para a manutenção do sintoma	Família adoecida devido ao impacto da doença Família em crise Família dominada pela doença	Família com recursos para a mudança, que apoia a cura e vence a doença (curadora e resiliente) Família capaz de dominar a doença
Personagens narrativas	Família vilã Anoréctica vítima Terapeuta herói	Família vítima do impacto da doença na família Terapeuta apoiante	Família e terapeuta como colaboradores para vencer a doença
Enfoque dos estudos	Descrição e comparação das características destas famílias com famílias normais ou com famílias com outras patologias. (Algumas dimensões analisadas: emaranhamento, superprotecção, evitamento de conflitos, rigidez, comunicação).	Descrição das experiências dos pais (cuidadores) e irmãos relativamente ao impacto da doença nas suas vidas	Descrição das experiências de mudança/ recuperação
Aspectos metodológicos dos estudos	- Uso de escalas de auto-relato e da observação da família (na resolução de tarefas) - Análise quantitativa e qualitativa - Avaliação antes ou no início do tratamento	- Uso de entrevistas e da análise de cartas - Análise qualitativa - Avaliação durante o tratamento (e pós tratamento)	- Uso de Entrevistas - Análise qualitativa - Avaliação após a recuperação
Estratégia terapêutica	Curar/reparar a família Intervenção nas fronteiras e hierarquia do sistema, na comunicação	Apoiar a família Intervenção psicoeducativa	Empoderar a família Intervenção para a re-autoria

Como vimos, as histórias em torno da Anorexia Nervosa foram-se modificando ao longo do tempo, dependendo das lentes mais em voga em cada época histórica. Se inicialmente este fenómeno foi adquirindo uma configuração sobre-natural, mística ou até demoníaca, descrito predominantemente a partir de histórias de heroínas santas, a partir do século dezanove o discurso médico impõe uma visão centrada nas causas verificáveis transformando, num primeiro momento, estas personagens em vilãs perversas, que atraíam a atenção dos outros pela manipulação ou histeria, até os olhares detectarem uma causa “nervosa” que fazia destas personagens vítimas de uma doença mental. Se inicialmente as histórias estavam sobretudo centradas nestas mulheres (e refira-se mulheres dada a prevalência da Anorexia Nervosa no sexo feminino), a partir da década de setenta, com a proliferação das teorias feministas e sistémicas, começam a aparecer outras personagens. Num primeiro momento, as histórias passam a contemplar também as mães e posteriormente toda a família, que pelas suas características pareciam poder ter um efeito nocivo sobre os seus elementos, passando assim as histórias a ter vítimas anorécticas de famílias vilãs. No decorrer desta construção social, assiste-se a recomendações na literatura para a manutenção das famílias afastadas dos filhos sem ‘intromissão no tratamento’, ou seja, as designadas *parentectomias* (Walsh, 2003). Posteriormente, com a influência dos modelos de crise, as narrativas passam a contar com personagens que desempenham o papel de vítimas do impacto da doença, sofrendo um conjunto de consequências negativas ao nível das actividades de lazer e participação e atravessando um conjunto de dificuldades ao nível da comunicação, da expressão emocional e dos conflitos. Actualmente e com a emergência das perspectivas pós-modernas, uma nova possibilidade de leitura tem vindo a ser aberta, a da construção de histórias de famílias que podem sair vitoriosas deste fenómeno, pelos seus próprios recursos, podendo ser os verdadeiros heróis destas histórias. Assim, surge a narrativa da família resiliente (Walsh, 2002) constituída por um conjunto de personagens com recursos que lhe possibilitam sair “vencedora de uma prova que poderia ter sido traumática, com uma força renovada” (Anaut, 2005, p. 43). Esta, contudo, ainda não é uma narrativa predominante no panorama científico, e talvez o obstáculo mais poderoso para este olhar, para o reconhecimento dos recursos familiares, seja a (tradicional) busca da patologia (Karpel, 1986).

Se a história das histórias contempla diferentes versões de um mesmo fenómeno, que se vão substituindo às anteriores, a Anorexia Nervosa constitui ainda hoje um enigma, repleto de contradições e paradoxos (Bruch, 2001), dadas as múltiplas causas e significados que lhe são atribuídos, sendo ainda actualmente um fenómeno passível de várias versões, como veremos no próximo capítulo.

Capítulo III. O fenómeno da Anorexia nervosa na actualidade: De uma entidade clínica específica a uma espécie de cavalo-marinho

Na mitologia grega existiam uns seres denominados hippocampus, filhos de Poseidon, animais fabulosos e complexos, descritos por serem metade cavalo, metade peixe, hoje mais conhecidos por cavalos-marinhos. O cavalo-marinho com a sua cabeça de cavalo, a sua crina e longa cauda parece efectivamente um cavalo, mas a ciência diz que não o é, colocando-o na categoria dos peixes, apesar de não ter aparência de peixe e ter inclusivamente dificuldades em nadar. Tem ainda outra particularidade interessante, que é o facto de ter características camaleónicas, nomeadamente o facto de tal como os camaleões conseguir mudar de cor em função do seu contexto e lugar e ser capaz de mexer os olhos independentemente um do outro, contudo não é considerado um camaleão. Algumas espécies inclusivamente parecem-se mesmos com plantas marinhas e com corais, mas não o são. Ou também serão?

A natureza está recheada destes fenómenos, em que o que parece por vezes não é, e o que é por vezes não parece. A realidade está muitas vezes dependente do que parece, num determinado tempo e lugar, tornando-se social e historicamente construída. Assim se passa no fenómeno da Anorexia Nervosa, um fenómeno complexo, que se têm revestido de múltiplas aparências, construções, de múltiplos corpos camaleónicos por vezes difíceis de diferenciar.

Se antes dos anos 70, a anorexia era considerada ‘uma curiosidade e uma raridade’ (Hill, 1977), hoje o termo anorético banalizou-se a tal ponto que consta no vocabulário corrente principalmente dos mais jovens para denominarem alguém bastante magra. Actualmente, ainda que haja uma hegemonia do discurso médico, convivem 3 discursos diferentes sobre o fenómeno da Anorexia Nervosa: o discurso médico, o discurso social e o discurso psicológico.

3.1. Discurso médico

O discurso médico tem cada vez mais uma vertente biológica, no entanto, nenhuma das hipóteses biológicas relacionadas com a predisposição genética ou com uma disfunção hipotalâmica ou com uma disfunção ao nível de determinados neurotransmissores (ex. serotonina, dopamina, norepinefrina) tem sido inequivocamente confirmada (Vandereycken, 1984; Scherag, Hebebrand & Hinney, 2010). Assim o discurso que prevalece dentro da medicina é o discurso psiquiátrico, o único que define a doença a partir de uma configuração de sintomas e não das suas

causas ou de evidências orgânicas. Com efeito, a Anorexia Nervosa tem sido reconhecida na literatura médica enquanto perturbação psiquiátrica há mais de um século, e segundo a DSM-IV-TR, é actualmente uma perturbação do comportamento alimentar caracterizada pela “recusa em manter um peso corporal normal mínimo, um medo intenso em ganhar peso e uma significativa perturbação da percepção do tamanho e formas corporais” (p. 553), existindo dois sub-tipos: o tipo restritivo em que a pessoa não “recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes” e o tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo em que a pessoa “tem comportamentos bulímicos ou purgativos” (p.559). Este quadro apresenta muitas vezes sintomas de Depressão major e obsessivo-compulsivos, que são exacerbados pela inanição, pelo que devem ser reavaliados aquando da recuperação do peso. Apesar deste quadro consensual pelo qual se guiam os clínicos, ainda existe polémica não só em torno de determinados critérios como em termos de diagnóstico diferencial, sendo também difícil a aplicação dos critérios definidos especialmente aos mais novos (Nicholls, Charter, & Lask, 2000). Assim, em termos de critérios, é difícil determinar quando é que um jovem tem menos de 85% do seu peso normal ou está 15% abaixo do valor esperado para a sua altura e idade. Apesar da medida do índice de massa corporal para os adultos ser menos sujeita a dúvidas, a aplicação desta medida a crianças e adolescentes tem sido bastante questionada devido à variação existente por idade e sexo. Têm existido algumas tabelas adaptadas, persistindo contudo a falta de consenso (Bryant-Waugh, 2006). Andersen, Bowers e Watson (2001) alertam ainda que a própria definição do critério de 85% do peso é também arbitrária. O outro critério que tem sido muito debatido é a presença de amenorreia, critério não aplicável a crianças e adolescentes pré-pubertários ou do sexo masculino ou ainda às mulheres que tomem um contraceptivo oral que origina uma menstruação artificial (Vandereycken & Meermann, 1984). Segundo Garfinkel e Garner (2002), a amenorreia pode ocorrer antes da perda de peso significativa e pode não ocorrer mesmo após uma significativa perda de peso, o que torna este critério menos consensual. Outro critério prende-se com a imagem corporal. Se parece inequívoco para alguns que a Anorexia Nervosa é fundamentalmente uma perturbação da imagem corporal, provocada pela insatisfação com o corpo, Zanker (2009) afirma que é muito mais uma perturbação de identidade do que da imagem corporal. Esta controvérsia é por vezes visível nos discursos das pacientes, em que umas retratam o problema como estando relacionado com a imagem corporal e outras rejeitam esta definição. Apesar de haver alguma discussão em torno de critérios, considera-se que existe um quadro clínico bem definido. Persistem, no entanto, diferentes perspectivas que enquadram esta doença no espectro de outras perturbações, nomeadamente da perturbação

obsessivo-compulsiva, da perturbação afectiva e da perturbação aditiva, ainda que careçam de consenso.

Se para alguns autores os sintomas obsessivo-compulsivos que se observam na Anorexia Nervosa são produto do estado de inanição dos pacientes, outros autores, como por exemplo Rothenberg (1986, p.45), denominam a Anorexia Nervosa por “a modern obsessive-compulsive syndrome”, ou seja, uma forma moderna da doença obsessiva-compulsiva. Efectivamente, é bastante frequente não só as próprias pacientes falarem do seu problema como uma obsessão que deixa de estar sobre o seu controlo e que as impele para a restrição alimentar ou prática de exercício físico, no caso da Anorexia Nervosa de tipo restritivo, ou que as impele para o vómito ou uso de laxantes/diuréticos no caso da Anorexia Nervosa de tipo purgativo, como também é comum observar-se a presença de sintomas obsessivos mesmo após a recuperação do peso, bem como o relato retrospectivo de traços obsessivos anteriores ao início da perturbação. Parecendo assim existir um tronco comum entre estas duas perturbações, nomeadamente ao nível dos traços e sintomas obsessivos e ao nível neuroquímico (Hsu, 1990), a relação entre ambas continua a ser altamente especulativa (Holden, 1990), afigurando-se mais útil encarar esta perturbação alimentar enquanto entidade clínica distinta do que enquanto um subtipo da perturbação obsessivo-compulsiva, por questões relativas à sua compreensão, gestão e prognóstico.

A relação entre a Anorexia Nervosa e as perturbações afectivas tem recebido alguma atenção, que remonta aos anos sessenta, em que alguns casos de Anorexia Nervosa eram diagnosticados como melancolia (Alexander-Mott & Lumsden, 1994). A conexão ainda existente entre a Anorexia Nervosa e as perturbações afectivas deve-se ao facto de várias pacientes com Anorexia Nervosa apresentarem sintomatologia depressiva (Kennedy et al., 1994). Este dado é, todavia, de difícil interpretação. Se alguns autores consideram que os sintomas depressivos são apenas consequência da restrição alimentar, outros autores sugerem que a sintomatologia depressiva está presente na condição pré-mórbida e pós-mórbida. Outros argumentos utilizados para sustentar esta conexão prendem-se com a elevada prevalência de depressão em familiares em primeiro grau de jovens com Anorexia Nervosa (Strober, Lampert, Morrell, Burroughs & Jacobs, 1990) e com a descoberta de factores genéticos comuns para ambas as perturbações através de estudos com gémeos (Wade, Bulik, Neale & Kendler, 2000). Contudo, estes argumentos não são consensuais na comunidade científica, gerando a velha controvérsia entre o papel dos factores ambientais versus factores genéticos nos resultados apurados pelos estudos.

Muitos são os que estabelecem um paralelismo entre as Perturbações do comportamento alimentar e os comportamentos aditivos (Giordano, 2005). Ainda que este paralelismo seja mais atribuído à bulimia nervosa ou aos comportamentos bulímicos e não tanto aos restritivos, mesmo na Anorexia Nervosa os relatos de algumas jovens fazem parecer que não comer se transforma num vício que lhes dá prazer, um prazer mais psicológico do que físico, uma sensação de controlo e poder, que vai retroalimentar este vício. Contudo a questão de se identificar em que é que a pessoa está viciada é complexa. Em primeiro lugar, porque é difícil definir adição. Podemos definir como um desejo forte de fazer algo, que pode ter uma raiz fisiológica ou psicológica, sendo esta uma definição bastante lata que abarcaria todas as experiências que consideramos agradáveis e que tendemos a repetir. Podemos também definir como um desejo irresistível para fazer algo, que deriva de processos neurofisiológicos e/ou psicológicos. Deste modo, adição seria considerada uma dependência, estando a liberdade da pessoa limitada, sendo esta dependência explicável por processos “externos” ao controlo do indivíduo, de natureza neurofisiológicos e/ou psicológicos. Para além da dificuldade de definir adição também nas perturbações de comportamento alimentar não é claro em que é que a pessoa é viciada: em comer; na fome; na comida; em padrões alimentares anómalos? Embora alguns autores reconheçam que a restrição alimentar gera dependência fisiológica e mudanças cognitivas (Duker & Slade, 2003), alertam para o facto de haver, nas Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), o valor da escolha, ou seja, a pessoa prefere o prazer de restringir e fazer exercício físico em vez do prazer e tranquilidade de comer e dormir, envolvendo assim uma escolha de valores.

Em suma, apesar de haver um discurso médico-psiquiátrico que denomina este fenómeno enquanto entidade clínica distinta, existe ainda assim dentro deste mesmo discurso um fenómeno camaleónico, que faz com que haja falta de consenso quer relativamente aos critérios, quer no que diz respeito à relação com outros quadros psiquiátricos, havendo autores que ainda discutem se a Anorexia Nervosa se enquadra dentro de outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente das perturbações afectivas, obsessivo-compulsivas ou aditivas, como se este fenómeno, apesar de distinto, estivesse em simultâneo na confluência destes outros.

3.2. Discurso sociológico

Os factores sociais e culturais são considerados como os principais factores predisponentes da Anorexia Nervosa. Assiste-se desde a década de 70, a uma

crescente pressão veiculada pelos meios de comunicação social para a magreza, que se concretiza pelo grande crescimento dos artigos sobre dieta nas revistas femininas relativamente à década anterior e por uma mudança no peso e formas que configuram o ideal de beleza ocidental. Efectivamente, por todo o lado, assistimos a mensagens poderosas e muito frequentes sobre que atributos as mulheres e jovens devem ter, os quais são considerados já um potencial factor de risco das perturbações alimentares (Tucci & Peters, 2008). Vivemos rodeados pela proliferação de celebridades que difundem não só uma imagem de magreza, como associada a esta, difundem também uma imagem de poder, de beleza, de desejo (Ahern, Bennett & Hetherington, 2008). Segundo Vandereycken (2006), a influência da sociedade e da cultura parece ter um efeito no desenvolvimento das perturbações alimentares, ainda que esta influência seja complexa e multideterminada. Dentro destes factores sócio-culturais, o autor destaca as transições sociais (a migração e urbanização), a pressão dos pares e a exposição aos meios de comunicação. De acordo com Morgan e Azevedo (1998), a distribuição social do fenómeno da Anorexia Nervosa é a prova indiscutível do carácter sociocultural dos distúrbios alimentares. Apesar da constatação da existência Anorexia em cada vez mais sociedades, com níveis de desenvolvimento e traços culturais distintos assim como em estratos sociais, étnicos e etários heterogéneos, bem como em ambos os sexos (Cardoso, s/d), a verdade é que se assiste ainda a uma prevalência em grupos etários mais jovens e do sexo feminino. Esta prevalência em jovens mulheres parece estar relacionada com o facto deste grupo estar mais vulnerável a determinadas pressões sociais por variadíssimos motivos (Wolf, 1994). Em primeiro lugar, com a puberdade o corpo feminino desvia-se do ideal corporal ocidental enquanto o corpo masculino tende a mudar na direcção do ideal cultural. Em segundo lugar, parecem existir evidências para o facto das mulheres receberem mensagens mais poderosas para aderirem ao ideal cultural, através das múltiplas revistas femininas onde predominam artigos com instruções de como emagrecer passo a passo. Em terceiro lugar, existe uma socialização das mulheres orientada para o corpo como algo potencialmente admirável pelos outros, sendo a atractividade física uma condição mais importante para os homens que procuram uma parceira do que para as mulheres que procuram um relacionamento.

Assistimos ainda nos nossos dias a movimentos feministas culparem a influência cultural da proliferação da dieta por encorajar as mulheres a subscreverem a ideia de que a perda de peso é a chave para resolver os problemas das suas vidas. Vários estudos comprovam o poder das mensagens veiculadas socialmente sobre a magreza através da exploração das associações que as pessoas fazem à magreza e ao excesso de peso, predominando associações positivas à magreza, nomeadamente a conceitos como felicidade, auto-estima, saúde, amor e sendo consideradas as

peessoas mais magras como mais inteligentes, mais bem sucedidas, mais atraentes e populares e associações negativas ao excesso de peso, como por exemplo ao medo, vergonha, ao nojo e à fraqueza. Assiste-se actualmente a um preconceito contra as pessoas com excesso de peso que são consideradas preguiçosas, sujas, desleixadas em contraste com os valores mais socialmente valorizados como o da responsabilidade, trabalho duro, auto-disciplina. Efectivamente, os meios de comunicação social parecem contribuir para o preconceito contra os mais pesados, que marca esta aversão actual à gordura num meio paradoxal em que cada vez mais a comida está disponível e é publicitada apesar das expectativas sociais de limitar o seu consumo (Hesse-Biber, Leavy, Quinn, & Zoino, 2006). A aversão cultural à gordura veio desembocar numa epidemia da dieta, que faz com que muitos persigam um ideal impossível e pouco saudável para a maioria dos indivíduos. Em suma, vive-se actualmente uma ilusão que o ideal de magreza é facilmente atingível e que não conseguir emagrecer é uma forma de fraqueza. Tem-se tornado axiomático que a Anorexia Nervosa é causada pela insatisfação com a aparência física. Apesar desta poderosíssima influência dos pares e dos meios de comunicação, e desta vulnerabilidade feminina acrescida, a prevalência da anorexia nervosa é menos de 1% na população feminina (Hay et al., 2008 como citado em Zanker, 2009), o que faz com que este fenómeno que parece à primeira vista um fenómeno sociocultural, tenha necessariamente outras aparências.

Para além desta leitura da Anorexia Nervosa como perseguição de um ideal de beleza ou de um ideal de sucesso, os discursos feministas vêm introduzir uma nova forma de leitura sobre este fenómeno ligada a questões de poder e controlo. Assim, alguns destes discursos fazem uma leitura do fenómeno como relacionado com um problema de identidade, numa sociedade actual que tem expectativas em termos de género confusas e exigentes, especialmente para as mulheres, sendo esperado que estas desempenhem igual e eficientemente um duplo papel, o de mães e o de profissionais. A Anorexia Nervosa surgiria neste contexto como uma reacção a este movimento sociocultural opressivo sobre as mulheres que impõe uma determinada identidade para a mulher, tornando-se a restrição alimentar uma forma de rebelião das mulheres contra as experiências de subordinação ou uma tentativa das mulheres readquirirem controlo nas suas vidas, tomando controlo sobre os seus corpos ao rejeitarem a comida (Hepworth, 1999, p.58). Ao contrário do discurso médico, este discurso sociocultural não se centra apenas nos sintomas. Como afirmou uma famosa preconizadora das teorias feministas, que também tinha desenvolvido uma Anorexia Nervosa: “My experience shows that getting the anorexic to eat is only half the battle” (MacLeod, 1981, p.122). Para esta autora, a Anorexia Nervosa é simultaneamente um

símbolo de opressão e de resistência, já que possibilitaria às mulheres libertarem-se da opressão social que recai sobre elas.

Numa lógica também da relação deste fenómeno com o poder, pensa-se que este fenómeno deve também ser enquadrado no âmbito de uma sociedade de abundância. Nestas sociedades, onde os filhos assumem um papel central e o adulto adquire valor enquanto progenitor, a recusa de comida pode converter-se num comportamento dotado de sentido, conferindo mais poder e controlo aos filhos. No seguimento desta leitura sociocultural, surgem outras leituras mais psicológico-relacionais que põem em destaque outras funções psicológicas e familiares de que o sintoma da restrição alimentar se pode revestir.

3.3. Discurso psicológico

Elysio de Moura (2005) no seu livro “Anorexia Mental” oferece ao leitor um conjunto de leituras sobre este fenómeno, salientando aspectos quer individuais, quer familiares. Questiona assim a possibilidade da Anorexia Nervosa estar relacionada com o desejo de se salientar ou captar atenções, com uma preocupação estética, um desejo de ser atraente para o sexo oposto ou um desejo de retardar o crescimento ora no sentido de garantir a protecção e apoio dos outros, ora no sentido de evitar o futuro, o amor físico, a sexualidade. Enumera ainda outras possibilidades como a Anorexia Nervosa poder ser uma reacção anti-vital disfarçada, ou seja, uma espécie de suicídio não condenável ou uma tentativa de experimentar um estado de ascese, no sentido de atingir uma sensação de levitação. Mais ainda, Elysio de Moura avança com hipóteses que envolvem os seus familiares, colocando a possibilidade da Anorexia Nervosa ser uma forma da jovem ver-se colocada num papel de privilegiada e/ou forçar os pais a volverem-se para ela, compensando-a da atenção dada privilegiadamente a outro filho, ou uma forma de vingança à família ou de aversão mal disfarçada contra a mãe e inclinação ardorosa para o pai. Coloca ainda hipóteses como a Anorexia Nervosa ser ‘um particular melindre’ devido a uma atmosfera de desarmonia e discórdia familiar, uma forma de se tornar desobediente, rebelar-se contra a rotina, tacanhez, ideias antiquadas das pessoas com quem vive, uma espécie de feitio insubmisso perante a autoridade ou mesmo opressão familiar, mais particularmente uma forma de desferrar-se de imposições alimentares passadas. Curiosamente, muitos destes aspectos continuam muito actuais ainda nos nossos dias e foram desenvolvidos por vários autores posteriores.

Para além destas possíveis leituras que Elycio de Moura salienta, a Anorexia Nervosa tem ainda sido associada a características individuais como o perfeccionismo. Vários estudos têm mostrado que o perfeccionismo constitui um factor de risco e de manutenção das perturbações do comportamento alimentar (Macedo et al., 2002), quer através da análise de amostras não clínicas em que níveis de perfeccionismo elevados estão associados a níveis também mais elevados de atitudes/comportamentos alimentares anormais (Macedo et al., 2007), quer em amostras clínicas em que os doentes com perturbações de comportamento alimentar apresentam níveis mais elevados de perfeccionismo relativamente aos grupos de controlo (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995). No seguimento, muitos autores encaram o perfeccionismo como uma forma de luta pela competência e eficácia (Crocker & Park, 2004), derivada de uma baixa auto-estima. Efectivamente a relação entre a Anorexia Nervosa e a auto-estima tem sido estudada, assim como o promoção da auto-estima tem sido um ingrediente de alguns modelos de tratamento para a Anorexia Nervosa, nomeadamente as terapias cognitivo-comportamentais e terapia motivacional (Surgenor, Maguire, Russell & Touyz, 2007). A auto-estima tem sido decomposta em duas dimensões: a auto-valorização (self-liking) e o sentido de mestria/competência (self-competence), estando a primeira mais dependente do contexto social e a segunda mais associada ao controlo e ao sentimento de auto-eficácia, havendo algumas investigações que evidenciam a relação de ambas com a anorexia nervosa e o aumento do sentido de competência como indicador de mudança da sintomatologia alimentar no tempo (Bardone, Perez, Abramson & Joiner, 2003). Este sentimento de controlo parece ser importante para muitas pessoas com Anorexia Nervosa, inclusivamente Zanker (2009) refere que a Anorexia Nervosa é forma de ter controlo. Segundo Vandereycken & Meermann (1984), o problema principal das PCA é o auto-controlo relacionado com o peso/forma e o medo de o perder. As pessoas com perturbações alimentares são exímias em auto-controlo e encontram-se muitas vezes no seio de uma batalha entre a necessidade de exercer controlo e o impulso para o perder. Se esta busca de controlo pode afigurar-se como um traço característico destas jovens, esta característica pode ser lida em termos relacionais. Segundo Giordano (2005), a busca de controlo sobre si e sobre o ambiente envolvente pode ser considerado como uma necessidade profunda das pacientes se perceberem como seres autónomos em relação aos outros, capazes de auto-determinação.

Assim vários autores desenvolveram leituras psicológicas da Anorexia que abandonam o olhar unicamente circunscrito para o indivíduo, para ser adoptado um olhar sobre o indivíduo em contexto (Minuchin et al., 1978). É nesta lógica que a Anorexia Nervosa passa a ser vista como um fenómeno relacional, conforme, Minuchin, Palazzoli, White, Ugazio e Bruch descreveram. Propomos agora um

mergulho nas diferentes metáforas relacionais que foram sendo construídos por estes autores, olhando para o contexto familiar onde tem lugar o comportamento anoréctico, desviando a atenção das relações causais e procurando acima de tudo captar a circularidade dos comportamentos que compõem tramas familiares complexas e intrigantes.

3.3.1. A metáfora de um microcosmo familiar super-unido e caleidoscópico

Minuchin foi um dos primeiros autores a deixar a visão linear do fenómeno da Anorexia Nervosa, para defender que o diagnóstico de anorexia nervosa tanto se aplica às pacientes como ao seu sistema familiar (1978). Neste sentido, Minuchin e colaboradores (1978) afirmaram que determinadas organizações familiares estão relacionadas com o desenvolvimento e manutenção de síndromes psicossomáticas nas crianças e que os sintomas psicossomáticos das crianças têm um importante papel na manutenção da homeostase familiar. Ao estudar as famílias ditas psicossomáticas, concluiu a existência de quatro características familiares principais ao nível das suas interacções: 1) o emaranhamento; 2) a super-protecção; 3) a rigidez e 4) evitamento de conflitos.

- 1) Emaranhamento refere-se a uma forma extrema de proximidade e intensidade nas interacções familiares, que faz com que uma mudança num elemento ou na relação entre dois atinja os outros todos. Esta extrema proximidade torna as fronteiras entre os vários subsistemas pobres e fracas, sendo comum a intrusão dos diferentes elementos nos pensamentos e sentimentos dos outros e a não existência de espaços de privacidade, tornando-se assim difícil a diferenciação entre os elementos. Nestes sistemas existem geralmente fronteiras fortes entre o sistema familiar e o exterior, funcionando o primeiro como um microcosmo.
- 2) A super-protecção manifesta-se na extrema preocupação que os diferentes elementos têm relativamente ao bem-estar dos outros. Os pais são geralmente muito orientados para os filhos, colocando-os acima de todas as outras áreas das suas vidas e ao super-protegerem os filhos dificultam as suas tarefas de autonomização e os filhos parecem sentir também uma grande responsabilidade em proteger a família, algo que por vezes poderão fazer através dos seus sintomas.
- 3) Rigidez relaciona-se com a dificuldade destas famílias no confronto com situações de mudança, tendendo a manter a todo custo a sua homeostase familiar. Com o crescimento dos filhos, por exemplo, as regras e os padrões de

interacção com os filhos mantêm-se apesar da mudança de idade e do nível de desenvolvimento. A mudança tende a ser vista como algo ameaçador.

- 4) O evitamento de conflitos é algo muito característico destas famílias muitas vezes defendido como algo em nome da religião ou dos códigos de ética que os guiam ou ainda em nome da harmonia familiar. Este evitamento faz com que os problemas se mantenham sem serem resolvidos, activando conseqüentemente o sistema de evitamento, num ciclo recursivo sem fim. Este evitamento implica, muitas vezes, a negação do self dos elementos da família.

Para Minuchin e colaboradores (1978), estas características não podem ser vistas isoladamente como causadoras da doença psicossomática, mas antes como uma constelação de transacções que, por meio de feedback e circularidade, estarão relacionadas com o sintoma, tendo assim o sintoma um novo significado enquanto regulador do sistema familiar. O autor descreve ainda uma quinta característica destas famílias: o envolvimento de um dos filhos no conflito parental, encontrando três situações-tipo diferentes: situação 1) em que os pais incapazes de lidar um com o outro unem-se nos cuidados com a criança doente, desviando assim o conflito; situação 2) em que um conflito conjugal se transforma num conflito parental dada a dificuldade em lidar com o filho doente e; situação 3) em que um filho é recrutado pelos pais para tomar posição ou para servir de mediador, passando este a ser triangulado ou parte de uma aliança. Nestes casos, o sintoma torna-se eficiente em regular a estabilidade familiar, o que reforça a sua continuidade e os aspectos característicos da organização familiar. Da comparação de diferentes famílias psicossomáticas com famílias normais e famílias saudáveis, Minuchin apercebeu-se que as famílias com jovens anorécticas tinham determinadas características mais salientes do que todas as outras, nomeadamente, o evitamento de conflitos, o envolvimento da criança no conflito parental e a super-protecção, daí a sua descrição mais detalhada da denominada 'família anoréctica'. Assim, a Anorexia Nervosa é encarada por Minuchin enquanto produto de um sistema, composto por elementos que aprendem a ser caleidoscópicos, sensíveis às necessidades dos outros e procurando viver em função destes e da sua aprovação, não lhes permitindo diferenciarem-se uns dos outros mas garantindo a harmonia familiar.

3.3.3. A metáfora de um jogo de comunicação familiar

Para Palazzoli e colaboradores (1999), a Anorexia Nervosa pode ser entendida como o resultado de factores socioculturais específicos da sociedade ocidental, nomeadamente o ideal de magreza veiculado actualmente nas sociedades de

abundância, e factores relacionados com a dinâmica familiar. Assim, Palazzoli e colaboradores (idem) descrevem o desenvolvimento do sintoma anoréxico a partir de um imbróglcio familiar, que envolve uma relação aparentemente privilegiada entre a denominada Paciente Identificada (P.I.) e um dos seus progenitores, que mais não é do que uma estratégia voltada contra alguém, geralmente contra o outro progenitor, gerando-se um jogo entre o casal, em que um dos cônjuges instiga a filha contra o outro. Este equilíbrio é posto em causa quando a P.I. descobre que a razão de ter sido escolhida como elemento privilegiado na relação com o progenitor era simplesmente uma forma deste comunicar com o seu conjugue. Segue-se um jogo da díade parental, no qual está envolvida a filha anoréctica, que Palazzoli e colaboradores descrevem como um processo de 6 etapas.

- Na primeira etapa, o casal entra num impasse em que um dos progenitores provoca o outro e o outro bloqueia qualquer possibilidade de interacção ou para evitar o conflito ou pelo seu autoritarismo, sendo mais frequente a primeira interacção.
- Seguidamente (2ª etapa), a filha será envolvida neste jogo parental de duas formas possíveis, conforme a relação privilegiada for com a mãe (situação A) ou com o pai (situação B). Na situação A, a filha toma o partido da mãe, ao perceber o sofrimento de que a mãe é vítima, infligido pelo pai. Na situação B, a filha, geralmente a predilecta do pai, considera-o superior à mãe não aceitando a forma como a mãe trata o pai.
- Com a chegada da adolescência (3ª etapa), a jovem sofre uma desilusão com o progenitor preferido. Assim, na situação A, a filha descobre que a mãe tem uma preferência por outro elemento da família, um irmão ou irmã por exemplo, e a partir deste sentimento de abandono, a futura P.I. volta-se para o seu pai, passando a tomar o partido deste e este entra num processo de instigação com a filha contra a mãe, mostrando-lhe o quanto a mãe o aborrece. Na situação B, a proximidade entre pai e filha intensifica-se, aumentando o processo de instigação contra a mãe, mostrando a filha que o pai não se deve submeter às vontades da mãe.
- É neste período (4ª etapa) de “intenso mal-estar relacional que ocorre a dieta” (Palazolli et al., 1998, p. 218). Consequentemente, na situação A, a jovem procura diferenciar-se da mãe a todo o custo, através da sua imagem, seguindo o ideal de beleza socialmente veiculado. Na situação B, a jovem inicia a dieta enquanto provocação à mãe, demonstrando-lhe uma forma de protesto contra comportamentos ou atitudes da mãe que a magoaram, a si ou ao pai. Esta redução alimentar vai agravar-se, já que a mãe começa a intensificar a sua intrusão perante a dieta da filha, o pai

tenta demover a mãe mas sem grande persistência e força, o que vai aumentar a vontade da filha se opor quer à sua mãe “intrusiva”, quer ao seu pai “cobarde” que não se afirma perante a mãe.

- Na quinta etapa, a filha sente-se traída por este pai pela sua incapacidade de se impor.
- E, finalmente, na última etapa, este jogo familiar perpetua-se alimentado pelo poder adquirido pela filha com o sintoma que manifesta e pelas estratégias que os diferentes elementos adoptam “baseadas no sintoma” (idem, p.219), que se tornam auto-perpetuadoras do sintoma.

Com efeito, o sintoma anoréxico afigura-se enquanto um sintoma de protesto contra um dos progenitores instigado pelo outro e, posteriormente, pelo sentido de traição ou desilusão sentido em relação ao progenitor instigador, que adquire um papel fundamental no jogo parental/conjugal em que está enredado. Se inicialmente Palazzoli e colaboradores colocaram a tónica deste jogo familiar descrito em termos de uma triangulação, que se forma no seio de um conflito conjugal encoberto, com os estudos posteriores, que desenvolveram para descrever os diferentes elementos destas famílias (1999), passaram a colocar a tónica desta trama familiar na necessidade da paciente ter uma figura de referência emotiva que pudesse servir de interlocutor privilegiado no processo de crescimento. De acordo com a investigação que realizaram para descrever os diferentes elementos destas famílias concluíram que os pais apresentavam mais carências afectivas do que as mães ao nível das suas famílias de origem, tendendo a ter reacções defensivas em função desta insuficiência afectiva. Procurariam nas esposas uma figura maternal disponível, não de tipo simbiótico infantil, mas de tipo pré-adolescente, que lhes permitisse manter a sua independência mas terem a segurança das suas mulheres estarem em casa no seu regresso. As mães são descritas nesta obra como mulheres incapazes de fazer reivindicações em seu próprio nome, com uma tendência para se sacrificarem pelo outros, abdicando de fazerem coisas pelo seu próprio prazer ou simplesmente para descansarem. Assim, e novamente repescando a existência de dois grupos no início da trama familiar, o grupo A (em que a jovem teria uma relação privilegiada com a mãe) e o grupo B (em que a jovem teria uma relação privilegiada com o pai) formar-se-iam mais “em resposta a necessidades de vinculação do que de alianças e coligações oferecidas/aceites pela paciente” (Palazzoli et. al., 1999, p. 181), necessidades essas importantes para as jovens darem continuidade ao seu processo desenvolvimental. Todas estas interações familiares ocorreriam de forma quase invisível, não perceptível a olho nu, apenas captado por um olhar “mais microscópico”, já que segundo estes autores, “os dramas destas famílias em sua maioria nada mais apresentam ao espectador quando o pano se abre do que a esqualidez tácita dos

sintomas” (Palazzoli et al., 1998, p.125). Não sendo esta trama verbalizada espontaneamente, caberia ao terapeuta fazer o sistema falar, “emprestar-lhe voz e palavras, reconstituir as suas premissas e fazer com que o seu sentido emerja” (idem).

3.3.4. A metáfora da invisibilidade social

Para Michael White (1983), a Anorexia Nervosa pode ser entendida no contexto de determinadas crenças rígidas e implícitas presentes em determinadas famílias. O autor sugere que certos aspectos deste sistema de crenças determinam uma vulnerabilidade à Anorexia Nervosa em certas filhas, uma vulnerabilidade com frequência activada pela pressão social de imagens idealizadas de mulheres (White, 1994, p.113). Destes estereótipos deriva a ideia de que a mulher só pode ser apreciada pelos outros e por si própria se se mostrar dependente, se submeter ao ideal de magreza e se assumir como função preocupar-se em garantir a alimentação correcta aos outros, especialmente aos membros da família. Contudo, conforme afirma o autor, apenas uma pequena percentagem de jovens desenvolve uma Anorexia Nervosa, apesar da grande maioria estar exposta a estas premissas sociais. Concluiu então que existem outro tipo de crenças intergeracionais (White, 1983), nomeadamente:

1) A valorização da lealdade, que se revela na crença de que qualquer comportamento que não seja para o bem dos outros ou orientado para a tradição familiar é um acto egoísta ou traidor.

2) A definição de um papel específico para a mulher, que se traduz na expectativa que esta seja sensível, dedicada e sacrificada. Este papel é muitas vezes especificamente esperado de uma determinada filha, aquela que será mais vulnerável a desenvolver anorexia nervosa.

3) A presença da crença de que conseguem ver através dos outros (“insightfulness”), que consiste no facto destas famílias acreditarem que conseguem ver para dentro dos outros, ou seja, acreditam ser capazes de saber as verdadeiras motivações e intenções por detrás do comportamento.

Assim, perante o sintoma da Anorexia Nervosa os pais sentem-se inadequados acreditando que não foram suficientemente compreensivos ou apoiantes mas, ao mesmo tempo, ao ver o desconforto que a filha lhes traz acreditam que tem a ver com o facto da jovem com Anorexia Nervosa ter pouca preocupação com eles, o que faz com que oscilem entre extremos de indulgência e hostilidade. Da mesma forma, a jovem anoréctica vê inadequação e impotência nela própria mas também vê os pais como pouco compreensivos, o que faz com que também as suas atitudes em relação

aos pais sejam ambivalentes. Este poder de “leitura” ou visão não rompe com a união do sistema, pelo contrário, ao cegar a família relativamente à natureza e consequências do seu sistema de crenças, vai encorajar os membros a ficarem ainda mais ligados e enredados em transacções de auto-censura e culpabilização. Em suma, para Michael White (1994) estão presentes nestas famílias ciclos de culpabilização/auto-censura, em que cada membro entra em interacção com determinadas crenças ou premissas sobre o problema que inspiram soluções que não trazem alívio, gerando-se uma contradição na jovem entre crenças como por exemplo “ser para os outros” e aspirações de “ser independente” (acompanhadas de culpa) que degeneram no paradoxo da doença de “descobrir-se a si mesma perdendo-se” ou “encontrar-se a si mesma desaparecendo”, ou seja, a metáfora da invisibilidade social como forma de seguir a tradição familiar. Assim, a Anorexia Nervosa deixa de ser vista como um mecanismo de desafio e rebelião, para passar a ser uma forma da jovem abdicar de si em prole da família. Perante a impossibilidade da jovem aspirar à sua independência, auto-realizar-se, sentir-se dona de si própria, a jovem opta pela invisibilidade social como forma de ser leal, cumprir o seu papel de mulher e ser em função dos outros sem crítica (White, 1994). Os sintomas da Anorexia nervosa tornam-se portanto sintomas de desaparecimento, sendo esta a solução mais viável para lidar com a culpa. Assim, não só a jovem mas toda a família se tornam vítimas das suas próprias crenças (White, 1983).

3.3.5. A metáfora da luta pela igualdade entre vencedores e vencidos

Valeria Ugazio (2001), partindo da pista de Sluzki e Verón (1971) de que há experiências de significado precoces responsáveis pelas perturbações mentais, que seriam, por sua vez, o resultado de padrões específicos de interacção familiar, descreve o contexto familiar generativo dos transtornos alimentares. Para Ugazio estas famílias interagem segundo uma polaridade semântica crítica entre o vencedor, aquele que tem “iniciativa/controlo/voluntarismo” e o derrotado, aquele que mostra passividade/docilidade. Nestas famílias há portanto quem é mais e quem é menos, quem ganha e quem perde, quem tem êxito e quem é vencido. Já que é esta confrontação competitiva que regula as relações, a definição da relação entre os membros das famílias é particularmente instável, e em consequência são também inseguras as identidades dos membros. Nestas famílias quem se encontra na posição de “perdedor” não aceita a rendição, uma vez que implicaria admitir: “eu sou a minha própria derrota”. Assim, quem fica nesta posição, se não tem possibilidade de vencer os vencedores, define a sua própria derrota como um sacrifício pelos outros. Dado que qualquer definição de si mesmo está conotada em termos de mais ou menos e dá

lugar a uma superioridade ou inferioridade, torna-se perigoso nestas famílias a diferenciação entre os elementos, já que as diferenças não estão ao serviço da cooperação, pelo contrário, servem para afirmar a própria superioridade em relação aos outros membros do grupo ou são um indício do próprio fracasso. Para cada membro só restam duas possibilidades: ou adequar-se aos outros membros ou opor-se, sabendo que ao conformar-se com as expectativas dos outros significativos significa para o sujeito ser passivo, perder e sobretudo sentir-se estranho e derrotado e opor-se significa ser activo, ganhar, contudo equivale a ser rejeitado, implica perder a confirmação do outro e conseqüentemente o sentimento da sua própria individualidade. Quanto mais aumenta a recursividade deste circuito, mais o conformar-se aos outros se percebe como passividade, derrota, abuso e violação da própria identidade pessoal e opor-se, uma vez que incentiva uma escalada simétrica com os outros significativos, comporta a perda de confirmação pelos outros, algo indispensável para a sua identidade. Quando a recursividade é máxima, o sujeito deixa de dispor de qualquer posição complementar na dimensão semântica crítica e oscila entre adequar-se e opor-se sem encontrar uma validade do self. É neste ponto que surge a patologia. As jovens podem viver com esta polaridade semântica por alguns anos recorrendo a estratégias protectoras adaptativas: o perfeccionismo e o controlo (Ibidem, p. 288). Sempre que a luta pela definição da relação for o tema central da conversação familiar, a colocação de um sujeito na adolescência, num ou noutro extremo, alimenta o circuito recursivo já descrito, que importa ao terapeuta ser capaz de interromper.

3.3.6. A metáfora do querer/ter de ser especial

Bruch (2001), na sua famosa obra "The Golden Cage", fala desta "estranha doença", em que a extrema magreza torna-se motivo de orgulho pessoal. Bruch afirma que há qualquer coisa de exibicionista nesta perturbação, já que se torna uma forma de atrair atenções e até de testar e garantir o amor e atenção dos outros, algo da qual as jovens dificilmente abrem mão. A restrição alimentar parece também preencher o desejo das jovens serem especiais e salientes. Este desejo de ser especial ganha um outro sentido, segundo a autora, ao perceber-se que estas são famílias que dão muito aos filhos, sacrificando inclusivamente aspirações pessoais. Ao sentirem que os pais lhes deram muito, as filhas procuram corresponder, sentindo que é esperado muito delas, nomeadamente garantir que os pais se sintam bem, superiores, com sucesso. Em geral, esta vontade grande de agradar os pais está associada a um medo de não corresponder às expectativas, manifestando estas jovens um bom comportamento em várias áreas da vida, nomeadamente no domínio académico, onde procuram corresponder a altas expectativas. Ainda que estas expectativas não tenham sido

explícitas, estiveram implícitas no investimento dos pais na educação dos filhos. Para Bruch, apesar destas crianças serem consideradas perfeitas pelos que as rodeiam, elas sentem um medo constante de não serem amadas e reconhecidas. Ao preencherem o ideal de perfeição dos pais e professores, fazem-no de forma exagerada, tentando sempre serem melhores, tornando-se incapazes de serem como os seus colegas que desfrutam da vida, para prosseguirem com a missão (auto?) imposta de ser especiais. Com o início da adolescência, os jovens são muitas vezes confrontados com novas experiências que os colocam em situações onde se podem sentir em desvantagem e com perda de controlo. Esta autora coloca a Anorexia Nervosa numa encruzilhada entre estes medos e desejos, em que os sintomas passam a ter uma função de adiamento do crescimento, face ao medo de ser adolescente e de manutenção do amor, atenção e protecção dos familiares, face ao medo da crítica, permitindo-lhes permanecer presas na sua gaiola dourada, dentro das expectativas que foram criando para os outros, enquanto crianças perfeitas.

Como vimos através destes três discursos: médico, sociológico e psicológico, são múltiplas as faces da Anorexia Nervosa, nem sempre congruentes ou conciliáveis, uma espécie de cavalo marinho... As leituras que se vão fazendo sobre este fenómeno assentam sobretudo nas suas possíveis causas ou funções, estando a concepção sobre a Anorexia Nervosa alicerçada no que a provocou/motivou ou no que a (retro)alimentou. Segundo Rakoff (1982), apesar da maioria das perturbações psiquiátricas serem multideterminadas, nenhuma é mais de que a Anorexia Nervosa, o que evidencia a multiplicidade de construções que foram e podem ser realizadas em seu redor. Perante esta multiplicidade de construções em torno do problema, urge analisar que construções existem sobre a sua resolução/recuperação...

Capítulo IV. A recuperação da Anorexia Nervosa e as diferenças que podem fazer a diferença

A estrela-do-mar é um animal marinho com cinco braços. É um exemplo extraordinário de capacidade de regeneração da natureza, já que apenas precisa de um braço para voltar a crescer. De apenas um braço pode nascer um novo organismo. A regeneração da estrela-do-mar é um exemplo único de regeneração celular, processo também presente no ser humano. Se o conceito de regeneração se aplica a fenômenos físicos, o conceito de recuperação têm-se aplicado a fenômenos mentais.

4.1. A supremacia do discurso médico na concepção de recuperação

Se a Anorexia Nervosa tem uma longa história, o conceito de recuperação aplicado à doença mental tem uma vida mais curta. Apenas no século XIX, o termo recuperação começa a ser aplicado à doença mental, ainda que de forma diferente da actualidade. A definição inicial usada de recuperação remetia para a eliminação dos sintomas observados, pelo menos durante o internamento hospitalar (Loveland, Randall & Corrigan, 2005), ajustando-se assim o termo a todos os pacientes que tinham tido alta médica do internamento. Não sendo na altura controlado o número de pacientes que era readmitido no hospital, as taxas de recuperação eram extremamente altas até Earle (1876), na sua obra “The Curability of Insanity”, ter exposto a não validade dos procedimentos até então usados para a elaboração de estatísticas de recuperação. A sua obra bem como os contributos de Kraepelin, o pai da psicopatologia moderna, vieram mostrar não só que a recuperação era algo menos frequente ao nível da saúde mental, como bastante improvável em alguns quadros psicopatológicos (idem). Só em meados do século XX, é que a crença na recuperação começou novamente a crescer com o aparecimento de novos tratamentos farmacológicos, cirúrgicos e as chamadas terapias de choque. Neste período a definição de recuperação centrava-se no modelo médico referindo-se à eliminação sintomática. Esta definição era apenas passível de ser realizada pelos profissionais de saúde, não sendo dada voz às próprias pessoas diagnosticadas com uma doença mental. Nos anos setenta, com a implantação do modelo biopsicossocial, a recuperação torna-se um fenómeno mais multidimensional, não compreendendo apenas mudanças biológicas, mas também psicológicas, ambientais e sociopolíticas. Mais recentemente, a partir da década de oitenta, com os denominados movimentos dos consumidores/sobreviventes/ex-pacientes surge uma nova compreensão de recuperação baseada na experiência daqueles que viveram

com uma doença mental, passando a ser considerado que as pessoas têm um papel activo na sua própria recuperação, que a esperança é um elemento essencial neste processo, que não é linear, o que implica que a recaída faça parte do processo, não sendo necessariamente uma falha. Este último modelo que abre as portas a um novo paradigma denominado por “Recovery” (Duarte, 2007), defende então a recuperação como um processo de crescimento contínuo, que passa pelo aumento do controlo das pessoas sobre as suas próprias vidas e a redefinição ou restabelecimento de um sentido de si. Implica também a capacidade de lidar com o estigma e a discriminação e conseguir manter uma vida satisfatória e produtiva. Assim, gradualmente a doença e a saúde mental começaram a ser encarados como parte de um *continuum* (Mirowsky & Ross, 1989). Apesar deste novo olhar sobre a recuperação enquanto fenómeno acessível a todos (Duarte, 2007), assiste-se ainda hoje em relação à saúde mental a uma supremacia do conceito de cronicidade em detrimento do conceito de recuperação.

No caso específico da Anorexia Nervosa, apesar de se falar em recuperação, existe muita dificuldade de consenso relativamente às taxas de recuperação, estando sempre associadas às taxas de cronicidade. Assim Steinhausen (2002), numa meta-análise realizada aponta para uma percentagem significativa de pacientes que recupera totalmente (47%), outra que atinge uma recuperação parcial (33,5%), enquanto apenas 20% permanecem crónicas. Estes resultados apresentam contudo uma grande variabilidade. Herzog, Kelly e Lavori (1988) encontraram, por exemplo, taxas de recuperação que variam entre 17 a 77% nos 4 anos ou mais após tratamento, enquanto Steinhausen (2002) encontrou variações de 0 a 92%. Couturier e Lock (2006b) concluíram que as taxas de recuperação variam amplamente dependendo dos critérios específicos usados na definição de recuperação. Os estudos baseiam-se em diferentes definições e, para além disso, baseiam-se em tempos de *follow-up* diferentes, bem como em amostras com características diferentes e tipos de tratamento diferentes (Couturier & Lock, 2006b). Se algumas taxas parecem ser animadoras e parecem indicar que a recuperação é um fenómeno frequente na Anorexia Nervosa, Pinzon e Nogueira (2004) alertam para o facto de estes números não poderem ser encarados como muito animadores já que mesmo mantendo peso e menstruações normais, grande parte das pacientes com Anorexia Nervosa mantém alterações físicas, psicológicas ou sociais.

Nos estudos publicados, a recuperação de peso (normalização do peso) é atingida mais rapidamente do que a recuperação psicológica (das cognições relacionadas com o peso/alimentação), sendo encontrada uma diferença de 57 meses para 79 meses, ou seja, uma diferença em média de quase 2 anos (Strober, Freeman

& Morrell, 1997). Para além disso, uma grande percentagem de estudos tem estado sobretudo centrada na resposta ao tratamento, o que é diferente de recuperação ou remissão de sintomas, na medida em que a recuperação pode ser espontânea e não estar relacionada com o tratamento e a remissão não implica necessariamente mudanças a nível psicológico ou social. Relativamente ao período de remissão de sintomas considerado necessário para se considerar um paciente recuperado, também se assiste a uma falta de consenso, variando de estudo para estudo, indo desde as últimas 8 semanas até 1 ano.

A concepção de recuperação que predomina no contexto da investigação enquadra-se numa perspectiva médica, enquanto manutenção da remissão dos sintomas por um período significativo de tempo (Frank et al., 1991). Esta operacionalização afigura-se como a mais usada já que assegura a homogeneidade de critérios e torna-se mais praticável em termos de identificação de amostra. Contudo alguns autores adoptam uma perspectiva de recuperação mais ampla (e.g. Morgan & Hayward, 1988). Anthony (1993) identifica recuperação como um profundo processo pessoal, um processo único de auto-mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou papéis. Nas suas palavras: *"it is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness"* (idem, p.527). Efectivamente, Couturier e Lock (2006b) mostram que têm havido dois tipos de definições de recuperação que comportam diferentes vantagens e desvantagens. Os autores que optam por definições mais restritivas considerando recuperação quando os pacientes não apresentam os critérios de diagnóstico da Anorexia Nervosa, por um período determinado de tempo argumentam com a vantagem de ser mais prática e fácil de categorizar os pacientes, no entanto parece também ter a desvantagem de não considerar o facto de muitos pacientes que não preenchem os critérios ainda apresentarem psicopatologia alimentar residual ou relacionada com o peso. As definições mais alargadas têm a vantagem de permitir uma avaliação mais compreensiva e alargada do funcionamento do paciente e as desvantagens inerentes às dificuldades que se colocam quando queremos avaliar o funcionamento psicológico e social geral e ao facto de uma definição demasiado alargada a factores não relacionados e não específicos da Anorexia Nervosa poder diminuir artificialmente as taxas de recuperação e caracterizar negativamente os resultados das intervenções. Se os critérios e definições usados pelas investigações são palco de controvérsia, pacientes e terapeutas parecem concordar nos critérios mais importantes para a definição de recuperação. Um estudo de Noordenbos e Seubring (2006) revelou que ex-pacientes e terapeutas concordam na maioria dos critérios de recuperação, sendo

as diferenças entre os grupos menores que 10% em 34 critérios. Assim, 19 critérios foram considerados como os mais importantes para a definição de recuperação, os quais se encontram listados no quadro a seguir apresentado.

Quadro 2.

Critérios de definição de recuperação de acordo com pacientes e terapeutas

	Critérios	Pacientes	Terapeutas
1	Não usa laxantes.	100%	98%
2	É capaz de expressar as suas emoções (verbalmente)	98%	94%
3	Não se sente demasiado gorda	97%	64%
4	A auto-estima já não está dependente do peso	97%	92%
5	Não se castiga a si própria depois de uma refeição	97%	86%
6	Tem uma imagem realista de si	97%	88%
7	Come três refeições ao dia	95%	96%
8	Não tem ataques de voracidade	95%	76%
9	Não vomita depois do jantar	95%	100%
10	Não usa diuréticos	95%	90%
11	Não é obcecado com a comida e o peso	95%	64%
12	É capaz de expressar as suas emoções (não verbalmente)	95%	76%
13	É capaz de gerir emoções negativas	95%	90%
14	Não se isola	95%	92%
15	Não sente necessidade de ser excessivamente magro	93%	92%
16	Não faz exercício em excesso	92%	92%
17	Não usa comprimidos para emagrecer	90%	80%
18	Aceita a sua aparência	90%	80%
19	Está em contacto com os seus próprios sentimentos	90%	90%

Fonte: Noordenbos e Seubring (2006)

Este estudo concluiu que para pacientes e terapeutas não é apenas o comportamento alimentar e o peso que parecem ser importantes para a recuperação mas também o funcionamento psicológico (Ex. A auto-estima já não está dependente do peso; é capaz gerir emoções negativas) e social (Ex. Não se isola). Efectivamente, pacientes e ex-pacientes parecem adoptar uma concepção mais alargada de recuperação, do que a adoptada pela maioria da comunidade científica.

Pettersen & Rosenvinge (2002) a partir da questão “Qual o significado de recuperação para ti?” colocada a 45 participantes, sistematizaram as respostas em 7 aspectos: 1) Aceitar-me e aceitar o meu corpo (76%); 2) Não usar a comida para resolver os problemas e não deixar que a comida domine a minha vida (76%); 3) Sentir que a vida tem um sentido para mim e para os outros; 4) Tomar contacto com as emoções e ter coragem para expressá-las (33%); 5) Ter menos ansiedade e depressão (29%); 6) Tirar partido do próprio potencial e não apenas conformar-se com as expectativas dos outros (20%); 7) Ter um bom funcionamento social (13%). Como é possível constatar, a definição dos participantes vai para além da remissão sintomática, compreendendo uma transformação pessoal/narrativa, nas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Como vimos nos capítulos anteriores, o fenómeno da Anorexia Nervosa é uma construção social que se têm revestido de múltiplos significados, concepções e interpretações ao longo dos tempos e actualmente, tornando-o complexo e multifacetado. Contudo, ao olharmos para a recuperação da Anorexia Nervosa, não assistimos à mesma multiplicidade de significados associados. Se para a compreensão e caracterização do problema a comunidade científica tem utilizado não só critérios comportamentais como também metáforas e construções de sentido, a recuperação tem sido muito mais resumida a critérios objectiváveis, sendo-lhe retirado parte do seu cariz metafórico. As concepções de recuperação vigentes situam-se quase exclusivamente no paradigma médico, encarando a recuperação essencialmente no sentido de remissão sintomática, mais ou menos alargada, quando o problema muitas vezes é descrito como um fenómeno que vai muito além dos sintomas manifestados, o que torna evidente a existência de descontinuidades entre as concepções do problema e a sua resolução. Assim ficam por explorar as continuidades e descontinuidades neste fenómeno, do problema à recuperação/transformação, ficando a questão no ar: Será que a Anorexia Nervosa e a Recuperação são duas faces da mesma moeda?

4.1.1. (Des)continuidades entre as concepções sobre a Anorexia Nervosa e as concepções sobre a recuperação

Assumindo que doença e saúde fazem parte do mesmo contínuo e que, conseqüentemente, a Anorexia Nervosa e a recuperação são duas faces da mesma moeda, que continuidades poderemos hipotetizar? Seguindo o pensamento de Garrett (1997, p.193) que “dada a importância cultural do mito e da metáfora na auto-transformação, quantas mais histórias e modelos de recuperação estiverem

disponíveis, mais provável a recuperação será”, decidimos explorar novas hipóteses de recuperação que permitam garantir a continuidade entre a concepção do problema e da recuperação.

Como vimos, do ponto de vista médico, se considerarmos a Anorexia Nervosa enquanto um conjunto de sintomas, a concepção de recuperação irá no sentido da remissão sintomática, que pode ser mais ou menos alargada conforme a nossa perspectiva sobre o problema for mais ou menos ampla.

Porém, se olharmos para o problema como um fenómeno sociocultural de perseguição de um ideal estético, passará a recuperação pela aceitação do corpo com as suas limitações/particularidades ou pela substituição deste ideal cultural por outro ideal, pessoal/espiritual? Será que a recuperação implica o aumento da consciência crítica sobre os discursos sociais vigentes sobre a beleza/magreza?

E se este ideal estético estiver sobretudo alicerçado à ideia de sucesso (através da imagem), a recuperação pressuporá o conseguir reexperienciar um sentimento de sucesso noutras esferas da vida? Ou implicará a aceitação de um trajecto comum, pautado pelos sucessos relativos do dia-a-dia, com a flexibilização das suas metas pessoais?

E se partirmos do discurso psicológico, e olharmos para o fenómeno como uma forma de ter controlo sobre a vida e o mundo, será que a recuperação implica abdicar deste controlo ou canalizá-lo para outras dimensões da vida, que não o corpo/alimentação?

Se acharmos que a Anorexia Nervosa é uma espécie de “reação anti-vital”, de desistência da vida, a recuperação deverá implicar uma conciliação com a vida, através de uma reconstrução de um sentido para esta?

E se consideramos contudo o problema como o resultado da interações familiares, a recuperação deverá ser vista também do ponto de vista sistémico, ou seja, deverá compreender mudanças nesta teia relacional, passando a ser a recuperação um processo de transformação da relação entre os elementos de forma a atingirem um novo reequilíbrio? Ou será que a recuperação pode acontecer sem transformações familiares?

Vejamos, mais microscopicamente, como poderemos conceber a recuperação, a partir das diferentes concepções relacionais do problema desenvolvidas por Minuchin, Palazzoli, White, Ugazio e Bruch, descritas no capítulo anterior.

Se para **Minuchin** a Anorexia Nervosa resulta da transformação de determinados conflitos emocionais em sintomas somáticos no seio de famílias com determinados

padrões transaccionais eventualmente tóxicos, já que contribuiriam para o agravamento do sintoma num ciclo vicioso difícil de quebrar, a questão que se coloca é se a recuperação implica a transformação destas características familiares. Com efeito, será que a recuperação pressupõe uma maior diferenciação dos elementos, a resolução directa dos conflitos, uma maior aceitação e flexibilidade perante as mudanças e uma maior demarcação dos limites entre os subsistemas, ou seja, uma flexibilização das características da denominada “família anoréctica”? Ou será que a recuperação pressupõe apenas a interrupção dos padrões transaccionais, que pode acontecer, mesmo que a família não mude, pelo afastamento da anoréctica relativamente a esta família “tóxica”?

Mara Selvini **Palazzoli** centrou a sua abordagem familiar da anorexia nervosa em jogos comunicacionais marcados por contradições e rejeições, descrevendo situações de conflito conjugal em que a futura anoréctica é envolvida precocemente (Palazzoli et al., 1999). Partindo desta concepção do problema, será que a recuperação pressupõe a resolução do conflito conjugal em que a anoréctica foi envolvida? Ou recuperação implica que a família adquira a capacidade comunicar de forma directa e clara? Ou recuperação implica que, pelo menos, a jovem se afaste deste conflito? Ou será que a recuperação pode ser vista na conquista da autonomia e diferenciação por parte da jovem, noutras esferas de vida, para além da alimentação, sem que para tal tenha de haver mudanças ao nível do subsistema conjugal?

Para Michael **White** o fenómeno da Anorexia Nervosa pode ser compreendido através da metáfora do desaparecimento em que a jovem perante a impossibilidade de prosseguir com as suas aspirações individuais, dada a necessidade de lealdade aos restantes elementos da família, opta pelo desaparecimento. A recuperação poderia ser assim ilustrada pelo reaparecimento social que implicaria a jovem afirmar-se pelos seus próprios valores, correndo o risco de ser desleal à família, podendo mesmo ter de abandonar o seu seio? Ou será que recuperação equivale a uma flexibilização destas crenças familiares em relação ao papel específico da mulher e aos valores familiares que defendem?

Valeria **Ugazio**, ao estudar as regras familiares que transcendem o indivíduo, sugere que as tramas narrativas destas famílias se pautam pela polaridade “vencedor/vencido”, e no âmbito desta polaridade gerar-se-ia uma luta de poderes interminável de vítimas vencedoras e vencedores vencidos. Será que recuperação, a partir desta concepção sobre o problema, implica um abandonar desta luta por algum dos intervenientes, dando o desistente a vitória ao outro, ou será que implica a desistência simultânea dos dois, para que não haja vencedores nem vencidos ou simplesmente cedências de parte a parte?

Se para **Bruch**, a Anorexia nervosa surge como um desejo ou imperativo de ser especial para corresponder aos pais, ao que eles são e/ou aparentam ser, a tudo o que as jovens receberam deles, a tudo o que os pais por elas abdicaram, ao ideal dos pais confundível com o delas, a um ideal dourado ao qual ficaram presas, a questão que surge é como se processa a libertação deste desejo ou imperativo que as aprisiona. Será que a recuperação/libertação implica o abdicar deste ser especial e aceitar ser alguém comum, e/ou implica uma aceitação incondicional da parte dos outros significativos que os liberte desta encruzilhada de medos e desejos de perfeição em que ficam enredados?

Estas são possíveis formas de resolução do problema que se encontram sistematizadas na figura seguinte, a partir das metáforas relacionais propostas por estes vários autores para conceberem o problema, no sentido de preencher a lacuna existente entre o problema e a recuperação:

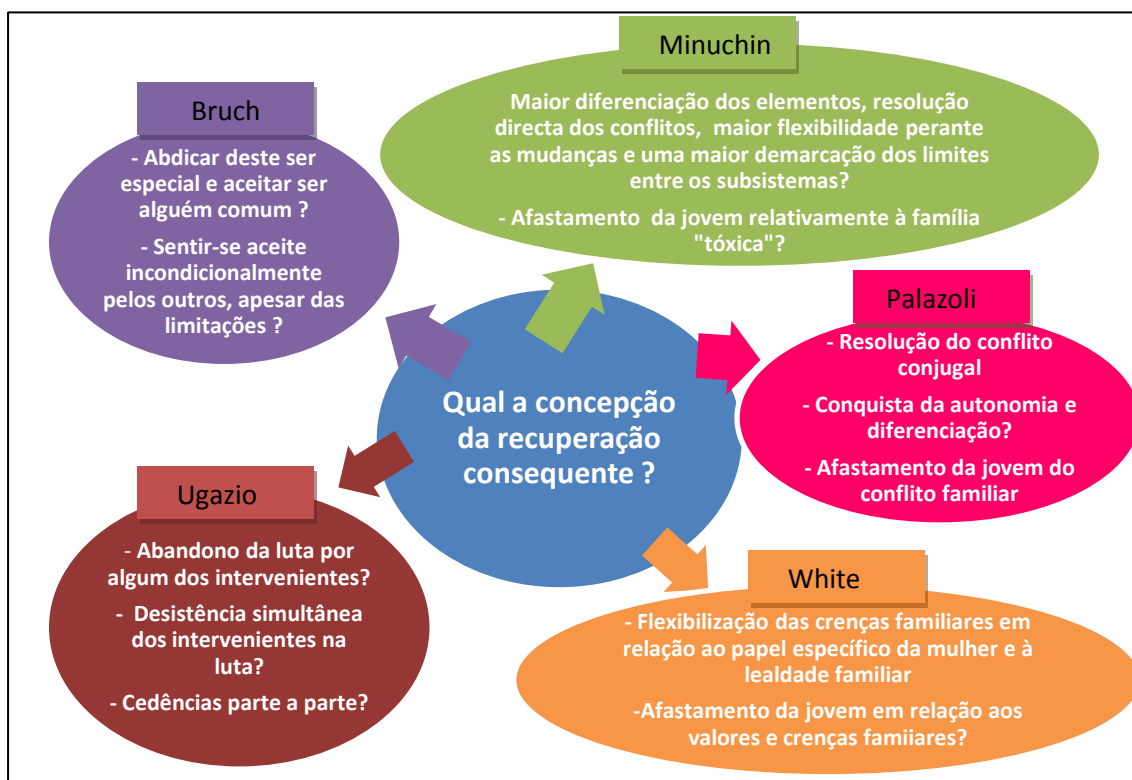


Figura 2. Concepções hipotéticas da recuperação partindo de diferentes metáforas relacionais

Como hipotetizámos, a recuperação na Anorexia Nervosa pode ser mais do que a remissão sintomática, sendo assim um fenómeno por expandir. Segundo Deegan (1988, p.15) a recuperação deve ser vista como uma "forma de viver, uma atitude, uma forma de lidar com os desafios do dia-a-dia", um processo que implica o readquirir a capacidade de acreditar em si próprio. No mesmo sentido, Stocks (1995, p.89) considera que a recuperação é "um processo de crescimento, descoberta e

mudança”. Mais do que a capacidade de controlar os sintomas, a recuperação parece implicar o readquirir de um sentido positivo de si, lidar com o estigma e discriminação e conseguir uma vida satisfatória e produtiva (Markowitz, 2005), sendo assim uma caminhada da alienação para um sentido de significado e propósito. Com efeito, se a recuperação tem vindo a ser sinónimo de regressão sintomática, a recuperação pode também ser encarada não como um ponto de chegada em que os sintomas cessaram mas como um processo contínuo de transformação, de metamorfose, de libertação, de flexibilidade, de criatividade, de regeneração, tal como a estrela-do-mar que de apenas um braço é capaz de voltar a crescer.

4.2. As diferenças que podem fazer a diferença para a recuperação da Anorexia Nervosa

Centrados em conhecer o estado da arte em relação à recuperação, procuraremos rever os resultados dos estudos randomizados e controlados de eficácia terapêutica, bem como, os estudos que partiram do ponto de vista dos ex-pacientes para a identificação de factores de recuperação, relacionados ou não com o tratamento. Apesar da crescente investigação, nos últimos 50 anos, poucos progressos foram atingidos no desenvolvimento de novos e eficazes tratamentos (Kaplan, 2002), sendo ainda actualmente considerada por alguns autores como uma das mais frustrantes formas de psicopatologia (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999). A investigação demonstra que o resultado do tratamento nem sempre é positivo, sendo as taxas de *drop-out* muito elevadas (Eivors, Button, Warner, & Turner, 2003) e, em comparação com outras doenças mentais, a anorexia nervosa tem as mais altas taxas de mortalidade, variando entre os 5 e os 22% (Pike, 1998). Apesar da habilidade e resistência das doentes às propostas terapêuticas (Roma Torres, 1986), a recuperação na anorexia nervosa é possível, ainda que se afigure como um processo difícil e moroso, muitas vezes implicando 5 a 8 anos de progresso lento, de avanços e recuos, de recaídas, até a um movimento último no sentido da saúde física e mental (Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders [ANRED], 2005; National Institute of Mental Health [NIMH], 2005). Para além das dificuldades de reunir consenso relativamente às taxas de recuperação como vimos no capítulo anterior, ainda persistem entre os profissionais de saúde e até nos próprios pacientes e familiares concepções da Anorexia Nervosa enquanto doença crónica (Beresin, Gordon & Herzog, 1989). É também conhecida a lacuna existente na investigação sobre os melhores tipos de tratamento, as combinações mais adequadas de componentes de tratamento em diferentes fases da doença ou sobre a duração necessária do

tratamento com vista à recuperação da Anorexia Nervosa (Fairburn & Harrison, 2003; Wilson, Vitousek, & Loeb, 2000). Kaplan (2002) através de uma revisão exaustiva dos estudos sobre os tratamentos psicológicos empiricamente validados na anorexia nervosa nas últimas 3 décadas, identificou menos de 20 estudos que avaliassem o impacto de vários tipos de psicoterapia no tratamento da anorexia nervosa e concluiu que a evidência da eficácia das intervenções, com exceção da terapia familiar para os pacientes mais jovens, permanece questionável. Há também muito pouca investigação que olhe para a recuperação do ponto de vista do paciente e para os factores que levam à recuperação a longo prazo da Anorexia Nervosa (Simmons, 2006). Esta lacuna na investigação quer relativamente ao estudo dos tratamentos e componentes de tratamento mais eficazes, quer relativamente ao ponto de vista do paciente no que diz respeito à recuperação, torna difícil a resposta à questão: O que contribui para a recuperação? Ou como diria Bateson: “que diferença faz a diferença” na recuperação da Anorexia Nervosa?

4.2.1. Os estudos randomizados e controlados de eficácia terapêutica

Como já vimos, o tratamento da Anorexia Nervosa está longe de ser consensual e as taxas de eficácia continuam a ser diminutas. Se alguns estudos revelam a superioridade de uns tratamentos em relação aos outros, o artigo de McIntosh e colaboradores (2005) põem em evidência uma nova possibilidade, intrigante e surpreendente, em que “menos é mais”, ao concluir que uma psicoterapia de suporte não específica, centrada no peso e com uma componente forte de educação, cuidados e apoio, não descurando a relação terapêutica, mas evitando o uso de estratégias específicas, é mais eficaz do que uma psicoterapia cognitiva-comportamental ou uma psicoterapia interpessoal. Este resultado inesperado leva-nos a questionar se a sofisticação das abordagens e tratamentos não poderá estar na origem da complexificação do problema ao invés da sua resolução. Ainda assim, apesar destes resultados que foram contra as expectativas dos autores e provavelmente da maioria dos clínicos, vários outros estudos randomizados e controlados de eficácia terapêutica fornecem-nos outros resultados. O estudo de Amant (2007) coloca à disposição do leitor uma revisão sistemática dos estudos que se debruçaram sobre o tratamento da Anorexia Nervosa, entre 1996 a 2006. Propusemo-nos a completar este trabalho com a pesquisa de estudos mais recentes, publicados entre 2007 e 2010. De seguida apresentaremos os resultados destes estudos incidindo sobre a análise sobre os *settings* terapêuticos, sobre a eficácia do plano alimentar, da medicação e das diferentes intervenções psicoterapêuticas (terapia cognitivo-comportamental, terapia

familiar, terapia psicodinâmica, terapia narrativa, terapia interpessoal e terapia feminista).

4.2.1.1. Intervenção em diferentes settings terapêuticos

Actualmente, é cada vez mais usado e recomendado na Anorexia Nervosa um tratamento multidimensional que abarque várias especialidades, nomeadamente, psiquiatria, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, etc. Esta multi-dimensionalidade também se verifica nos diferentes settings em que o tratamento se realiza: em regime ambulatorio, de internamento, de hospital de dia, em comunidade terapêutica, residenciais, etc. Se no início do século se defendia o tratamento da Anorexia Nervosa num setting diferente do familiar, sendo recomendada a parentectomia, actualmente recomenda-se muitas vezes um envolvimento sistemático e intencional da família no tratamento, como no caso do modelo proposto por Maudsley. Ainda assim não foi abandonado o tratamento em regime de internamento, com ou sem a separação da família, ainda que como último recurso (Vandereycken, 2003). Quando o paciente tem um suporte familiar adequado, um peso normal, pouca negação relativamente à necessidade de tratamento e pouca resistência ao tratamento deve ser tratado em regime ambulatorio (Williamson, Duchman, Barker & Bruno, 1998). Desta forma, a modalidade de internamento deve estar reservada a pacientes com um índice de massa corporal muito baixo, com graves complicações médicas, com pouca motivação para o tratamento ou *insight* relativamente ao problema, com pouco apoio familiar ou social, com risco de suicídio ou outras patologias associadas (Crisp, 2002). Nos anos oitenta, os programas de internamento seguiam uma abordagem comportamental, através da aplicação de programas de contingências, que passavam pelo reforço do ganho de peso pela atribuição de privilégios, como a possibilidade de fazerem chamadas telefónicas, receberem visitas ou participarem em actividades extra-tratamento e pela retirada de determinados privilégios positivos, pela descida de peso, como por exemplo o descanso prolongado obrigatório. Apesar de muitos hospitais manterem estas abordagens comportamentais centradas na restauração do peso, as jovens referem como desvantagem a concentração exclusiva na restauração do peso, apreciando a sua conjugação com uma componente psicológica do tratamento (Colton & Pistrang, 2004). A motivação para mudar parece ser uma importante condição para o sucesso do tratamento, no entanto esta revela-se inversamente relacionada com a hospitalização (Ametller, Castro, Serrano, Martínez & Toro, 2005), ou seja, os pacientes com menor motivação para mudar terão maior probabilidade de serem internados no futuro do que aqueles que têm uma grande motivação para mudar. Nos últimos 15 anos, apesar da duração do internamento ter diminuído, o que parecia ser

um bom indício já que se provou que as durações mais longas dos tratamentos em regime de internamento se encontra relacionadas com um pior prognóstico (Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006) não o é afinal já que se tem constatado um aumento do número de admissões e readmissões, levando a crer, como Vandereycken (2003) afirma, que a alta médica prematura aumenta o risco de recaída bem como piora o prognóstico a longo prazo. Apesar da necessidade de internamento nos casos referidos, este efectivamente comporta algumas desvantagens. Apesar de ser consensual o sucesso da restauração do peso realizado em regime de internamento, também é conhecido que 30 a 50% dos pacientes requerem nova hospitalização no ano a seguir à alta (Pike, 1998). Para além disso o tratamento em regime de internamento pode fomentar a própria competição entre pacientes pelo estatuto de mais anorético bem como a aprendizagem de comportamentos anoréticos pela convivência entre pacientes (Colton & Pistrang, 2004). Assim, hoje em dia, o tratamento em regime ambulatorio é mais usado, sendo muitas vezes substituído o internamento por um tratamento intensivo em regime de hospital de dia, 5 dias por semana, 8 horas por dia, nos casos de pacientes com um índice de massa corporal baixo (Yager et al, 2006). O estudo realizado por Fitting, Jacobi, Backmund, Gerlinghoff e Wittchen (2008) com 83 pacientes com perturbações do comportamento alimentar, 47 das quais com Anorexia Nervosa, mostra resultados de eficácia a curto e a longo prazo de um tratamento em regime de hospital de dia, podendo esta ser modalidade alternativa eficaz para algumas jovens.

4.2.1.2. Plano de (re)alimentação

Uma das componentes consideradas principais no tratamento da Anorexia Nervosa baseia-se na restauração do peso, que passa por um plano de (re)alimentação. Alguns autores sugerem que a psicoterapia só deve ser iniciada após uma significativa restauração do peso (Ebeling et al., 2003), dadas as consequências da emaciação severa na actividade cerebral. Apesar da importância desta componente de tratamento, não há evidências que uma abordagem de restauração de peso seja superior a outras abordagens de tratamento (Hay, 2004 como citado em Amant, 2007). São várias as abordagens de restauração de peso utilizadas, desde as mais passivas, nomeadamente por sonda nasogástrica, às mais activas, como por exemplo com terapia de suporte durante as refeições. Couturier e Mahmood (2009) concluíram que o uso de terapia de suporte durante as refeições por profissionais reduz significativamente a frequência de utilização de sonda nasogástrica, procedimento defendido actualmente como de último recurso (American Psychiatric Association, 2006).

4.2.1.3. Medicação

A medicação é muitas vezes uma componente do tratamento na Anorexia Nervosa, ainda que a sua indicação não esteja comprovada. Vários tipos de medicamentos têm sido usados, nomeadamente anti-depressivos, anti-psicóticos, estabilizadores de humor, estimuladores do apetite, suplementes nutricionais e agentes proteicos. Os mais usados são os anti-depressivos, particularmente os inibidores selectivos da recaptção de serotonina (ISRS), que mostram contudo mais eficácia quando administrados após a recuperação do peso (Kotler & Walsh, 2000). São efectivamente vários os estudos que indicam que o uso de medicação na fase aguda da Anorexia Nervosa é ineficaz (Ferguson, La via, Crossan & Kaye, 1999), podendo ter contudo um papel na prevenção da recaída, se usada na fase após a restauração do peso, como é o caso da investigação conduzida por Kaye et al. (2001), que comparou 16 pacientes a quem foi administrada fluoxetina, com 19 pacientes a quem foi administrado um placebo, após a restauração do peso, numa unidade de internamento, tendo observado melhorias mais significativas no primeiro grupo relativamente à sintomatologia específica da Anorexia Nervosa e no que diz respeito à redução da sintomatologia depressiva, ansiosa, obsessiva e compulsiva. A administração de anti-psicóticos tem sido aplicada a pacientes cujos métodos tradicionais de tratamento falharam e continuam a apresentar resistência ao tratamento e, segundo um estudo de Mehler, Wewetzer, Schulse, Warnke, Theisen e Diltman (2001), o uso de olanzapina pode ser útil nestes casos mais severos, ajudando a diminuir as distorções cognitivas e da imagem corporal. Apesar destas conclusões, continua-se a considerar que a psicofarmacologia actual comporta poucos benefícios para o tratamento da Anorexia Nervosa (Crow, Mitchell, Roerig & Steffen, 2009). Por último, é importante destacar que os estudos sobre a medicação na Anorexia Nervosa têm sido todos conduzidos com adultos, pelo que estes resultados não podem ser generalizados para a população infantil ou adolescente (Kotler & Walsh, 2000).

4.2.1.4. Intervenções psicoterapêuticas

Para além da intervenção para a restauração do peso e da intervenção farmacológica, a intervenção psicoterapêutica é muito comum no tratamento da Anorexia Nervosa, ainda que seja também ineficaz uma psicoterapia orientada para o *insight* numa fase aguda da doença, em que haja uma severa emaciação, como referimos anteriormente. Têm sido aplicadas diferentes abordagens teóricas ao tratamento da Anorexia Nervosa, desde os modelos mais comportamentais aos modelos sistémicos.

A grande maioria dos clínicos, cerca de 90%, usa a **terapia cognitivo-comportamental** no tratamento de adultos com Anorexia Nervosa (Shafran & de Silva, 2003), contudo a maioria da literatura existente foca-se no tratamento da bulimia e do *binge-eating* (Bowers, 2007; Waller & Kennerley, 2003). Apesar da grande utilização clínica desta terapia, há pouca investigação que suporte a eficácia desta terapia na Anorexia Nervosa (Amant, 2007; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Um estudo recente de Bowers & Ansher (2008) encontrou mudanças significativas ao nível a redução da sintomatologia alimentar, da depressão e psicopatologia mais geral após uma intervenção em regime de internamento para restauração de peso associada a terapia cognitivo-comportamental, no entanto apenas alguns destes ganhos se mantiveram após 1 ano. Importa ainda referir que Bowers, Evans, le Grange e Andersen (2003) afirmam a importância dos clínicos que adoptam uma abordagem cognitivo-comportamental na intervenção com adolescentes envolverem os membros da família no tratamento, considerando que o desafio das crenças, expectativas, atribuições e assumpções deve alargar-se a todos os membros da família.

São, efectivamente, vários os clínicos de diferentes abordagens teóricas que têm constatado a influência da família não só no desenvolvimento e manutenção da Anorexia Nervosa como para a sua resolução, pelo que cada vez mais tratamentos propõem o envolvimento da família no tratamento. Neste sentido têm sido desenvolvidos quer tratamentos baseados na família (family-based treatment), quer abordagens de tratamento de **terapia familiar**. Segundo Kotler, Borderau e Devlin (2003), a distinção entre os dois tratamentos é que enquanto na terapia familiar a família é vista como tendo um papel no problema apresentado pelo paciente identificado, nos tratamentos baseados na família, a família é apenas considerada como parte da solução.

A terapia familiar tem tido como objectivos principais de intervenção a promoção da autonomia do adolescente, a redefinição dos papéis familiares e a demarcação de fronteiras entre os seus elementos, o trabalho ao nível dos conflitos familiares, da coesão e do criticismo, considerados elementos críticos na manutenção do sintoma alimentar. Minuchin e colaboradores (1978) foram os primeiros autores a demonstrar a eficácia da terapia familiar com jovens adolescentes com Anorexia Nervosa. Seguiram-se Palazzoli e colegas (1999) que procuraram não só demonstrar a eficácia da terapia familiar mas perceber qual dos métodos poderia ter melhores resultados: o método paradoxal, a prescrição invariante e a revelação do jogo familiar, concluindo a supremacia do primeiro método. Actualmente, o modelo mais usado e mais investigado de intervenção familiar é o Modelo de Maudsley, que integra estratégias

do modelo estrutural e do modelo de Bowen. A aplicação deste modelo obedece a um programa de 3 fases distintas (Lock et al., 2001): 1) Fase de realimentação da jovem, em que o terapeuta procura reforçar a aliança parental necessária para todos os esforços de realimentação; 2) Fase de negociação de novos padrões de relação, em que os pais são incentivados a manter a gestão do comportamento alimentar com a mínima tensão até o adolescente ser capaz de fazê-lo por si, sendo negociado este retorno do controlo alimentar para o adolescente; 3) Fase de promoção da autonomia do adolescente, que se inicia quando o adolescente atinge um peso estável. A eficácia deste modelo tem sido comprovada por alguns estudos randomizados (Russell, Dare, Eisler, le Grange, 1992; Lock & le Grange, 2005, 2006; le Grange, Binford & Loeb, 2005; Couterier, Isserlin & Lock, 2010) e vários estudos de caso (Sim, Sadowski, Whiteside & Wells, 2004; le Grange, 1999; Krautter & Lock, 2004ab; Eisler, 1996) mas apenas com pacientes adolescentes, não havendo indicação para pacientes mais velhos. Este modelo de Maudsley tem sido aplicado mais recentemente na modalidade multi-familiar, em que 6 famílias são sujeitas a 4/5 dias intensivos de tratamento com sessões multi-familiares e sessões com pais e filhos separadas. Esta modalidade multi-familiar apresenta a vantagem de otimizar o apoio social em famílias que geralmente se isolam, bem como favorece a flexibilidade das estratégias familiares na gestão do comportamento alimentar já que permite que as diferentes famílias tenham a oportunidade de observar através das outras famílias formas alternativas de acção. Apesar de não haver ainda evidência empírica para o uso deste método (Rhodes, Gosbee, Madden & Brown, 2005), a ilustração dos casos revela a sua utilidade, parecendo não só diminuir a sintomatologia alimentar da paciente como também a tensão e os conflitos familiares. Outras modalidades de terapia familiar têm sido usadas nomeadamente a Terapia familiar comportamental, que recorre predominantemente a técnicas de modificação comportamental (Ex. reforços, punições, contratos comportamentais, modelagem), de resolução de problemas e de reestruturação cognitiva com os familiares no sentido da restauração do peso (Robin, Bedway, Siegel & Gilroy, 1996), a terapia familiar cognitivo-comportamental, que recorre a estratégias educativas para os pais ajudarem as filhas a alimentarem-se e para a resolução de problemas (Grave, 2005) e a Terapia familiar centrada nas soluções que parte do princípio que o paciente é o maior especialista da sua vida e conseqüentemente ira focar-se nas suas próprias soluções, explorando excepções através de questões circulares e da pergunta milagre a todos os elementos da família (O'Halloran, 1999). Apesar da ênfase em determinadas estratégias caracterizar estas terapias como distintas, os objectivos que assistem a todas elas acabam por ser semelhantes, já que todas incidem não só nas estratégias parentais para apoiar a realimentação do paciente como na promoção de padrões de relação mais eficazes ao

nível da comunicação, resolução de problemas e diferenciação. Finalmente, importa ainda salientar a utilização de grupos psicoeducativos destinados às famílias, conjugando sessões conjuntas com os diferentes elementos de várias famílias em que se apresenta a informação e sessões separadas, juntando os pais e os filhos em sessões diferentes para a discussão da informação apresentada (Geist, Heinmaa, Stephe, Davis & Katzman, 2000). Esta modalidade terapêutica apresenta-se como menos dispendiosa que a terapia familiar mas ainda necessita de mais investigação no sentido da avaliação da sua eficácia. Em suma, a terapia familiar aparece actualmente revista como o tratamento mais eficaz para adolescentes com Anorexia Nervosa (Amant, 2007; Lock & le Grange, 2005). A importância do envolvimento da família no tratamento de adolescentes com Anorexia Nervosa é defendida mesmo por clínicos e investigadores associados a outras orientações psicoterapêuticas (Amant, 2007). Aliás numa meta-análise de estudos de tratamento na Anorexia Nervosa, realizada por Lock & le Grange (2005), todos os tratamentos dirigidos a adolescentes, sem excepção, envolveram os pais ou a família. Há contudo ainda poucos estudos que evidenciem as componentes da terapia/intervenção familiar mais úteis para o tratamento. Se as várias variantes de terapia familiar se têm mostrado eficazes em adolescentes, o mesmo não acontece com adultos (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway & Lohr, 2007).

Outras abordagens psicoterapêuticas têm sido aplicadas às Perturbações do Comportamento Alimentar, contudo carecem de evidência empírica que comprove a sua eficácia (Amant, 2007), como é o caso da **psicoterapia psicodinâmica** (Amant, 2007), estando ainda em curso um estudo de eficácia comparativa de uma abordagem de intervenção psicodinâmica e cognitivo-comportamental - *ANTOP study* (Wild et al., 2009); da **terapia narrativa**, cujos contributos têm sido integrados em algumas abordagens de terapia familiar, bem como têm sido propostas integrações desta terapia com outras como a terapia pela poesia (Robbins & Pehrsson, 2009); da **arte terapia**, apontada como útil no trabalho ao nível das emoções e prevenção de mecanismos de defesa predominantemente usados pelas pacientes, nomeadamente a intelectualização (Amant, 2007); do **psicodrama**, já que possibilita, por exemplo, a preparação dos adolescentes para as situações reais com que se irão confrontar após a alta (idem); e da **terapia interpessoal** (Gore, Vander Wal & Thelen, 2001), que promove competências de relacionamento interpessoal.

Em suma, a prática actual dos clínicos no tratamento da Anorexia Nervosa é muito diversificada mas geralmente não assenta em modelos empiricamente validados (Amant, 2007). Há pouca investigação randomizada e controlada sobre a eficácia das diferentes modalidades terapêuticas. Os estudos têm demonstrado que o

envolvimento da família no tratamento de adolescentes é algo transversal a todos os modelos terapêuticos e que a terapia familiar é neste momento a única modalidade terapêutica comprovadamente eficaz no tratamento de adolescentes com Anorexia Nervosa (idem). Apesar da grande variedade de tratamento descritos, há registos de regressão espontânea, ou seja, de recuperação na Anorexia Nervosa sem tratamento, o que nos leva a pensar na frase célebre de Voltaire (s/d): *“The role of the doctor is to amuse the patient while nature takes its course”*. Ainda assim, como diria Peter Medawar (1967, p.14), somos levados a crer que: *“If a person is poorly, receives treatment to make him better, and then gets better, then no power of reasoning known to medical science can convince him that it may not have been the treatment that restored his health”*. Ficando assim aberta a possibilidade de haver quer factores relacionados com o tratamento quer factores extra-tratamento que podem conduzir à mudança, debruçar-nos-emos sobre estes factores de que os (ex-)pacientes explicitam como úteis para a sua recuperação.

4.2.2. Os factores de recuperação na perspectiva das ex-pacientes

Sabe-se de antemão que para a recuperação não só contribuem factores relacionados com o tratamento, como também aspectos da vida e das relações, já que existe uma percentagem de mulheres que recuperam espontaneamente sem serem sujeitas a tratamento (Woods, 2004). Conforme foi referido no início deste capítulo, com o movimento dos consumidores/ex-pacientes começou-se a valorizar mais o ponto de vista dos próprios doentes em relação ao seu problema/recuperação. Este movimento reflectiu-se na investigação, que passou a estudar a perspectiva dos que vivenciaram mais directamente o fenómeno. Numa pesquisa dos estudos publicados entre 1985 e 2009 sobre a recuperação do ponto de vista de ex-pacientes e /ou familiares, foram identificados no total 13 estudos, todos eles focados na percepção das próprias mulheres com diagnóstico passado de Anorexia Nervosa e, em todos os estudos, incidindo particularmente sobre os factores que foram úteis para a recuperação. Estes estudos incidiram sobre uma amostra que variou entre os 7 e os 62 participantes, com uma média de 24 participantes entrevistadas com diagnóstico anterior de anorexia nervosa. O tempo de recuperação seleccionado pelos diferentes estudos foi bastante variável (recuperadas desde há 6 meses até há pelo menos 10 anos), e todas as amostras apenas contemplaram participantes com mais de 18 anos. Da análise destes 13 estudos, procedemos a uma sistematização do tipo de factores referidos como tendo sido úteis à recuperação (Araújo & Henriques, 2011), organizando-os segundo

as seguintes categorias e sub-categorias a seguir apresentadas e que serão descritas seguidamente:

Quadro 3.

Factores de recuperação

Modalidades terapêuticas	Factores terapêuticos	Factores extra-tratamento
<ul style="list-style-type: none">• Intervenção em grupo• Intervenção familiar• Psicoterapia individual• Intervenção nutricional• Medicação	<ul style="list-style-type: none">• Motivação para mudar• Relação terapêutica• Segurança e estrutura• Lidar com o trauma• Trabalho ao nível das emoções	<ul style="list-style-type: none">• Relações significativas• Separação da família• Conhecer outras pacientes• Conhecer jovens recuperadas• Activismo social• Compromisso espiritual• Sucesso académico/profissional• Factores individuais (Motivação, determinação, auto-aceitação)

4.2.2.1. Modalidades terapêuticas

Actualmente, os tratamentos na anorexia nervosa incluem muitas vezes mais do que uma componente ou modalidade de intervenção. Simmons (2006), Tozzi e colaboradores (2003), Hsu, Crisp e Callendar (1992), Beserin et al. (1989), e Maine (1985) procuraram perceber, considerando o ponto de vista de mulheres recuperadas, quais as componentes do tratamento mais úteis à recuperação.

Assim, a **intervenção em grupo** foi considerada pelas entrevistadas uma componente positiva na medida em que lhes permitia experimentar um sentimento de apoio, retirando-as assim do isolamento, em que muitas vezes estas mulheres acabam por cair. A intervenção em grupo permitiu, segundo as mulheres recuperadas, contactar com outras pessoas que as entendem, dando-lhes a sensação de “estarem todos no mesmo barco” (Simmons, 2006, p. 67). Por outro lado, as entrevistas realizadas por Beresin et al. (1989) a 13 mulheres, revelam que apesar das participantes destacarem os benefícios da intervenção em grupo ao nível da redução da vergonha, do medo e da culpa, contrabalançam esta avaliação com a desvantagem de, por vezes, os grupos favorecerem a competição, bem como, a aprendizagem de novos comportamentos para emagrecer. Simmons (2006) afirma que nem todos os grupos são considerados pelas entrevistadas como úteis, nomeadamente os grupos

para lidarem com a imagem corporal ou sexualidade, que são percebidos como muito difíceis para as participantes e pouco úteis, embora algumas participantes sintam que tocam em aspectos fundamentais relacionados com a doença. No mesmo sentido, 4 de 6 entrevistadas por Maine (1985) que tiveram terapia de grupo, sentiram-se desconfortáveis e expostas, tendo achado pouco útil esta modalidade de intervenção. Todas as entrevistadas referiram-se à intervenção em grupo com pacientes com a mesma patologia. Contudo, permanece para nós a dúvida se a intervenção em grupo poderia ser útil caso o grupo englobasse diferentes patologias, tornando a competição e a aprendizagem de novos comportamentos para emagrecer menos provável ou mesmo se o grupo incluísse ex-pacientes, de forma a tornar possível a identificação com percursos com um final diferente, o que poderia alargar a consciência de algumas pacientes relativamente ao leque de possibilidades e alternativas de vida que cada uma pode escolher.

A **intervenção familiar** afigura-se como uma modalidade muito usada neste tipo de patologia e é vista como uma componente útil do tratamento pelas ex-pacientes (Hsu et al., 1992; Beserin et al., 1989; Maine, 1985), na medida em que permite às mulheres entrevistadas uma melhor compreensão dos pais, bem como resultados positivos na melhoria da relação entre os membros (Beserin et al., 1989). No estudo de Maine (1985), duas entrevistadas que foram acompanhadas em terapia familiar destacam como efeitos positivos da terapia familiar a melhoria da comunicação, a descoberta de segredos familiares, bem como a possibilidade de terem as suas próprias opiniões. Para além disso, algumas entrevistadas que não tiveram terapia familiar acharam que esta poderia ter sido útil. Um interessante testemunho presente no estudo de Maine (1985, p.167) aponta para o facto da anorexia nervosa ser um fenómeno inteiramente familiar, tornando explícita a necessidade de terapia familiar. Contudo, a terapia familiar parece não ser considerada útil quando ocorreu abuso sexual na família, já que este permaneceu, nestes casos, em silêncio (Simmons, 2006). Outro aspecto negativo destacado pelas entrevistadas foi o facto deste tipo de intervenção ter levado a que os pacientes expressassem raiva (Beserin et al., 1989). Se este aspecto é apontado como negativo pelas próprias, para um terapeuta este aspecto pode ser interpretado como uma mudança positiva no *modus operandis* da família, permitindo ao paciente a sua expressão emocional em detrimento do evitamento de conflitos muitas vezes frequente nestas famílias. Seria interessante o confronto destas duas perspectivas, destes dois olhares, a fim de esclarecer até que ponto este tipo de expressão emocional em família pode ser útil ou prejudicial, tendo em conta a forma como esta revelação pode ser trabalhada nas sessões subsequentes. Assim, permanece a dúvida se a expressão emocional na família é prejudicial por si, ou é apenas negativa quando a

terapia não permite a re-significação destes sentimentos, de forma a tornarem-se passíveis de existirem sem porem em risco a estrutura familiar.

A **psicoterapia individual** foi também considerada importante para a recuperação (Tozzi et al., 2003; Hsu et al., 1992; Maine, 1985). Segundo o estudo de Beresin et al. (1989), a partir das entrevistas que realizaram a 13 mulheres, concluíram que a psicoterapia individual foi relatada como a componente do tratamento mais útil e, contudo também, como a mais prejudicial. A utilidade estaria relacionada com a importância do confronto e dos limites e a importância de determinadas qualidades do terapeuta, nomeadamente, ser honesto, consistente, flexível, empático, não crítico. Sendo os testemunhos uma boa experiência de terapia permitiram às pacientes aumentarem o conhecimento acerca de si próprias, aumentarem a sua auto-confiança e fortalecerem a sua capacidade de confiarem nos seus próprios sentimentos e ideias. Por outro lado, Simmons (2006, p.103) destaca um aspecto comum a todas as suas entrevistadas, o facto de acharem que a psicoterapia individual falhou na medida em que não as “preparou o suficiente para as situações da vida real”, ou seja, já que o tratamento decorre num ambiente protegido isso faz com que não as ajude a lidar com estímulos que muitas vezes são responsáveis pelas recaídas. Este, aliás, é um argumento frequentemente utilizado como desvantagem do tratamento em internamento que permite modelar comportamentos num ambiente protegido, nem sempre transferidos para a vida real. No entanto, na prática clínica, assistimos muitas vezes a jovens que após o internamento decidem adoptar para o seu dia-a-dia precisamente as mesmas rotinas e horários do período em que estiveram internadas, o que mostra que não são apenas os contextos que determinam os comportamentos mas também o próprio protagonismo assumido por cada uma das pacientes.

Efectivamente, uma parte das mulheres destes estudos recebeu também tratamento em regime de **internamento**. No estudo de Beresin et al. (1989) foi dado um destaque à hospitalização, vista como um alívio e um período de segurança. Também as mulheres entrevistadas por Hsu et al. (1992) destacaram o internamento como um dos factores importantes para a recuperação, podendo ser inclusivamente um ponto de viragem importante para a recuperação. Maine (1985) chegou à mesma constatação para algumas das entrevistadas, contudo outras consideraram o internamento como prejudicial na medida em que se sentiram tratadas como crianças, em que tudo o que “fizeram foi alimentá-las” (idem, p. 162). Estes dois argumentos parecem ilustrar um dilema muito frequente na anorexia nervosa que radica no conflito entre o desejo de protecção e segurança, por um lado, e o desejo de autonomia, por outro. Se o internamento lhes proporciona uma estrutura segura, satisfazendo-lhes as necessidades de protecção e segurança, é também um contexto que lhes limita a

liberdade e o próprio protagonismo, algo que muitas vezes estas mulheres tanto desejam e, simultaneamente, recebem.

Pettersen e Rosenvinge (2002) a partir de entrevistas a 48 mulheres sobre os factores úteis para o processo de recuperação concluiu ainda a importância, entre muitos outros aspectos, do seguimento de um **plano de nutrição** definido pelo clínico, no sentido da prevenção de recaídas. Algumas das entrevistadas por Simmons (2006) referiram igualmente que os programas que não tivessem uma componente forte nutricional comportariam um grande défice. No entanto, se há evidências que o tratamento nutricional promove a regularização alimentar, há também evidências que alguns comportamentos alimentares, como a sensação de incompetência ao lidar com os alimentos, permanecem (Latterza, Dunker, Scagliusi & Kemen, 2004). A **medicação** também é destacada neste estudo como útil para regular a fome e ultrapassar crises emocionais. Contudo, no estudo de Beserin et al. (1989) esta é considerada como pouco útil.

Em jeito de síntese, as diferentes modalidades terapêuticas parecem todas ter vantagens e desvantagens, não sendo claro que umas sejam mais úteis para a recuperação que as outras. Fica também evidente o interesse de explorar em que fase da recuperação cada modalidade foi ou poderia ter sido mais útil.

4.2.2.2. Factores terapêuticos

Para além das componentes do tratamento, alguns estudos procuraram debruçar-se sobre factores terapêuticos, independentemente da modalidade de intervenção adoptada, que pudessem ter sido úteis para a recuperação. Assim, um dos factores destacados como muito importante para a recuperação foi a **motivação para mudar**. Esta motivação é vista como fundamental para ter uma experiência positiva do tratamento (Pettersen & Rosenvinge, 2002). Os factores que contribuem para esta motivação são, muitas vezes, o sentir que chegaram a um limite e já estão doentes e cansados de estarem doentes (Hsu et al., 1992; Esherick, 2003; Federici & Kaplan, 2008), através da constatação do impacto negativo da doença nas suas vidas (Esherick, 2003), ou de um simples “acordar” (Tozzi et al., 2003). A ameaça de internamento ou a ameaça de fim de tratamento, com conseqüente separação do terapeuta também foram relatadas como poderosas para o aumento de motivação para o tratamento (Maine, 1985).

A **relação terapêutica** foi outro factor considerado como muito importante para a eficácia do tratamento (Pettersen & Rosenvinge, 2002). No estudo de Simmons (2006), a relação com o terapeuta foi considerada o factor mais importante para a recuperação, sendo necessário confiarem no terapeuta, terem a sua aceitação incondicional e empatia, a sua atitude de não julgamento, até porque em alguns testemunhos durante muito tempo o terapeuta foi considerado como o único amigo da paciente (Maine, 1985).

Perceber preocupação, amor incondicional e aceitação não só por parte dos terapeutas, mas também por parte dos familiares e amigos foi um dos aspectos considerados como fundamentais para a recuperação a partir de 14 entrevistas realizadas a mulheres recuperadas (Esherick, 2003). Estas entrevistadas estabelecem uma conexão entre o peso e o sentimento de ser aceite, aprovado, amado. Apresentam assim o medo de ser julgado como algo que só é superado com a aceitação e preocupação dos outros, algo indispensável para a recuperação. Pelo contrário, a percepção de falta de apoio é relacionada negativamente com a recuperação.

Outros aspectos relacionados com o tratamento, independentemente da componente usada, e igualmente considerados importantes para a recuperação, foram a **segurança e a estrutura**. As mulheres entrevistadas por Simmons (2006) destacaram a importância da segurança relacionada com o ambiente físico de tratamento e com a forma como a participante se sentiu com o profissional. Se a falta de segurança faz com que os participantes permaneçam na doença porque tal é mais seguro, pelo contrário, a segurança permite-lhes tentarem outras alternativas (Simmons, 2006). A estrutura do tratamento baseada em regras bem definidas também constituiu uma importante ajuda à recuperação na medida em que deu às ex-pacientes uma sensação de controlo, importante para investirem na recuperação. Também o estudo de Federici & Kaplan (2008) destaca o sentimento de segurança no tratamento como uma componente importante para a recuperação.

Outro aspecto destacado por este último estudo foi a importância de se **lidar com o trauma**, já que 70% das participantes da amostra entrevistada tinham uma história de abuso sexual. As participantes sentiram que o evento traumático as fez sentir que a vida estava fora do controlo delas e a doença lhes dava um falso sentido de controlo. Na maioria dos casos o trauma não foi abordado no tratamento, o que levou ao adiamento da recuperação.

Tanto o estudo de Simmomns (2006) como o de Esherick (2003) enfatizam a importância do **trabalho ao nível das emoções**. Esherick (2003) destaca a

importância de lidar com as emoções no sentido de passar de uma fase de desejo de mudança para uma fase de mudança efectiva. Relativamente aos factores que encontrou que contribuem para um aumento do desejo de mudança destacou: a) aperceber-se do amor incondicional, aceitação e preocupação da parte dos outros; b) tornar-se cada vez mais consciente e frustrado com o impacto negativo da anorexia nas suas vidas e c) ter esperança por um futuro melhor. No sentido da passagem de uma fase de desejo de mudança para a acção, considerou que é necessário o trabalho de determinados temas relacionados com os sentimentos e identidade pessoal.

4.2.2.3. Factores extra-tratamento

Segundo Beserin et al. (1989) as experiências fora da terapia são tão importantes quanto as experiências de terapia no processo de recuperação. Aliás, no estudo de Maine (1985) das 25 participantes apenas 5 encararam o tratamento como essencial para a recuperação. Assim, alguns estudos também identificaram factores úteis à recuperação não relacionados com o tratamento.

Um dos factores mais destacados como importante para a recuperação situa-se no contexto das relações significativas, nomeadamente **as relações com a família**. Assim, ir para a faculdade ou sair de casa foi considerado pelas entrevistadas como algo útil, já que lhes permitiu estar longe de um ambiente percebido como pouco saudável e permitiu-lhes conhecer novas pessoas, ter novas experiências que lhes deram uma nova esperança que a sua vida poderia ser melhor (Esherick, 2003). Nesta fase das suas vidas, começaram a ter a sensação que precisariam de desistir um pouco da anorexia nervosa para poderem ter outras coisas que entretanto descobriram que queriam. Das 25 entrevistadas por Maine (1985), 8 referiram a **separação dos familiares** como crucial para a recuperação, quer através da hospitalização, quer pela entrada na faculdade, através de um trabalho de Verão ou de uma decisão que implicava irem para casa de outros familiares. Se para algumas entrevistadas o envolvimento da família não foi útil, daí a necessidade de separação da família que as ajudou a ganhar um melhor entendimento da dinâmica familiar (Beserin et al., 1989), para outras **o apoio da família e amigos** foi muito importante para a recuperação na medida em que favoreceu a aceitação, o afecto e o sentimento de valer a pena, aumentando assim o seu auto-conceito. A constatação também da dor na família foi também um factor importante de recuperação para 15 de 25 entrevistadas (Maine, 1985, p. 179), tendo esta constatação precedido a decisão de ficarem melhor. A recuperação nestes estudos foi, muitas vezes, conectada com o permitir-se a si própria a estar próxima dos outros (Federici & Kaplan, 2008). Uma

relação de apoio por parte de um companheiro (Tozzi et al., 2003) ou por parte dos amigos (Nilsson & Hagglof, 2006) foi um dos factores que contribuiu mais para a recuperação

Outros factores extra-tratamento referidos pelos estudos sistematizados foram o **conhecer outros pacientes** (Pettersen & Rosenvinge, 2002; Tozzi et al., 2003) e **conhecer jovens recuperadas** (Pettersen & Rosenvinge, 2002). Neste sentido, Simmons (2006) refere a partilha de refeições com outras pacientes como um aspecto positivo que permite a partilha de medos associados à alimentação. No estudo de Maine (1985), 15 de 25 mulheres entrevistadas sugeriram que falar com alguém recuperado as poderia ter ajudado e Esherick (2003), inclusivamente, relata o caso de uma entrevistada que quando conheceu uma rapariga recuperada começou a ter esperança que algum dia fosse recuperar, ou seja, ao ouvir o testemunho da recuperada apercebeu-se que haveria uma terceira opção para a sua vida, para além das duas alternativas que até então via para si: ou aguentar toda a sua vida a voz “atormentadora” da anorexia ou morrer.

Matusek (2007), a partir da análise de entrevistas a 8 participantes, concluiu que o componente principal das suas histórias de recuperação emerge das formas de **activismo social** e de um **profundo compromisso espiritual**. A recuperação a longo prazo necessita de mais do que relações sólidas, bom aconselhamento nutricional e psicoterapia. Na sua amostra, este caminho de activismo social ou de compromisso social foi feito pelas participantes através do ensino religioso, activismo em centros para mulheres, feminismo, trabalho social, práticas de meditação, leituras e escrita de livros. Para as entrevistadas a recuperação pressupôs o envolvimento em alguma causa ou comunidade “maior que elas próprias”. Também Simmons (2006) verificou que os participantes que tiverem uma componente espiritual forte relataram também um plano de prevenção de recaídas forte, o que indicia que esta componente pode estar ao serviço da esperança e da força na recuperação. Garrett (1997) também enfatizou a importância da espiritualidade para a recuperação, encarando aliás a anorexia nervosa como uma fase de separação necessária num ritual de passagem e a recuperação como a fase de reconexão, de voltar a estar em paz consigo próprio. Maine (1985) alerta, no entanto, para o facto de algumas participantes verem a religião como uma extensão da doença, na medida em que cria um sistema de regras semelhante à anorexia e exemplifica com um caso de uma mulher que só após o corte com este sistema começou a recuperar. Outro dos factores destacados dos estudos é o **sucesso académico ou profissional** que pode contribuir para a recuperação, na medida em que pode suscitar satisfação (Tozzi et al., 2003; Beserin et al., 1989)

Para além de factores relacionais ou externos ao próprio, há ainda **aspectos individuais** considerados úteis para a recuperação. Federeci & Kaplan (2008), Federici (2004) e Maine (1985) salientam a **auto-aceitação** e o sentimento de valer a pena como factores importantes. Este factor parece estar muito relacionado com um outro, o de tomarem consciência das suas emoções e aprenderem a serem tolerantes com elas (Federeci & Kaplan, 2008). Outros factores individuais considerados úteis foram o aumento da **auto-estima**, a **determinação** (Tozzi et. al., 2003), a **auto-motivação** e o assumir da responsabilidade por si, traduzidos no reconhecimento das dificuldades e da necessidade de se responsabilizarem por si próprios, pela mudança, o que contrasta com o que usualmente antes faziam que era basearem as decisões nos desejos e comportamentos dos outros significativos (Maine, 1985).

Como foi descrito, não só os factores relacionados com o tratamento são referidos pelas mulheres recuperadas como tendo sido úteis à recuperação. Apesar de não sabermos em quantos casos de perturbações do comportamento alimentar os pacientes podem melhorar ou até recuperar sem tratamento especializado (Schoemaker, 1998), dada a dificuldade em aceder a este tipo de participantes, Woods (2004) aplicou um questionário, via e-mail, a 18 inquiridos que relataram recuperação, sem tratamento. Os participantes destacaram como factores úteis para a recuperação factores relacionais, nomeadamente o apoio da mãe; uma reacção mais emotiva do pai, após um período de raiva e tensão; a ajuda do namorado e de um amigo, bem como o desejo interior de uma vida melhor após a constatação dos problemas de saúde decorrentes da doença.

Em jeito de conclusão, esta revisão evidencia não só as lacunas existentes ao nível da investigação da eficácia terapêutica dos tratamentos usados na Anorexia Nervosa como também a pouca investigação existente relativa à recuperação a partir de mulheres recuperadas, apesar da existência de uma vasta gama de investigação no âmbito da Anorexia Nervosa, nomeadamente de estudos que incidem sobre a sua etiologia. Foi também possível compreender com esta revisão da literatura que a recuperação se afigura como um processo complexo, para o qual contribuem não só factores relacionados com o tratamento, mas também outros factores não relacionados com o tratamento. Aliás, apesar do interesse dos investigadores em perceber quais as componentes de tratamento mais úteis, muitas ex-pacientes parecem valorizar mais a utilidade dos aspectos não relacionados com o tratamento para a recuperação. Um dos factores não relacionados com o tratamento destacados pelos estudos foi a importância das relações, nomeadamente as familiares, para a manutenção ou para a resolução do problema. A intervenção familiar foi também a que se provou ser de eficácia terapêutica empiricamente comprovada no tratamento de

adolescentes e usada indiscriminadamente por todos os modelos teóricos. Curiosamente os testemunhos de ex-pacientes parecem indicar que tanto um sentimento de apoio por parte de um familiar ou pessoa próxima, como o distanciamento familiar parecem poder ser factores úteis para a recuperação para diferentes entrevistadas. Ou seja, a dinâmica familiar é simultaneamente passível de promover a manutenção do sintoma como de contribuir para a sua resolução. Este dado necessitaria de uma abordagem mais compreensiva para perceber de que forma a família pode ter uma ou outra função, o que poderia passar por estudar a recuperação não apenas do ponto de vista das pacientes recuperadas mas também a partir do ponto de vista familiar acerca da recuperação. Os resultados ainda nos mostram que os mesmos factores, como por exemplo este das relações familiares, ou outros como o da psicoterapia individual ou da intervenção em grupos, são encarados como prejudiciais e/ou como úteis para diferentes entrevistadas. Este resultado faz-nos crer que não é o factor em si que define a sua utilidade, mas antes o significado e o contexto em que surge determinado factor, algo apenas compreensível se acedermos à narrativa da trajectória idiossincrática de cada pessoa. Propomos agora um sobrevoo sobre o que a literatura tem descrito sobre trajectórias de recuperação.

4.3. Trajectória(s) de recuperação

A trajectória consiste numa linha imaginária desenhada a partir das posições sucessivas que um determinado corpo ocupa no decorrer do tempo. Quando um pára-quedista salta de um avião em queda livre, percorre um dado percurso no espaço que pode ser definido a partir de um sistema de coordenadas pré-definido. Contudo, esta trajectória é diferente consoante a posição do observador. Para os passageiros do avião, a trajectória do pára-quedista é em linha recta em direcção ao solo, para um observador no solo o percurso assume movimentos curvilíneos parabólicos. Seguindo este princípio da física, também possivelmente a trajectória da recuperação poderá ser mais rectilínea ou mais curvilínea dependendo da posição do observador. Fica contudo em aberto se será possível definir um sistema de coordenadas que configure este percurso no decorrer do tempo, do problema à recuperação. Se alguns autores descreveram desde cedo as fases da doença, poucos são os que têm descrito as fases da recuperação.

Nas perturbações do comportamento alimentar, existe ainda uma compreensão limitada do processo de recuperação (Wood, 2004), não existindo nenhum modelo específico que configure os processos de mudança na Anorexia Nervosa. Como tal, procuraremos rever: 1) o modelo de recuperação de Dornan, Felton e Carpinello (2000) aplicado à doença mental em geral e 2) o modelo Transteórico da Mudança de

Proschaska & DiClemente (1992) construído para configurar os processos de mudanças de comportamentos aditivos, aplicado posteriormente às perturbações alimentares. Por último, prenderemos a nossa atenção num estudo realizado por Sharkey-Ogner (1999) que põe em destaque quatro etapas pelos quais os familiares passam ao longo da trajectória do problema na direcção da recuperação da Anorexia Nervosa, o único estudo encontrado que aborda as fases do problema em direcção à recuperação a partir do que acontece na família e especificamente construído para a Anorexia Nervosa.

Dornan, Felton e Carpinello (2000 como citado em Ralph, 2005) apresentarem um modelo de recuperação aplicado à doença mental em geral composto por seis fases distintas que se inicia com: (1) o desejo de viver, seguindo-se (2) a fase de angústia, descrita através de sentimentos de isolamento, vergonha, aprisionamento e discriminação, passando pela (3) fase de despertar, em que o pessoa começa a confiar em alguém, a acreditar em si ou simplesmente a pensar de forma mais clara. Posteriormente, segue-se (4) uma fase de elaboração de um plano de acção com decisões na direcção de uma vida mais saudável. Para a concretização deste plano torna-se necessária não só a (5) auto-determinação como também a (6) partilha deste plano de acção com alguém significativo, que pode ser um terapeuta, um amigo, um companheiro amoroso até à etapa final da (7) recuperação, que passa pelo readquirir de esperança, identidade pessoal e competências perdidas devido à perturbação, bem como pelo readquirir da confiança nos próprios pensamentos e escolhas (Dornan et al. como citado em Ralph, 2005). Neste modelo o percurso em direcção à recuperação é concebido como não linear, podendo haver movimentos das pessoas de uma fase anterior para a seguinte e vice-versa. A recuperação também é concebida como sendo um processo interno e externo. As dimensões internas que se vão alterando ao longo destas trajectórias são as dimensões cognitivas, emocionais, espirituais e físicas. Se inicialmente as pessoas têm pensamentos negativos, sentem desesperança, não encontram um sentido para a vida, sentem dor ou disfunção física, ao longo da trajectória vão gradualmente tomando consciência dos factores associados à sua angústia e começando a conseguir ter pensamentos positivos relacionados com a percepção de que a mudança pode acontecer e de que elas são capazes. Nestes sentido a desesperança vai sendo substituída por esperança e aceitação dos altos e baixos da vida, a vida vai ganhando um sentido e as pessoas (re)aprendem progressivamente a cuidar mais do seu corpo. Nas dimensões externas este modelo integra as actividades realizadas, o investimento nos auto-cuidados, as relações sociais e o suporte social recebido. Assim, se numa fase inicial, as pessoas têm actividades limitadas e constrangidas, experienciando uma perda de competências, ao longo do tempo vão procurando e experimentando novas actividades, até encontrarem

aquelas que as realizam. Do isolamento e alienação, a recuperação pressupõe o desejo de interagir com os outros, o estabelecimento de relações significativas com os outros, que passam a ser mantidas por escolha pessoal. O último domínio deste modelo evidencia a mudança de um estágio de reduzido suporte social, associado à pobreza e privação para um estado de estabilidade financeira e de conforto. Como podemos perceber por esta descrição mais pormenorizada, este é um modelo de recuperação amplo, que não foi especificamente desenhado para as perturbações do comportamento alimentar, havendo alguns domínios que eventualmente parecem não ter aplicação nesta problemática.

Para além deste modelo, Prochaska e DiClemente (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) elaboraram o denominado Modelo Transteórico da mudança após 12 anos de investigação sobre como as pessoas intencionalmente mudam o seu comportamento com ou sem psicoterapia. Este modelo foi originalmente concebido para uma população de fumadores e progressivamente foi sendo usado para explorar a mudança noutras populações, nomeadamente com base nas intervenções relacionadas com os comportamentos aditivos, tendo sido posteriormente aplicado a outros comportamentos de risco para a saúde, no sentido de facilitar a compreensão de quando, como e porquê as pessoas mudam os seus comportamentos relacionados com a saúde. Esta investigação permitiu aos autores encontrar uma estrutura da mudança, o tal sistema de coordenadas que nos permite situar um corpo no espaço e no tempo. Este modelo assenta num pressuposto de que a mudança comportamental é um processo e não um acontecimento, daí que represente esta dimensão temporal nas seguintes 5 etapas de mudança progressiva: 1) *Etapa da Pré-contemplação*: em que os indivíduos não têm intenção de mudar num futuro próximo, já que não reconhecem necessidade para tal; 2) *Etapa da Contemplação*: que se caracteriza por um ganho de consciência dos seus problemas e das suas implicações e pelo início do desejo de mudar mas ainda sem compromisso com a acção; 3) *Etapa da Preparação*: em que há uma maior disponibilidade para a mudança a curto prazo, para a aprendizagem através dos seus erros e para a definição de planos; 4) *Etapa da Acção*: em que os indivíduos crêem que têm a autonomia necessária para mudar as suas vidas na direcção mais adequada, passando a fazer tentativas deliberadas de mudança e; 5) *Etapa da Manutenção*: etapa em que os indivíduos desenvolvem a capacidade de avaliar situações de risco no sentido de evitarem possíveis recaídas, assim como também avaliam os seus próprios recursos para lidar com as situações do dia-a-dia.

Apesar de não ter sido configurado especificamente para as perturbações do comportamento alimentar, alguns autores procuraram aplicar este modelo às

perturbações do comportamento alimentar (Sagardoy, Fernández, García & Pelaz 2001; Jordan, Colleen, Troop, Treasure & Serpell, 2003; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005). Gusella, Casey & Schurter (2002) propõem o uso destas etapas de mudança enquanto estratégia terapêutica, procurando que o paciente discuta e identifique com o terapeuta em que zona da montanha da recuperação se situa, havendo correspondência entre cada etapa e uma determinada altitude na montanha apresentada. No seguimento das tentativas de aplicação deste modelo às perturbações do comportamento alimentar, Esherick (2003) tentou perceber que factores contribuem para a passagem de uma etapa deste modelo para outra. Assim, relativamente aos factores que encontrou que contribuem para um aumento do desejo de mudança destacou: a) aperceber-se do amor incondicional, aceitação e preocupação da parte dos outros; b) tornar-se cada vez mais consciente e frustrado com o impacto negativo da anorexia nas suas vidas e c) ter esperança por um futuro melhor. No sentido da passagem de uma fase de desejo de mudança para a acção, considerou que é necessário o trabalho de determinados temas relacionados com os sentimentos e identidade pessoal, descrevendo três fases fundamentais: 1) Fase da auto-descoberta, que implica que os pacientes tomem contacto com os seus sentimentos e desenvolvam um sentido de si; 2) Fase da auto-aceitação, que passa pelos pacientes aceitarem os seus sentimentos e aceitarem-se a si próprios e 3) Fase da auto-expressão, que possibilita aos pacientes começarem a exprimir os seus próprios sentimentos aos outros e afirmarem-se no mundo de uma forma em que se sentem verdadeiros com o novo sentido de si que desenvolveram.

Se alguns autores têm defendido a aplicação do modelo teórico às perturbações alimentares, outros autores consideram-no limitado para comportamentos complexos como a Anorexia ou Bulimia Nervosa (Sullivan & Terris, 2001), já que a perturbação de comportamento engloba mais do que um comportamento a ser mudado (comportamentos de restrição alimentar, de voracidade alimentar, comportamentos purgativos e de uso de laxantes, diuréticos, etc.). Deste modo, se as opções por fazer exercício ou não fazer, fumar ou não fumar parecem razoavelmente claras, um bulímico pode reduzir os comportamentos purgativos, mas ainda vomitar ou restringir, o que faz com que possa estar em diferentes etapas em simultâneo. Ward, Tropp, Todd & Treasure (1996) num estudo com pacientes internados com Anorexia Nervosa também concluíram que estes apresentavam traços de pré-contemplação, contemplação e acção em simultâneo, o que parece demonstrar as limitações da aplicação deste modelo a perturbações mais complexas como as de comportamento alimentar. Para além disso, como vimos anteriormente, o processo de recuperação

parece não implicar apenas factores pessoais e de tratamento, incluindo vários factores relacionais não contemplados neste modelo.

Para terminar, importa ainda salientar um estudo inédito de Sharkey-Ogner (1999) que procurou compreender o processo de mudança na família com o aparecimento da Anorexia Nervosa, tendo culminado na elaboração de uma estrutura de 4 fases: 1) *A fase de despertar*, em que os pais tomariam consciência do início dos sintomas e começariam a pensar que a saúde das filhas poderia estar em perigo, deixando de confiar nas filhas para tomarem conta de si próprias sozinhas; 2) *A fase da reacção*, em que pais e irmãos não só procurariam informação sobre a doença, como também agiriam no sentido de modificar os comportamentos alimentares das filhas em vão, provocando-lhes frustração e desânimo e maior consciência de que o problema seria familiar; 3) *A fase da acção*, em que a família tomaria consciência da sua impotência relativamente à alimentação e ao peso e procurariam planear uma forma de lidar com a situação e; 4) *A fase da manutenção*, em que os pais ajudariam as filhas na procura de ajuda profissional e, especialmente as mães abdicariam de cuidar, alimentar e controlar as filhas. Nesta última fase, os pais estariam mais abertos à mudança, deixando as jovens sair de casa ou ir estudar para fora. Por último, esta autora ainda identificou uma quinta fase, a da prevenção, quer da perturbação em si, quer das recaídas, que do ponto de vista dos familiares se pode fazer pela promoção da auto-estima e pela capacidade de detectarem os primeiros sinais, nomeadamente, comportamentos de restrição alimentar, perda de peso súbita, preocupações com a imagem, isolamento. Ainda que este estudo tenha o mérito de procurar caracterizar a trajectória de recuperação incluindo as estratégias dos familiares, os resultados apontam para etapas muito genéricas, não possibilitando uma compreensão mais específica da dinâmica familiar ao longo da trajectória e oferecendo ainda uma leitura limitada sobre a recuperação. Este estudo apresenta também algumas limitações metodológicas, como por exemplo o facto de recorrer a uma amostra pequena, tendo realizado apenas 10 entrevistas. Não é compreensível a partir dos resultados revelados, para além das estratégias úteis que os pais adoptaram, a as estratégias não úteis que experimentaram e que os levou a experimentar outras, bem como não se destacam variabilidades nas trajectórias, eventualmente pela grande homogeneidade da amostra utilizada, conforme alerta a autora (idem).

Como vimos até agora, a recuperação afigura-se não só como um fenómeno susceptível de várias construções ainda por realizar como também um fenómeno por aprofundar, enquanto processo dinâmico e relacional. Apesar das limitações ao nível da investigação das “diferenças que poderão fazer a diferença” na recuperação da anorexia nervosa, a tentativa de olharmos para a recuperação como um processo, de

re-autoria e de “expansão dos processos de construção narrativa dos pacientes na direcção de níveis mais sofisticados e complexos de expressão” (Gonçalves, 2001, p. 80), no contexto das significações do próprio e dos que fazem parte dos seus nichos conversacionais mais significativos (pacientes, familiares, amigos, terapeutas), poderá constituir ‘uma diferença que possa fazer a diferença’ na compreensão futura do processo de mudança, neste processo complexo, como constatou Liu (2007, p.23): *“More than two decades later I realized that recovery was in many ways more complicated than the eating disorder itself”*. Propomo-nos assim, com esta investigação, a dar voz a estes especialistas que enfrentaram este fenómeno e estão hoje numa posição que lhes permite falar sobre o que viveram, experienciaram, ao longo das suas trajectórias de recuperação. Para tal esta investigação propôs-se estudar a trajectória da recuperação da Anorexia Nervosa, a partir de narrativas de ex-pacientes e seus familiares, através de uma metodologia qualitativa, que já de seguida iremos aprofundar.

Parte II

Trajectórias de recuperação da
Anorexia Nervosa:

Estudo empírico

Capítulo I – Objectivos e Método do estudo empírico

If we plant a seed in a desert and it fails to grow, do we ask, “What is wrong with the seed?” No. The real conspiracy lays in this: to look at the environment around the seed and to ask, “what must change in this environment such that the seed can grow?” The real conspiracy that we are participating in here today is to stop saying what’s wrong with psychiatric survivors and to start asking: “How do we create hope filled, humanized environments and relationships in which people can grow?” (Deegan, 1996, Setembro, p.2)

Que mudança tem de acontecer? Como se pode processar a mudança, o crescimento, a recuperação/transformação da Anorexia Nervosa? Ao invés de querermos perceber quanto muda o quê, desviamos o nosso olhar para o como, para a compreensão do processo, para o contexto e a forma como o vemos e como este influencia o indivíduo, a semente e a nós observadores... Para tal, desviamo-nos de uma lógica positivista de medição, de explicações, de linearidade, de objectividades, de distância para uma lógica de compreensão, de construção, de subjectividades, de proximidade do fenómeno da Anorexia Nervosa, das pessoas e dos contextos relacionais.

1.1. Introdução ao estudo empírico

O desenho e conceptualização deste estudo foram alicerçados nos pressupostos do modelo sistémico e da abordagem do construcionismo social (cf. Capítulo 1). Assim, e numa lógica sistémica, partiu-se do pressuposto de que todo o indivíduo está em constante interacção com ambiente e que só pode ser entendido nesta interrelação. Deste modo, optou-se por não considerar os comportamentos de forma linear como expressão de perturbação ou de conflitos provenientes unicamente do interior do indivíduo mas também como expressão do que se passa na interface entre este indivíduo e o seu ambiente (nomeadamente a família). Do mesmo modo, propõe-se um olhar sobre a recuperação que ultrapasse o ponto de vista individual e seja capaz de a descrever também nesta interface ente o indivíduo e o seu ambiente. Propõe-se ainda uma visão múltipla e circular do fenómeno, ou seja, não só uma visão da jovem sobre o que lhe sucedeu, como também uma visão da família sobre o que aconteceu no seu seio e sobre a sua visão sobre a visão da ex-paciente, bem como uma visão da investigadora sobre a visão da jovem e sobre a visão da família.

Tendo em conta os pressupostos do construcionismo social, alicerçou-se esta investigação no princípio de que é importante dar voz às “pessoas comuns” nas

práticas de investigação (Burr, 2003). Considerou-se ainda que os processos psicológicos de um paciente são sociais, e somente podem ser compreendidos se forem contextualizados e entendidos à luz da comunidade e das relações em que o paciente está inserido e que deve ser privilegiado o olhar sobre as relações e práticas discursivas que se dão em todo o contexto do paciente. Neste sentido, esta investigação não só pretendeu olhar para a recuperação como um fenómeno que deve ser contextualizado à luz das relações mais próximas do ex-paciente como também deu primazia às práticas discursivas dos nichos conversacionais que envolveram as jovens que tiveram Anorexia Nervosa, de modo a que a construção de sentido partisse da negociação do significado entre investigador/ ex-paciente, entre ex-paciente/familiares e investigador/familiares. Procurou-se assim explorar a forma como ex-pacientes e familiares elaboraram, através da linguagem, uma visão do mundo e de si próprios que lhes permitisse estarem na situação actual, um ponto da sua trajectória mais distante da situação problema que ultrapassaram.

Este trabalho desenvolve-se em torno de duas grandes temáticas: 1) o processo de recuperação conforme experienciado e narrado pelas ex-pacientes e 2) as vivências familiares ao longo de todo este processo a partir da visão dos próprios familiares. Para o aprofundamento do primeiro tema, a investigadora planeou realizar entrevistas individuais a ex-pacientes. Para o desenvolvimento do segundo tema, a autora propôs-se a realizar entrevistas familiares conjuntas, com a ex-paciente e os seus pais e irmãos, de forma a captar a negociação de significados sobre o percurso da família do problema até à recuperação, bem como a dinâmica de funcionamento familiar actual.

Com efeito, este estudo de investigação tem como principal objectivo compreender o processo de recuperação da Anorexia Nervosa, a partir do olhar de ex-pacientes e seus familiares. Pretende-se compreender como se processa a mudança na direcção da recuperação, nomeadamente as fases, momentos e factores críticos que compõem esta trajectória, pressupondo que a recuperação poderá ser um processo multidimensional e interaccional, em que não está apenas envolvido o paciente que recupera mas também todos os elementos que ao longo desta trajectória se inter-cruzam e interagem com ele, particularmente os familiares.

Assim, este estudo pretende não só descrever a trajectória individual da jovem como também compreender a dinâmica familiar que ocorreu paralelamente a esta trajectória, procurando assim identificar interrelações entre as trajectórias individuais e familiares até à situação actual.

Como foi explicitado nos capítulos anteriores, a maioria dos estudos desenvolvidos no âmbito da Anorexia Nervosa centra-se mais no problema e na sua etiologia do que na

sua recuperação. A pouca literatura existente que se centra na recuperação aborda-a fundamentalmente do ponto de vista individual, descurando a dimensão familiar e, ao invés de privilegiar a compreensão dos processos de mudança, centra-se na identificação de factores importantes para a recuperação, independentemente da forma como estes funcionaram de acordo com a biografia da própria.

Uma vez que o principal objectivo desta investigação é compreender o processo de recuperação na Anorexia Nervosa através das construções dos principais intervenientes no processo da doença/recuperação - os pacientes e seus familiares - optou-se pela utilização de uma metodologia qualitativa com o intuito de apreender de forma aprofundada as trajectórias de mudança e as significações dadas aos diferentes marcos que compõem estas trajectórias. Assim, pretendeu-se identificar as trajectórias de recuperação procurando compreender como é que estas trajectórias se articulam com as dimensões de significado e os sentidos associados aos comportamentos dos diferentes intervenientes, tendo sempre por base os conteúdos dos discursos produzidos pelos participantes, ex-pacientes e familiares, os reais intervenientes neste processo de recuperação.

As questões de investigação que derivam deste estudo e sobre as quais recaiu a análise dos dados foram:

Questão 1: Como é que as jovens com Anorexia Nervosa recuperam? Ou seja, que trajectórias/etapas/momentos críticos estão presentes nas suas narrativas? O que é que foi útil para a recuperação? E de que forma foi útil?

Para a resposta a esta questão foi necessária desenvolver a seguinte questão preliminar:

- Qual a concepção que estas jovens têm da situação/fenómeno que ultrapassaram e da situação actual em que se encontram face a este fenómeno?

Questão 2: Como descrevem os familiares o “movimento” da sua dinâmica do problema até à recuperação da jovem? Ou seja, como é que cada elemento experiencia, lida e se envolve com o problema até à recuperação? Que mudanças/momentos críticos estão presentes na trama familiar? Que factores contribuíram para estas mudanças? De que forma contribuíram? E quais as particularidades actuais da dinâmica familiar que ressaltam?

Também para a resposta a esta questão foi necessário desenvolver a seguinte questão preliminar:

- Qual a concepção que os familiares têm desta situação/fenómeno e até que ponto e de que forma se sentem implicados no problema e na sua resolução?

1.2. Investigação qualitativa: métodos de recolha e análise de dados

Numa perspectiva histórica, o modelo positivista tem dominado a investigação em psicologia e no campo da saúde mental (Loveland, Randall & Corrigan, 2005). Esta perspectiva epistemológica, acreditando na possibilidade de um observador externo e distante da realidade captá-la de forma a aceder a um conhecimento objectivo, propõe uma metodologia dedutiva, baseada sobretudo em medidas quantitativas aplicadas segundo um desenho experimental e analisadas estatisticamente. Os estudos sobre a recuperação que assumiram uma visão positivista tendem a reduzir a recuperação às suas componentes mensuráveis, a examinar a eficácia e eficiência de intervenções clínicas e não clínicas, demonstrando a fidelidade e validade das suas medidas. A perspectiva construtivista tem ganho terreno nas últimas décadas, gerando investigações que procuram compreender e reconstruir fenómenos a partir de consensos, numa perspectiva mais subjectiva, em que o investigador não é um observador neutro, já que constrói conhecimento justamente a partir da sua proximidade com o fenómeno. Numa lógica indutiva, e de forma preferencialmente qualitativa, as investigações que se baseiam neste paradigma seguem uma metodologia hermenêutica e dialógica. Os estudos sobre a recuperação que adoptam este paradigma fazem uma leitura da recuperação enquanto um processo dinâmico, multi-dimensional e interaccional, sem fim, que procuram aceder a partir de entrevistas.

Nesta investigação e dado ter sido adoptada, como já foir referido, uma perspectiva epistemológica sistémica, construtivista e construcionista social (cf. capítulo 1) perante o fenómeno da recuperação da Anorexia Nervosa, foram seleccionados métodos de recolha e análise de dados qualitativos, alinhados com uma concepção de mudança em termos circulares, a partir das transacções recíprocas entre as pessoas e entre as pessoas e os seus contextos.

Apesar da grande pluralidade de tipos de investigação qualitativa existentes, havendo inclusivamente autores como Tesch (1990) que identificaram mais de 40 tipos de investigação qualitativa, Creswell (2007) a partir de uma extensa revisão teórica identificou os seguintes cinco tipos puros de investigação qualitativa: 1) Investigação narrativa; 2) Investigação fenomenológica; 3) *Grounded theory*; 4) Investigação etnográfica; e 5) Estudo de casos, que iremos agora descrever:

1) Investigação narrativa

O termo narrativo remete-nos para um método e simultaneamente para um fenómeno de estudo (Pinnegar e Daynes, 2006 como citado em Creswell, 2007). Como fenómeno de estudo pode ser definido como o esquema primário pelo qual a existência humana se torna significativa (Polkinghorn, 1988, p.11). É portanto um meio privilegiado pelo qual o ser humano constrói a sua visão do mundo e de si. Como método remete para o estudo de histórias narradas pelos participantes, centrando-se a análise em acções/eventos cronologicamente organizados e relacionados entre si. Existem duas modalidades de análise dentro deste tipo de investigação: a análise de narrativas e a análise narrativa. Na análise de narrativas são criadas taxonomias de tipos de histórias ou temas que atravessam determinadas histórias. Na análise narrativa os investigadores colecionam eventos ou acontecimentos e organizam-nos numa linha cronológica. Este processo denominado por *restorying*, implica a análise das narrativas em termos de tempo, lugar, espaço, cena e a sua reescrita em termos cronológicos (Creswell, 2007).

2) Investigação fenomenológica

Os estudos fenomenológicos procuram descrever o significado de uma determinada experiência de vida de vários indivíduos relativamente a um conceito ou fenómeno, procurando perceber o que todos os indivíduos têm em comum quando experienciam determinado fenómeno (Ex. luto), procurando caracterizar o que um grupo experienciou e como. Na investigação fenomenológica, o investigador não se limita a fazer uma descrição dos significados mas a interpretá-los, procurando capturar a essência destas experiências (Creswell, 2007). Este método de investigação qualitativa desenvolvido por Edmund Husserl (1859-1938) visa assim explorar como os diferentes indivíduos constroem significado acerca das suas experiências, assumindo que os significados encontrados pelo investigador são produto de processos interpretativos da parte dos participantes e do próprio investigador.

3) *Grounded theory*

A teoria fundamentada nos dados, criada por Glaser e Strauss (1967), consiste num conjunto de orientações sistemáticas indutivas para recolher e analisar os dados, de forma a construir uma abordagem teórica que os expliquem. Pretende-se, desta forma, partir da descrição dos dados para a teoria, procurando encontrar um esquema

análítico abstracto que permita caracterizar um processo, ou acções ou interacções através das visões de diferentes participantes. Existem duas principais abordagens de análise dos dados dentro da *grounded theory*: 1) o procedimento sistemático proposto por Strauss e Corbin (1998); e 2) a abordagem construtivista de Charmaz (2006, 2008). O procedimento sistemático proposto por Strauss e Corbin (1998) implica o seguimento de diferentes fases. Em primeiro lugar, o investigador procura partir para a sua investigação apenas delimitando uma área de estudo, e procurando pôr de lado os seus preconceitos sobre o tema em estudo. Neste processo, o investigador deve estar aberto a múltiplas possibilidades, a diferentes formas de expressão, deve procurar desenvolver um pensamento não linear, investir tempo e energia no processo e, inclusivamente, confiar e ter prazer nele. A *grounded theory* implica simultaneamente ser sistemático e ser criativo, duas qualidades para se atingir o objectivo último da *grounded theory*: a construção de uma teoria. Esta sistematização deve começar, desde logo, no momento em que o investigador escolhe um problema e formula uma questão de investigação, que deve estar focada na compreensão de um processo, um processo ainda por explorar sobre a forma como as pessoas experienciam determinado fenómeno. A recolha de dados é tipicamente feita através de entrevistas, podendo conciliar com recolha de outras fontes de informação, nomeadamente documentos, dados de observações, ou mesmo dados quantitativos. Durante a própria recolha dos dados, o investigador deve ir trabalhando sobre os mesmos, num processo de descoberta e questionamento constante, decidindo a partir deles sobre que dados recolher a seguir e quando parar. Neste sentido, o investigador faz assim uso de uma amostra teórica (controlada pela teoria emergente) que termina com a saturação teórica. Num primeiro momento, a análise dos dados deverá ser feita através de um processo de codificação aberta, que consiste na divisão dos dados em unidades de análise, que num processo de comparação constante, são categorizadas através de conceitos que as representem. Seguidamente o investigador procura encontrar propriedades inerentes às categorias já encontradas, bem como procura relacionar as diferentes categorias entre si, no sentido de encontrar categorias centrais e subcategorias, condições ou relações de causa ou consequência entres estas, processo denominado por codificação axial. Finalmente, o investigador organiza as categorias encontradas numa sequência ou configuração lógica, na denominada codificação selectiva, permitindo a emergência de uma teoria, que pode ser representada numa matriz condicional. Por influência do construtivismo radical, e defendendo a ideia que "os dados não nos fornecem uma janela para a realidade" (Charmaz, 2000, p.523), Charmaz abandona a ideia de que seguindo um conjunto de métodos sistemáticos poderá construir uma teoria testável e verdadeira, conforme proposto por Strauss e Corbin (1998). Nesta abordagem, ao invés do método em si se

impor, são os significados e a forma como estes são construídos pelos sujeitos e pelo próprio investigador que passam a ser a prioridade do investigador. Implica assim que na recolha de dados haja uma preocupação com a relação estabelecida de forma a que haja abertura para a partilha de sentimentos e experiências privadas. Implica ainda que o investigador esteja disposto a entrar dentro da experiência dos entrevistados, numa procura constante pelo significado e não pela verdade. Assim sendo, uma *grounded theory* construtivista pode manter-se num nível mais intuitivo e impressionista (Charmaz, 2000, p.526), em que não só o produto da *grounded theory* emerge como também o próprio método de análise emerge de si próprio (Charmaz, 2008). Na mesma linha radical, Rennie e Fergus (2006) defendem que a *grounded theory* é uma abordagem hermenêutica que por si é contra o método.

4) Investigação etnográfica

Um estudo etnográfico está geralmente interessado num número maior de indivíduos, do que aquele contemplados por uma *grounded theory*. Geralmente centrado num grupo cultural inteiro (Ex. Todos os professores de uma escola, um grupo de voluntariado), tem o objectivo de descrever e interpretar os padrões partilhados e aprendidos de valores, comportamentos, crenças, linguagem de um grupo que partilha uma determinada cultura. Envolve geralmente a observação participante por parte do investigador que procura ler o fenómeno a partir de dentro da comunidade, do dia-a-dia das pessoas que a partilham bem como através da condução de entrevistas (Creswell, 2007).

5) Estudo de casos

Considerado por uns como uma metodologia, por outros autores como um objecto de estudo ou um produto do inquérito realizado, o estudo de casos integra-se nas abordagens qualitativas em que o investigador escolhe um sistema delimitado (um caso) ou múltiplos sistemas com fronteiras delimitadas, e procura estudá-los após uma recolha de dados em profundidade, recorrendo muitas vezes a múltiplas fontes de informação. De acordo com Yin (2003), os estudos de casos representam a estratégia privilegiada quando se colocam questões do tipo “como” e “porque”, quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (Yin, 2003, p. 19). A investigação em estudo de casos pode realizar-se tanto num único caso como em casos múltiplos. Na investigação em casos múltiplos, cada caso é num primeiro

momento descrito pormenorizadamente e analisado em relação aos seus temas. Este procedimento (de análise intra-caso) é repetido para todos os casos e seguido de uma análise inter-casos, que procurará capturar as asserções ou interpretações realizadas a partir dos vários casos.

Segundo Creswell (2007), estes tipos de investigação qualitativa, ainda que mantenham uma essência própria que radica na sua origem e história, podem ser conjugados em alguns estudos mais complexos.

Nesta linha, este estudo empírico optou por uma metodologia qualitativa, seguindo os princípios da *grounded theory* (Glaser e Strauss, 1967), numa lógica mais construtivista, procurando “uma reconciliação do realismo com o relativismo e uma teoria não fundamentalista da verdade” (Rennie, 1998, p.101). Contudo a análise de dados sofreu ainda influências da metodologia de estudo de casos, procurando captar a trajectória de cada ex-paciente e garantir-lhe unicidade, evitando o seu desmantelamento; bem como influências da investigação narrativa, centrando também a análise em acções e eventos concretos conforme narrados pelos participantes, com especial ênfase à organização destes eventos numa sequência cronológica. Complementarmente, a metodologia do estudo incorporou influências da investigação fenomenológica, valorizando o significado construído pelos participantes relativamente ao fenómeno e às suas experiências, não limitando a investigação ao que é dito ou narrado, aceitando que a análise poderá ser também o resultado de processos interpretativos realizados pelos participantes e pelo investigador.

1.3. Participantes

Elegeram-se para estudo participantes que tivessem sido diagnosticadas no passado com Anorexia Nervosa e posteriormente recebido alta clínica. Dada a falta de consenso científico relativamente ao conceito de recuperação (cf. Capítulo 4), foram definidos 2 critérios para a sua identificação: 1) a existência de alta médica há pelo menos 6 meses (como indicador clínico de recuperação); e 2) obterem, no momento da entrevista, uma pontuação no Eating Disorder Inventory (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) e no Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1977) inferior ao ponto de corte para amostra clínica. Para a constituição do grupo de participantes foram ainda definidos como critérios de inclusão: 1) serem do sexo feminino, dada a forte prevalência da Anorexia Nervosa em mulheres; 2) serem adolescentes ou jovens adultos no momento da entrevista, ou seja, com idade inferior a 30 anos, de forma a englobar os seguintes dois períodos demográficos: o período da adolescência entre os

10 e 17 anos e o período que Arnett (2000) denomina por “emerging adults”⁵, entre os 18 e os 29 anos ; 3) terem vivido grande parte do período da doença/recuperação com a família de origem. Este último critério prendeu-se com o objectivo de estudar concomitantemente à recuperação da jovem, o percurso das famílias desde a fase de emergência do problema até à recuperação, sendo para isso importante assegurar que a família tivesse tido uma presença considerável ao longo da doença/recuperação.

A construção da amostra iniciou-se pela identificação de jovens com diagnóstico de Anorexia Nervosa, sinalizados através dos registos clínicos dos casos seguidos na consulta de perturbações de comportamento alimentar no Hospital de S João, desde 1997 até 2007, após um diagnóstico inicial de Anorexia Nervosa e respectivo processo de tratamento.

De uma listagem total de 491 pacientes, foram identificadas 26 ex-pacientes que tinham tido alta médica, possíveis participantes neste estudo. Destas participantes foram eliminadas aquelas que durante a doença ou processo de tratamento viveram com outro agregado familiar e todas as participantes com mais de 29 anos, ficando apenas 22 possíveis participantes. Desta listagem de 22 ex-pacientes, apenas se conseguiu a participação de 6 ex-pacientes. Este reduzido número deveu-se não só à dificuldade de estabelecer contacto com estas ex-pacientes, já que muitos contactos telefónicos e moradas estavam desactualizados ou incompletos (N=8), como também à recusa quase nunca directa de participação⁶. Em virtude da amostra reduzida, foram identificadas novas potenciais participantes pelos clínicos que as acompanharam, sendo estes mesmos que efectuaram o contacto inicial com os seus ex-pacientes a fim de estes autorizarem o contacto da investigadora. Foram assim contactadas mais 20 ex-pacientes, das quais 17 aceitaram colaborar no estudo. Obteve-se então um total de 23 participantes que aceitaram participar no estudo..

O quadro que se segue descreve a amostra das 23 ex-pacientes entrevistadas no que diz respeito à idade que tinham na altura da entrevista, ao(s) diagnóstico(s) presente(s) no registo clínico ou indicado(s) pelo terapeuta que a sinalizou, a idade no momento do diagnóstico, o tempo e tipo de tratamento usufruído, o tempo decorrido entre a alta médica e a altura da entrevista, assumido como a quantidade de tempo que a jovem já está recuperada e a composição do agregado familiar no momento da entrevista.

⁵ De acordo com Arnett (2000, 2006ab), os “emerging adults” constituem uma nova categoria demográfica distinta, que deriva do prolongamento da exploração de papéis de independência e o adiamento de assumpção de papéis adultos (como por exemplo constituir uma nova família) que se verifica em determinadas culturas, em que consideramos que Portugal se enquadra.

⁶ As restantes 11 possíveis participantes não se mostraram disponíveis para colaborar com o estudo, manifestando-o através do adiamento constante da marcação da entrevista ou através da não devolução do contacto, conforme previamente acordado com a investigadora.

Quadro 4

Descrição dos participantes – Ex-pacientes

NSuj ⁷	Idade	Diagnóstico	Idade do diagnóstico	Tempo de tratamento	Tipo de tratamento	Recuperada há:	Agregado familiar no momento a entrevista
1	19	ANR	15	1 ano e 4 meses	Médico	3 anos (com 16 anos)	Vive com pai e mãe; mas estuda fora.
2	27	ANR/ ANP	22	5 anos	Médico Psicoterapia ind. Psicodrama	5 anos (com 25 anos)	Vive com Pai, mãe e irmão; no momento da entrevista está a planejar a mudança para a sua própria casa.
3	15	ANR	12	1 ano	Médico Nutricional	1 ano e meio (com 13 anos)	Vive com pai, mãe, irmã gêmea e irmão (que estuda fora)
4	26	ANR	16	4 anos	Médico Terapia Familiar	7 anos (com 19 anos)	Vive com pai, mãe e irmão
5	19	ANR/ ANP	18	1 ano	Médico	6 meses (com 19 anos)	Vive com pai, mãe e irmão
6	24	ANR	14	4 anos	Médico	6 anos (com 18 anos)	Vive com pai, mãe e irmão
7	20	ANR	16	3 anos e meio	Médico Internamento Psicoterapia ind. Psicodrama Nutricional	6 meses (com 19 anos)	Vive com mãe e irmã (pais divorciados), mas estuda fora.
8	22	ANR	12	3 anos	Médico	6 anos (com 15 anos)	Vive com pai, mãe e irmãos (os irmãos estudam fora)
9	20	ANR	14	4 anos	Médico	2 anos (com 18 anos)	Vive com pai, mãe e irmã
10	18	ANR	17	1 ano	Médico	6 meses (com 18 anos)	Vive com pai, mãe, irmão e tio
11	18	ANR	13	4 anos	Psicoterapia Médico	1 ano e meio (com 17 anos)	Vive com pai, mãe e irmão
12	26	ANR	16	1 ano e meio	Médico	9 anos (com 17 anos)	Vive com pai, mãe, 2 irmãos
13	14	ANR	11	2 anos	Médico	1 ano (com 13 anos)	Vive com pai, mãe e duas irmãs
14	18	ANR	16	1 ano e meio	Médico	6 meses (com 18 anos)	Vive com pai e mãe, mas estuda fora.
15	25	ANR	17/18	4 anos	Psicoterapia Médico	3 anos (com 22 anos)	Vive sozinha (viveu a doença com os pais, que se divorciaram)
16	29	ANR/ ANP	14	15 anos	Médico 4 internamentos Terapia familiar	6 meses (com 28 anos)	Vive sozinha (viveu a doença com os pais e 2 irmãos)
17*	27	ANR	18	7 anos	Médico Internamento Terapia familiar	2 anos (com 25 anos)	Casada (vive com o marido há 1 ano)
18	27	ANR	16	6 anos	Pediatria Psiquiatria Psicoterapia	5 anos (com 22 anos)	Vive com a mãe (pais divorciados)
19*	18	ANR	14	3 anos	Médico Internamento Psicoterapia	1 ano (com 17 anos)	Vive com os Pais e avó (irmã já casou)
20	20	ANR	14	3 anos	Médico	3 anos (com 17 anos)	Vive com os pais e irmão (irmã saiu de casa durante a doença)
21*	18	ANR	15	3 anos	Médico Internamento Terapia familiar	6 meses (com 18 anos)	Vive com os pais
22	20	ANR	18	1 ano e meio	Médico	6 meses (com 19 anos)	Vive com os pais e irmão
23	27	ANR	14	11 anos	Médico Internamento Psicoterapia	2 anos (com 25 anos)	Vive com os pais e irmã

* Participantes que não preencheram todos os critérios de recuperação definidos

⁷ Este número corresponde ao código atribuído a cada participante

Conforme o quadro evidencia, todas as participantes foram acompanhadas em tratamento médico-psiquiátrico, na Consulta de Perturbações de Comportamento Alimentar do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, que tem como foco principal de intervenção a realimentação das jovens. Esta intervenção implica por parte do clínico: (1) o fornecimento de informação sobre a doença e orientação do tratamento com base num plano alimentar pré-definido que é dado à paciente e; (2) a orientação dos pais para a não interferência no plano alimentar e controlo do peso e a devolução da responsabilidade e controlo da alimentação/peso para a paciente, em parceria com o clínico. Neste tratamento são também contempladas, ainda que residualmente, outras questões não relacionadas com o corpo/alimentação quando solicitadas pela própria paciente, não sendo contudo seguido nenhum modelo de psicoterapia específico. Algumas jovens para além deste tratamento médico, foram acompanhadas ainda em terapia familiar (N=4), usufruíram de psicoterapia individual ou em grupo (N=7) seguindo um modelo de intervenção específico (Ex. Terapia narrativa, Terapia cognitivo-comportamental, Psicodrama).

Destas 23 entrevistadas, 8 já tinham concluído a sua escolaridade (4 com nível de licenciatura), estando no momento da entrevista 7 das participantes a trabalhar. As restantes 15 entrevistadas estavam a frequentar o ensino secundário (N=2) ou o ensino superior (N=13). Da totalidade da amostra, a grande maioria ainda reside com os pais (N=19), ainda que 5 destas jovens estudem e estejam fora durante a semana. Das 3 jovens que já não vivem com o agregado familiar de origem, uma vive sozinha, outra é casada há um ano e outra vive com amigas. Uma delas estava no momento da entrevista numa fase de transição, a mudar-se de casa dos pais para a sua própria casa.

Foram ainda realizadas entrevistas com 10 famílias de 10 destas ex-participantes, famílias essas que aceitaram participar numa entrevista conjunta em tempo útil e que obedeciam ao critério de conveniência - estivessem distribuídas de forma igualitária pelos tipos de trajetória encontrados no primeiro estudo⁸. O quadro que se segue descreve estas famílias relativamente à composição do agregado familiar durante a doença, os elementos que participaram na entrevista e as respectivas idades:

⁸ Das famílias das 23 jovens entrevistadas, 5 recusaram participar, 2 famílias não tinham possibilidade de se juntar para uma entrevista familiar, por alguns elementos viverem em cidades/países diferentes e 4 famílias foram adiando consecutivamente o agendamento da entrevista. Duas das famílias não chegaram a ser contactadas, dado o critério de conveniência.

Quadro 5

Descrição dos participantes – Agregado familiar

NSuj ⁹	Agregado familiar durante a doença	Elementos entrevistados	Idades	Outras observações:
2	Pai Mãe Irmão Ex-paciente	Pai Mãe Irmão Ex-paciente	61 62 24 27	Irmão foi trabalhar para fora durante a doença, vivem actualmente os 4.
3	Pai Mãe (Irmão) Irmã Ex-paciente	Pai Mãe Irmão Irmã Ex-paciente	46 44 22 15 15	Irmão foi estudar para fora no início da doença e continua a viver fora durante a semana. Irmã ficou com AN após ex-paciente recuperar
5	Pai Mãe Irmão Ex-paciente	Pai Mãe Irmão Ex-paciente	55 51 26 19	Irmão foi trabalhar para fora no início a doença. Vivem actualmente os 4.
8	Pai Mãe Irmão Irmã Ex-paciente	Pai Mãe Irmão Irmã Ex-paciente	50 50 23 20 22	Actualmente, os irmãos da ex-paciente estudam fora durante a semana.
11	Pai Mãe Irmão Ex-paciente	Pai Mãe ----- Ex-paciente	48 43 18 12	Os pais não quiseram que o filho mais novo participasse, por acharem que este não havia compreendido o que tinha sucedido.
14	Pai Mãe Ex-paciente	Pai Mãe Ex-paciente	50 46 18	Ex-paciente estuda fora durante a semana, desde o início da doença
18	Pai Mãe Ex-paciente	----- Mãe Ex-paciente	67 60 27	Pais separaram-se 5 anos antes da entrevista, durante a doença. Pai vive fora do país.
20	Pai Mãe Irmã Irmão Ex-paciente	Pai Mãe ----- ----- Ex-paciente	47 46 24 11 20	A irmã saiu de casa no início da doença, vivendo fora. O irmão era muito jovem quando ocorreu a doença, pelo que a família não quis que este participasse.
21*	Pai Mãe Ex-paciente	Pai Mãe Ex-paciente	63 49 18	
22	Pai Mãe Irmão Ex-paciente	Pai Mãe ----- Ex-paciente	47 41 12 20	Os pais não quiseram que o filho mais novo participasse, por acharem que este não havia compreendido o que tinha sucedido.

* Participantes que não preencheram todos os critérios de recuperação definidos

1.4. Procedimentos de recolha e análise de dados

1.4.1. Instrumentos

1) *Eating Disorder Inventory – EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983)*

Em primeiro lugar, e para garantir o critério de recuperação das jovens entrevistadas, conforme explicitado anteriormente, foi usado o EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983; Versão portuguesa de Gonçalves, 1998). Este instrumento é um dos instrumentos

⁹ Este número corresponde ao código atribuído a cada participante.

mais utilizados em amostras clínicas e na população geral e permite avaliar a presença (ou ausência) de sintomatologia alimentar de nível clínico. O EDI tem 64 itens e inclui oito subescalas que medem sintomas centrais nas perturbações do comportamento alimentar e que avaliam características psicológicas associadas. Estas subescalas têm demonstrado boa consistência interna e integridade factorial em adultos e adolescentes em diferentes países, incluindo Portugal (Costa et al., 2007). A versão portuguesa utilizada foi alvo de um estudo de validação (Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001). Este estudo permitiu concluir que esta escala tem boas propriedades psicométricas na versão portuguesa, apresentando um coeficiente de consistência interna elevado (Coeficiente *Alfa de Cronbach*=0,93). Permitiu ainda calcular um valor de ponte de corte para o valor total do EDI – 43 pontos - valor esse usado para atestar a recuperação das jovens entrevistadas, já que permite distinguir a população clínica da população não clínica (Machado et al., 2001).

2) *Symptom Checklist 90-Revised* – *SCL-90-R* (Derogatis, 1977)

No sentido de fazer um rastreio psicopatológico da amostra entrevistada, foi usado o SCL-90-R (Derogatis, 1977; Versão portuguesa de Baptista, 1993). Consiste numa escala de auto-avaliação constituída por 90 itens, que permite avaliar o vivenciar psicopatológico da pessoa. É constituída por 9 sub-escalas: a de somatização, obsessão/compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, agressividade/hostilidade, ansiedade fóbica, ideacção paranóide e psicoticismo. Esta escala permite obter os índices globais de stress psicológico sintomático. O estudo psicométrico realizado por Baptista (1993) permitiu concluir as boas propriedades psicométricas da escala para a população portuguesa, apresentando valores de Alfa de Cronbach que variaram entre 0.74 e 0.97. No estudo de Machado (2003) foram apresentados pontos de corte a partir de dados provenientes de investigações anteriores com sujeitos da população clínica, onde se incluíam sujeitos com Perturbações de Comportamento Alimentar e sujeitos de população não-clínica. Para esta investigação foi usado o ponto de corte calculado em relação ao Índice Geral de Sintomas, que foi de 1,23 (idem).

3) Entrevista individual sobre a recuperação da Anorexia Nervosa (Araújo & Henriques, 2008)

No sentido de recolher informação sobre a forma com as ex-pacientes compreenderam e vivenciaram a recuperação, nomeadamente as etapas, momentos e factores que ressaltam como úteis na descrição das suas trajectórias, foram realizadas entrevistas em profundidade, face a face, “dirigidas para a compreensão das

perspectivas que os informantes têm acerca das suas vidas, experiências e situações” (Olabuénaga, 1996, p.197). A entrevista individual sobre a recuperação da Anorexia Nervosa Nervosa (Araújo & Henriques, 2008), construída especificamente para esta investigação, constitui um guião composto por um conjunto de tópicos orientadores da entrevista, questões de exploração e ainda pistas adicionais de exploração. Foram assim realizadas entrevistas semi-estruturadas a partir do guião que o seguinte quadro apresenta (ver em anexo 1 entrevista completa, com pistas para exploração das questões):

Quadro 6

Entrevista individual sobre a recuperação da Anorexia Nervosa (Araújo & Henriques, 2008)

Tópicos a explorar	Exemplo de questão para explorar o tópico
Concepção do problema	Hoje, quando olhas para trás, como é que vês o que te sucedeu?
Concepção de recuperação	Como é que estás agora face ao que te sucedeu?
Momentos poéticos	Gostava agora de te pedir que fizesses um novo exercício de recordação e me contasses um momento que tenha sido para ti especialmente marcante por teres sentido que as coisas já estavam diferentes, ou seja, um momento de inovação, em que tenhas tido a experiência de estar a dominar o problema. Descreve-me este momento com o maior detalhe possível.
Trajectória de recuperação	Gostava agora de conhecer melhor a tua história de recuperação, incluindo nela todas as pessoas que foram importantes. Imagina que eu tinha aqui um livro sobre a tua recuperação. Sobre o que é que falaria o primeiro capítulo? E o capítulo seguinte?
Factores de recuperação	Agora que já fizemos estes exercícios de recordação, o que achas que foi mais importante ou útil para a tua recuperação?
Pessoas significativas	Quem foram as pessoas mais presentes nesta tua trajectória? De que forma foram úteis?
Mensagens	Que mensagem ou conselho deixarias a alguém que esteja neste momento a lutar pela recuperação? E às famílias que estão a passar por esta situação? E aos técnicos de saúde?

Houve na construção deste guião uma preocupação em não impor às participantes nenhuma definição do fenómeno, de forma a possibilitar a construção da sua narrativa de recuperação a partir da sua própria concepção sobre “Anorexia Nervosa”, centrada na sua significação e não na categoria diagnóstica, como mostra a primeira questão: “Hoje, quando olhas para trás, como é que vês o que te sucedeu?”. Esta questão permitia não só que o entrevistador explorasse o fenómeno a partir das palavras da

entrevistada, como também permitia localizar um ponto de partida para a trajectória que pretendíamos explorar, a partir da visão da entrevistada sobre o problema. A questão seguinte “Como é que estás agora face ao que te sucedeu?” permitiu não só explorar a concepção da participante sobre recuperação, como também localizar um ponto de chegada da trajectória que se pretendia desenhar. A opção por explorar a trajectória de recuperação a partir de momentos críticos, da evocação de acontecimentos concretos, deveu-se à necessidade sentida de aceder às vivências e significações das ex-pacientes, para além das representações dos acontecimentos, tema este mais explorado pela literatura. Durante as entrevistas foi também dado especial cuidado às significações das ex-pacientes sobre o que consideraram útil, procurando compreender não só o que foi útil mas de que forma foi útil em cada narrativa em particular, no sentido de encontrar “diferenças que fizeram a diferença” do ponto de vista da participante. O guião desta entrevista resulta de ajustamentos efectuados a partir das aplicações piloto.

4) Entrevista familiar sobre trajectórias do problema à recuperação (Henriques e Araújo, 2008)

Com o objectivo de aceder às dinâmicas e vivências familiares desde o início do problema até ao momento actual, partindo das próprias visões e significações dos elementos da família, optou-se pela realização de uma entrevista familiar conjunta com todos os elementos da família nuclear (ex-paciente e seus familiares), permitindo ao investigador captar “um exemplo da unidade social mínima em operação” (Bauer & Gaskell, 2002, p.75). A entrevista familiar é um tipo especial de entrevista em grupo, já que é realizada com um grupo natural, com uma história, com regras explícitas e implícitas, com papéis pré-definidos. Dada estas especificidades, a condução da entrevista familiar teve como referência os princípios de condução de uma entrevista sistémica, conforme descritos por Cecchin (1987), que propõe que na condução de uma entrevista familiar o entrevistador siga os princípios da neutralidade (que implica evitar activamente aceitar que uma posição é mais correcta que outra e simultaneamente fazer alianças com todos os elementos e ninguém ao mesmo tempo), circularidade (que consiste na recolha de informação através de “modalidades triádicas de investigação das suas relações” e sobre diferenças e mudanças) e curiosidade, não assumindo que se conhece e procurando ter uma atitude exploratória e ingénuo face aos acontecimentos ou argumentos. Apesar do crescente interesse pelo diagnóstico familiar, e do desenvolvimento de variadíssimas estratégias de condução de entrevista no âmbito da terapia familiar (Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata (1980); Tomm (1987); Pegg (1982); Nelson & Rosenthal (1986)), a entrevista de investigação a toda a família tem sido pouco usada e pouco desenvolvida. Por este

motivo e para que a entrevista se mantivesse orientada para os objectivos do estudo, foi realizado um guião para a realização de uma entrevista semi-estruturada. O quadro que segue apresenta os tópicos explorados com a família, dando exemplos de questões utilizadas (ver em anexo 2 entrevista completa, com pistas para exploração):

Quadro 7

Entrevista familiar sobre a recuperação da Anorexia Nervosa (Henriques & Araújo, 2008)

Tópicos a explorar	Exemplo de questão para explorar o tópico
Concepção do problema	Como olham para o que sucedeu?
Reacção/estratégias face ao problema	O que é que vos foi acontecendo? Como é que cada um foi lidando com o que estava a suceder (reacções e estratégias activas)?
Concepção de recuperação e identidade familiar	Como é que estão hoje face ao que sucedeu? O que perdeu/ganhou a vossa família com toda esta experiência?
Momento familiar marcante	(Instrução: Eu gostava de começar por vos pedir, a cada um de vocês, um exercício que não é muito usual... É um exercício de recordação... Gostava que cada um comesse por imaginar uma situação, um momento, um acontecimento... que tivessem passado com algum dos vossos familiares... Um momento que tivesse sido importante, ou seja, que por algum motivo vocês se recordem muito bem dele.)
Papel dos familiares na recuperação	Que influência é que acha que cada um dos outros teve para a recuperação da _____? Como é que X contribuiu para a recuperação?
Factores úteis	Como foi possível superarem o que vos sucedeu e estarem como estão hoje? Que factores contribuíram para esta mudança?
Mensagens	Para terminar, se soubessem o que sabem hoje o que teriam dito, no passado, uns aos outros?

Este guião mais uma vez privilegiou a construção de uma narrativa familiar a partir das diferentes concepções dos elementos sobre o fenómeno, procurando compreender as reacções e estratégias que cada um foi usando para lidar com os acontecimentos. Privilegiou também a focalização na recordação de acontecimentos como forma de aceder e promover a negociação de significações num quadro mais concreto e factual, do que o quadro geral das representações. Assim, foi pedido a cada elemento que evocasse um momento importante passado em família e foi pedido à família que integrasse todos os estes momentos seleccionados mostrando o que estes revelavam acerca da sua família. Este exercício foi anteriormente testado com famílias que iriam

iniciar processos de terapia familiar e suscitou resultados muito inesperados no potencial de informação nova que proporcionava.

A opção pela entrevista familiar conjunta foi realizada após a condução de um estudo preparatório. Nesta experiência piloto foram comparados os conteúdos obtidos em duas famílias com uma jovem recuperada (com características idênticas), cujos dados haviam sido recolhidos de forma diferente: com uma das famílias foi realizada uma entrevista familiar conjunta, com outra das famílias foi realizada uma entrevista a cada elemento individualmente. Concluiu-se que apesar de ambas as modalidades de entrevista permitirem recolher a informação pretendida, a entrevista familiar tinha a vantagem de permitir observar um momento de dinâmica familiar e não apresentava a desvantagem encontrada nas entrevistas individuais, a de apresentar versões incompatíveis entre os diferentes indivíduos, já que possibilitava à família a negociação *in loco* das suas visões, constituindo uma realidade familiar partilhada. Por estes motivos, optou-se pela realização da entrevista familiar, apesar da dificuldade previamente antecipada de marcação de uma entrevista em simultâneo com os diferentes elementos. Esta experiência piloto permitiu igualmente introduzir ajustamentos no guião de entrevista, de forma a aproximar os discursos dos participantes dos objectivos do estudo já referidos.

5) *Family adaptability & Cohesion Evaluation Scale III – FACES III (Olson, Portner & Lavee, 1985)*

Como forma de complementar os dados recolhidos com a família acerca da sua dinâmica, foi aplicada a todos os elementos a FACES III (Olson, Portner & Lavee, 1985). Esta escala avalia o funcionamento familiar a partir de duas dimensões: a coesão (definida pelas ligações afectivas que existem entre os vários membros da família) e a adaptabilidade familiar (enquanto capacidade de mudança que o sistema opera na liderança, nos papéis e regras, em resposta a situações de stress ou crise familiar). Estas duas dimensões são a base do modelo circunplexo desenvolvido por Olson, Russel e Sprenkle (1979) que permite classificar as famílias em 16 tipos específicos que podem ser agrupado em 3 tipos mais gerais: as famílias que se encontram no nível do equilíbrio, na média e no extremo. O estudo de validação da versão portuguesa da escala, realizado por Curral, Dourado, Roma Torres, Barros, Palha & Almeida (1999), permitiu concluir as suas boas propriedades psicométricas, apresentando esta escala uma boa consistência interna (Coeficiente *Alfa de Cronbach*=0,80 para a coesão e Coeficiente *Alfa de Cronbach*=0,62 para a adaptabilidade).

6) Questionário sócio-demográfico, de descrição da doença e das modalidades de tratamento

No sentido de ser recolhida informação sócio-demográfica sobre a ex-paciente e seu agregado familiar, sobre a doença e as modalidades de tratamento usufruídas pela ex-paciente, foi realizado um questionário, preenchido não só a partir das informações dadas pela ex-paciente como também com as informações constantes nos processos clínicos. Este questionário (ver Anexo 3), engloba uma primeira parte que implica a construção do genograma familiar, sendo assinalado o agregado que vive no início da doença e o agregado familiar actual, bem como mudanças ocorridas ao longo do tempo neste agregado (Ex. saída de algum filho). Engloba ainda campos de preenchimento sobre a doença bem como campos de preenchimento sobre as modalidades de tratamento usufruídas.

1.4.2. Protocolo de recolha de dados

Uma fase preliminar à recolha de dados consistiu na submissão do projecto à Comissão de Ética do Hospital de S. João, a fim de ser autorizada a consulta dos processos clínicos sob a supervisão de um clínico responsável, bem como o contacto com as ex-pacientes e o pedido de participação no estudo. Após a construção da amostra, conforme descrita anteriormente, cada entrevista foi marcada no local negociado com a participante, sendo dado à escolha locais como o hospital de S. João, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto ou na própria casa das participantes. Das 23 entrevistadas, 6 foram entrevistadas na sua própria casa, 11 foram entrevistadas no Hospital, 4 foram entrevistadas na FPCE-UP e 2 foram entrevistadas noutro local negociado (casa da investigadora e local público).

O protocolo de recolha de dados incluiu os seguintes passos:

- 1) Clarificação dos objectivos do estudo e do procedimento de recolha e assinatura do consentimento informado – ver Anexo 4 (no caso das duas participantes menores foi realizado este passo na presença de um dos progenitores que assinou o consentimento informado – ver Anexo 5)
- 2) Realização do genograma familiar da jovem, circunscrito ao seu agregado familiar actual e no momento da doença.
- 3) Realização da entrevista individual e respectiva gravação áudio.
- 4) Realização de um pequeno questionário sobre o curso da doença e modalidades de tratamento recebidas (ver Anexo 3).
- 5) Preenchimento do *EDI* e do *SCL-90-R* pelas participantes.

- 6) Após a realização de todo este procedimento era pedida autorização à jovem para ser contactada novamente para se avaliar a disponibilidade de toda a família para uma futura entrevista.

A recolha de dados das entrevistas individuais realizou-se entre Julho de 2007 e Outubro de 2009.

O contacto telefónico para marcação da entrevista familiar foi realizado, por decisão das ex-pacientes, por intermédio desta que serviu de porta-voz na comunicação com a família para decisão da participação, local, data e horário em que todos pudessem estar presentes, à excepção de 4 famílias, em que o contacto telefónico da investigadora estendeu-se aos outros elementos da família, com o acordo da ex-paciente, para uma melhor explicitação dos objectivos do estudo e promoção do envolvimento dos diferentes elementos na investigação. Apenas uma jovem recusou esta segunda fase de recolha de dados. Em 4 famílias, houve recusa dos progenitores em participar e em 4 famílias houve um adiamento consecutivo do agendamento da entrevista. Uma das entrevistadas, elemento da Associação dos Familiares e Amigos dos Anorécticos e Bulímicos (AFAAB), avançou espontaneamente com uma possível explicação para esta fraca adesão das famílias à participação no estudo, que a seguir apresentaremos:

[N20] *Mas é uma doença que se esconde, até pelos...pela AFAAB propriamente dita se vê isso. Porque a AFAAB é uma associação que tem pouquíssimos sócios e que as pessoas se for preciso fazer alguma coisa não aparecem, não dão a cara. Enquanto que se for a uma associação de obesos eles vão todos felizes dizer que puseram a banda gástrica e que fizeram 30 por uma linha e se for preciso fazer um bailarico fazem e fazem exposições e fazem colóquios e fazem conferências e das pessoas que sofrem de anorexia toda a gente esconde, ninguém quer. Se vir os programas que há na TV ou na rádio ou não sei quê ou apareço eu ou a pessoa X. Somos sempre as mesmas (risos). Já pensamos em arranjar uma cabeleira porque até parece que somos só as duas que fazemos parte da associação porque sempre que é preciso alguma coisa nunca ninguém está disponível. Porque as pessoas "ei, não quero dizer e tal porque as pessoas do emprego não sabem que eu tenho uma filha anoréctica", pronto, as pessoas escondem. E isso é horrível, quer dizer, para além do resto ainda ter que esconder, não é, e ter que viver com isso.*

Em 4 das entrevistas realizadas, apesar da aceitação da participação do pai, esta foi referida pelos outros elementos como tendo sido forçada ou inesperada. Das 10 entrevistas familiares realizadas, 8 realizaram-se nas próprias casas das famílias e apenas duas famílias preferiram que esta se realizasse no hospital de S. João. Apesar de ser pedido às famílias a participação de todos os elementos do agregado, mesmo os irmãos que ainda eram pequenos, 3 famílias entrevistadas recusaram esta possibilidade, alegando que os filhos mais novos eram muito pequenos (com 11/12 anos de idade) e não estavam em condições de participar já que não tinham percebido o que aconteceu¹⁰. Nas famílias em que foram entrevistados os irmãos, foi difícil a conjugação de disponibilidades, visto muitos serem estudantes universitários e já não estarem a viver em permanência na residência dos pais. A recolha de dados familiares

¹⁰ Estas crianças tinham 5,6 e 10 anos de idade à data do diagnóstico da ex-paciente

implicava não só a presença dos familiares como da própria ex-paciente, tendo havido algumas que questionavam a necessidade de estarem presentes, manifestando preferência por não estarem, ainda que acabando por aceder ao pedido inicial. A recolha de dados na família passou pela realização dos seguintes passos:

- 1) Clarificação dos objectivos do estudo e do procedimento de recolha e assinatura do consentimento informado pelos familiares da ex-paciente
- 2) Realização da entrevista familiar, iniciando-se pela apresentação dos diferentes elementos.
- 3) Preenchimento por cada elemento da escala FACES III.

A recolha de dados das entrevistas familiares realizou-se entre Setembro de 2007 e Julho de 2010.

1.4.3. Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos dados foram realizados 3 estudos distintos:

- 1) Estudo da visão das ex-pacientes
- 2) Estudo da visão dos familiares
- 3) Estudo da visão da investigadora

1) Estudo da visão das ex-pacientes

Dentro do estudo da visão das ex-pacientes foram analisados especificamente 4 temas gerais:

- a) As **concepções das jovens** sobre o problema e sobre a recuperação;
- b) As **trajectórias do problema à recuperação**;
- c) Os **momentos poéticos** das trajectórias;
- d) Os **factores de recuperação** considerados úteis.

Para a análise das concepções (a) e das trajectórias de recuperação¹¹ (b), foi realizada uma análise de conteúdo segundo o método da Grounded Theory (Glaser &

¹¹ A análise das trajectórias de recuperação recaiu sobre os dados recolhidos com 20 dos 23 participantes da amostra, que reuniram todos os critérios de recuperação inicialmente previstos. Foram portanto excluídas desta análise as participantes N17, N19 e N21 que obtiveram um EDI superior a 43.

Strauss, 1967). Após a transcrição integral das entrevistas individuais, começou-se por se realizar duas leituras integrais de cada entrevista, após as quais se elaborou um memorando com os temas emergentes nas entrevistas. Após esta primeira fase exploratória, todo o texto foi dividido em pequenas unidades de sentido que foram codificadas em termos de conteúdo, procurando o mais possível categorizá-las a partir de conceitos usados pelas próprias participantes (ver exemplo de procedimento no anexo 7). Após esta codificação aberta, procedeu-se ao agrupamento das unidades de sentido semelhantes entre si, procurando-se encontrar um conceito geral que representasse cada agrupamento – codificação axial. Foi realizada depois uma hierarquização das categorias axiais (ver exemplo de uma hierarquia no anexo 8). No seguimento desta hierarquização, foi feita também uma codificação das unidades de sentido em termos temporais relativamente à trajectória (ver exemplo de codificação no anexo 7), ou seja, procurou-se que as unidades de sentido fossem codificadas relativamente ao seu conteúdo e também relativamente ao momento da trajectória a que se referiam. Assim, organizaram-se as categorias emergentes em 5 marcadores temporais, estruturantes das demais categorias, descritos no quadro seguinte:

Quadro 8

Descrição das categorias temporais codificadas

Categorias temporais	Descrição
Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema	Episódios, acontecimentos, situações, factos relativos ao período anterior ao aparecimento da restrição alimentar, independentemente de serem relacionados pela entrevistada com o problema.
Início da restrição alimentar	Motivação para a restrição (quando existente) e suas consequências imediatas (quando expressas).
Fases do problema	Episódios, acontecimentos, situações, factos relativos ao período após o início da restrição alimentar até ao primeiro momento de inovação narrado.
Fases da recuperação	Episódios, acontecimentos, situações, factos relativos ao período após primeiro episódio de inovação relativamente à narrativa problemática.
Situação actual	Características actuais, ganhos, aspectos a melhorar narrados, ou seja, mudanças ao nível individual e familiar que a entrevistada narra na situação actual por referência ao passado.

A distinção das duas categorias “Fases do problema” e “Fases da recuperação” foi feita com base no juízo das próprias entrevistadas. Na entrevista era pedido que as

participantes fossem contando os capítulos da recuperação, pedindo-lhes que localizassem o seu início.

Este procedimento de codificação por tipo de conteúdo e temporal foi realizado para cada caso, e aplicado no sentido de codificar todos os dados referentes à trajetória do problema e da recuperação e relativamente às concepções de cada entrevistada sobre o problema e sobre a recuperação.

Se para a análise das concepções foram analisados os dados das 23 participantes, para a análise das trajetórias foram apenas contemplados os resultados das 20 participantes que preencheram todos os critérios definidos de recuperação¹².

Para a análise dos momentos poéticos (c) narrados pelas 23 participantes procedeu-se a uma análise narrativa. Esta análise assumiu como referência o *Sistema de Avaliação da Matriz Narrativa*, especificamente o Sistema de Análise da Coerência Estrutural (Gonçalves, Henriques & Cardoso, 2006) e da Complexidade do Processo (Gonçalves, Henriques, Alves & Rocha, 2004). Tendo por base as dimensões de análise destes sistemas, foi construída a seguinte grelha de análise dos momentos de mudança¹³:

Quadro 9

Descrição dos aspectos codificados em cada dimensão de análise das narrativas de mudança

Na dimensão:	Descrição dos aspectos codificados
Orientação	- Personagens - Cenários - Circunstâncias pessoais - Posicionamento temporal na trajetória de recuperação
Sequência estrutural	- Tema principal da narrativa - Sequência de acontecimentos
Impacto emocional	- Significação emocional dada na narração (Sentimentos e emoções manifestados no momento da narração)
Significação	- Significação final dada à narrativa (Pensamentos, explicações, interpretações fornecidos pelo narrador para dar sentido ao que narrou).

¹² Para todos os cruzamentos de diferentes categorias com a categoria “tipo de trajetória”, a análise também se circunscreveu a estes 20 casos.

¹³ As dimensões escolhidas foram baseadas nas dimensões do sistema de Avaliação da Matriz Narrativa (Gonçalves, Henriques & Cardoso, 2006), não sendo, contudo, realizada uma codificação quantitativa da qualidade de cada uma destas dimensões, como o sistema propõe.

Após a análise de cada momento, foram realizadas sucessivas comparações e agrupamentos dos momentos em termos de tema principal da narrativa. Foram posteriormente cruzados os temas emergentes e os tipos de trajectórias em que estes momentos tiveram lugar (encontradas anteriormente). Foram ainda analisados globalmente os momentos poéticos em termos das personagens e cenários mais frequentemente referidos. Foram, no final, cruzados os temas, as personagens, os cenários, as significações e o impacto emocional (positivo ou negativo) presentes nos momentos poéticos com o momento da trajectória em que os momentos ocorreram (antes do início, durante ou no final), de acordo com a forma como as próprias participantes situaram.

Para a análise dos factores de recuperação identificados pelas participantes (d), ao invés de se proceder inicialmente a uma codificação aberta dos dados, foi usada como referência a grelha teórica criada pela investigadora a partir da meta-análise realizada das investigações existentes sobre factores de recuperação na Anorexia Nervosa (cf. capítulo 4). Após esta codificação, e em virtude de nem todas estas categorias terem sido preenchidas e nem todas as unidades de análise caberem nas categorias pré-definidas, foram criadas novas categorias, por um processo de codificação aberta e depois axial, para todas as unidades de sentido em falta (ver “Hierarquia dos factores de recuperação” em anexo 8). Foram ainda cruzados os factores de recuperação com os tipos de trajectórias encontradas anteriormente e com o momento da trajectória em que foram localizados pela participante.

2) Estudo da visão das famílias

Para este segundo estudo, foram igualmente sujeitas a uma transcrição integral as 10 entrevistas familiares realizadas. Seguidamente, desenvolveu-se uma análise de conteúdo segundo o método da *Grounded Theory*, que incidiu sobre 3 grandes temas:

- a) O envolvimento das famílias no fenómeno da Anorexia Nervosa e da recuperação
- b) As movimentações familiares do problema em direcção à recuperação
- c) O funcionamento actual do sistema familiar

Relativamente ao envolvimento das famílias (a), procedeu-se a uma análise de conteúdo que incidiu sobre: 1) a forma como os familiares se responsabilizam (ou não) pelo problema, 2) o impacto do problema na família, 3) a forma como os familiares se descrevem como úteis (ou não) para a recuperação e, 4) a forma como os familiares

relatam (ou não) mudanças em si e no funcionamento familiar após o processo de recuperação.

No que diz respeito à análise das movimentações familiares (b), foi realizada uma análise de conteúdo que incidiu: 1) na concepção sobre o problema de cada elemento da família; 2) na reacção dos familiares ao início do problema; 3) nas movimentações da dinâmica familiar do problema à recuperação e, 4) no funcionamento familiar actual. Vejamos no quadro a descrição das dimensões de análise utilizadas:

Quadro 10

Descrição das dimensões de análise relativamente às movimentações familiares do problema à recuperação

Dimensões de análise	Descritivo de cada dimensão
Concepção sobre o problema	Foram analisadas não só as diferentes concepções dos diferentes elementos, como o grau de acordo entre os diferentes elementos e a adesão ou não a concepções sistémicas sobre o fenómeno.
Reacção inicial do problema	Foi analisado os primeiros sinais notados pelos familiares ao sintoma, as reacções a estes sinais e as reacções desencadeadas por estas reacções. Foi ainda analisada a atribuição de responsabilidade/culpa do problema no início da restrição alimentar.
Movimentações familiares: - Na fase do problema - Na fase da recuperação	Foi analisada a dinâmica familiar desde o problema até à recuperação, em termos de movimentos de aproximação/afastamento entre os elementos, de alianças e coligações, de grau de conflito, de distribuição de poder, de fronteiras e limites, formas de comunicação e expressão de sentimentos, de mobilização de recursos externos.
Funcionamento actual do sistema familiar	Foi analisado em termos de proximidade/afastamento entre os elementos, de distribuição de poder, de fronteiras e limites, formas de comunicação e expressão de sentimentos entre os elementos.

A escolha das sub-dimensões analisadas relativamente à dimensão “Funcionamento actual do sistema familiar” (ex. proximidade, distribuição de poder, fronteiras e limites, etc) foi inspirada nas dimensões propostas pela escala de avaliação familiar de Beavers-Timberlawn (Beavers, 1982), ainda que a escala em si não tenha sido aplicada, tendo apenas servido de base para a construção desta grelha de análise. O funcionamento actual do sistema familiar (c) foi ainda descrito com base nos resultados da escala FACES III aplicada a todos os elementos da família. A interpretação dos resultados, relativos ao funcionamento actual percebido e idealizado que a escala proporciona, foi realizada em conjugação com os resultados emergentes

da análise qualitativa dos discursos sobre este tema – funcionamento actual do sistema familiar.

Por último, foi realizada uma análise comparativa das dinâmicas familiares por tipo de trajectória, conforme a tipologia encontrada no primeiro estudo, que dividiu as trajectórias em trajectórias estéticas, relacionais ou centradas no self. Foi ainda analisada uma trajectória de uma ex-paciente que não cumpria todos os critérios de recuperação, para termo de comparação.

3) Estudo da meta-visão da investigadora

Para o terceiro estudo, foram analisados 3 casos, representativos de cada uma das trajectórias encontradas no primeiro estudo e comparadas no segundo estudo no que toca à dinâmica familiar. Foi feita uma análise interpretativa e fenomenológica dos três casos seleccionados, com todo o material existente (entrevista individual, familiar, escalas e questionários). Tendo como ponto de partida as teorias sistémicas acerca do fenómeno, procurou-se proceder a uma discussão de cada caso à luz dos modelos explicativos da formação e manutenção da Anorexia Nervosa, propostos por Minuchin, Palazzoli, White, Ugazio e Bruch. Após a identificação de diferentes hipóteses explicativas sobre o problema a partir de todos os dados disponíveis recolhidos junto da ex-paciente e dos seus familiares, procurou-se realizar uma leitura da recuperação, na interligação com as hipóteses do problema colocadas. No final, procurou-se identificar diferenças e comunalidades na leitura dos 3 casos representativos de cada trajectória.

Em suma, para o desenho do presente estudo, nomeadamente para a definição dos objectivos, questões associadas, bem como para o delineamento do método, esteve sempre presente o desafio de procurar uma consonância entre o racional teórico escolhido para a abordagem do tema – o paradigma sistémico e construtivista – e a escolha dos métodos de recolha e análise dos dados. Com efeito, elegendo-se como pressuposto que a realidade é permanentemente objecto de reconstrução e que a mente é social, procurou-se captar, a partir de uma abordagem qualitativa, múltiplas visões, bem como a forma como essas visões são construídas e negociadas nos nichos conversacionais familiares. Para tal, e partindo-se do princípio que é a linguagem que cria a realidade, procurou-se construir uma realidade a “*três dimensões (3D)*” sobre o mesmo fenómeno: 1) a partir da linguagem das ex-pacientes através de entrevistas individuais; 2) a partir da informação co-construída em entrevistas familiares e, ainda, 3) a partir da visão da investigadora, construída sob uma

linguagem sistémica, sobre os dados construídos e co-construídos pelas ex-pacientes e seus familiares. Assim, e neste movimento circular, e tendo em conta que os sistemas observantes são complementares na construção da realidade, procurou-se integrar a visão da investigadora sobre as visões dos ex-pacientes e familiares, tornando explícito para o leitor quer os diálogos internos entre a investigadora e os participantes acerca das visões que estes partilharam (no início dos estudos II e III), quer as leituras sistémicas da investigadora sobre o que as famílias sugerem para além do que explicitam (no estudo III). Esta organização de múltiplas visões circulares implicou uma gestão complexa, difícil e permanente do caos, das linguagens individuais e colectivas que se vão formando e sua influência recíproca, que não se procurou encerrar, no sentido de favorecer a construção de visões circulares ao invés de visões lineares. Esta análise a “3D”¹⁴ constituiu o desafio por excelência deste estudo, numa tentativa de leitura do fenómeno da Anorexia Nervosa através de uma terceira dimensão de profundidade - a dimensão sistémica, para uma maior compreensão do processo de recuperação integrado no contexto familiar.

1.5. Questões de rigor e de validade

No sentido de assegurar a credibilidade do procedimento, os estudos qualitativos socorrem-se de diferentes estratégias de rigor e de validade. Dada a “falta de consenso terminológico e conceptual” (Alexandre, 2010, p.67), optamos por enumerar diferentes estratégias no sentido de maximizar o rigor e validade da investigação qualitativa descritas por diferentes autores, que nos importa ressaltar, nomeadamente: 1) A realização de estudos preparatórios para selecção dos métodos mais apropriados aos objectivos pretendidos (Caudle, 1994), bem como a análise de todo o material recolhido (Silverman, 2000) a coerência, transparência e clareza nos procedimentos, que implica não só o desenvolvimento de um referencial de codificação simples de tal modo que todas as categorias fluem de um princípio conceptual superior, proporcionando uma complexidade organizada, como também o fornecimento de uma lista sumária de todas estas categorias e exemplos ilustrativos destas, bem como a descrição do procedimento efectuado para esta codificação e organização das categorias (Bauer & Gaskell, 2002); 4) a descrição detalhada dos resultados, fazendo uso extensivo de registos literais das fontes, no sentido de permitir que outros investigadores possam reconstruir o que foi feito (Claude, 1994); 5) a comparação sucessiva bem como a procura de instâncias negativas (Lincoln e Guba, 1985), ou

¹⁴ Qualquer representação gráfica de um objeto apresenta-se com duas dimensões (2D): altura e largura. As imagens a 3D são formadas com o auxílio de óculos especiais que transmitem uma imagem diferente para cada olho, alterando assim o ângulo de cada um deles e fazendo com que o cérebro crie a representação de profundidade.

seja, a análise de casos desviantes que não verificam as hipóteses levantadas; 6) a reflexividade, lutando com as inconsistências no sentido de gerar novas compreensões, considerando o discurso do analista e do analisado num nível igualitário (Bauer & Gaskell, 2002); 7) a demonstração de valor de surpresa, procedendo à demonstração de evidências de intuições reveladoras ou contrárias à teoria e/ou ao senso comum, no sentido de “evitar a falácia da evidência selectiva na interpretação” (Bauer & Gaskell, 2002, p. 486), 8) as triangulações, ou seja, a combinação de diferentes métodos de análise, de diferentes fontes de dados, de diferentes observadores/entrevistadores, de diferentes perspectivas teóricas para observar/interpretar o fenómeno (Flick, 2004) e a 9) validação comunicativa, envolvendo alguns participantes ou especialistas na validação das teorias subjectivas construídas (Claude, 1994).

Todas estas estratégias podem aumentar a credibilidade dos dados ainda que muitas vezes não seja possível o uso de todas as recomendações existentes (Loveland, Randall & Corrigan, 2005). Assim ressalta a necessidade do investigador expor detalhadamente o processo de investigação, desde a recolha à análise de dados, contemplando ainda elementos que permitam o acesso directo não só aos dados originais como também ao processo de análise e codificação propriamente dito.

Para o presente estudo, foram adoptadas as seguintes estratégias de maximização de rigor metodológico:

- 1) Foram realizados estudos piloto, no sentido de: a) permitir a escolha do método de recolha de dados mais adequado, tendo sido comparadas as diferenças de resultados entre a realização de uma entrevista familiar conjunta e entrevistas individuais a cada um dos elementos; b) desenvolver e ajustar as entrevistas de recolha aos objectivos pretendidos e aos princípios epistemológicos adoptados;
- 2) Foi analisado todo o material recolhido e organizado num referencial de codificação simples;
- 3) Foi realizada uma descrição detalhada dos resultados, apresentada nos próximos capítulos, sendo não só descritas as práticas procedimentais específicas bem como disponibilizados excertos das fontes, no sentido de outros investigadores poderem reconstruir a análise proporcionando-lhes um julgamento informado;
- 4) Foram realizadas comparações sucessivas entre os casos e demonstrado o valor surpresa de determinados resultados não esperados (como por exemplo a constatação da existência de trajectórias de recuperação curtas e lineares);

- 5) Foram combinados diferentes métodos de análise (análise segundo a *grounded theory*, análise narrativa, análise fenomenológica), bem como cruzados diferentes tipos de dados sobre a mesma trajetória de recuperação (dados da entrevista individual, da entrevista familiar, das respostas dos diferentes elementos à escala FACES III e dados de diferentes perspectivas teóricas) para uma análise aprofundada de 3 casos seleccionados (Estudo III).

Capítulo II. Resultados do estudo I: A visão das ex-pacientes

Em 1948, Ernesto Sabato, um famoso escritor, entregou um manuscrito intitulado “O Túnel”, que se iniciava com a seguinte frase: “Eu sou o Pablo, o pintor que matou Maria”. Descobriu-se, ao ler esta primeira frase, que algo se estava a passar na literatura: eis que logo na primeira frase rompia-se todo o mistério. Ao invés da narrativa se desenrolar com um fim imprevisto e suspenso, ela iniciava-se com algo que se considerava fundamental para a novela: o sentido do final. Pela primeira vez, o início de um romance confundia-se com o fim, assistindo-se a uma transferência do foco de interesse do final para todo o enredo intermédio entre o início e o fim.

Assim se quis com esta investigação. Desde logo pretendeu-se desvendar o início e o fim das narrativas de ex-pacientes, como forma de colocar o investigador e o leitor direccionados para a trajectória do problema à recuperação. Deste modo, na explicitação dos resultados, começaremos por apresentar **1) A concepção do problema e da recuperação** por parte das entrevistadas. Seguidamente, prenderemos a nossa atenção nas **2) Trajectórias de recuperação** propriamente ditas. Para tal, iremos procurar caracterizar a novela da recuperação desde o início definido pela própria ex-paciente até à sua situação actual, conforme definida por si. Para a ilustração de cada uma das tipologias de trajectória encontrada, elegemos um caso representativo de cada uma e procuramos, conforme sugerido por Oliver Sacks (1985, p.10) “recolocar o sujeito humano no centro – o ser humano que sofre que se aflige, que luta”, transformando cada trajectória de recuperação numa narrativa ou num conto e analisando-o nas suas etapas fundamentais, que posteriormente serão descritas com maior profundidade a partir do conjunto das narrativas que se enquandram naquela tipologia. E, finalmente, em jeito de revisão dos momentos e elementos úteis no processo de mudança, este capítulo termina com a análise dos **3) Momentos poéticos** e dos **4) Factores de recuperação**, considerados úteis no desenrolar destas trajectórias, para vermos e vivermos em profundidade o instante da mudança que é tão fugaz quanto complexo, tão intrigante quanto magicamente simples. Nesta primeira parte, tentaremos o mais possível, dentro da impossibilidade de sermos espectadores neutros e isentos, mantermo-nos próximos à visão das ex-pacientes, procurando trazer as suas próprias palavras, emoções e significados falem por si.

2.1. Conceção do problema e da recuperação

“Como é que olhas para o que te aconteceu?” E como estás hoje face ao que te sucedeu?” Estes foram os motes para o início de cada conto que pretendíamos desvendar, procurando iniciá-lo pelo início e pelo fim. Com este método chegámos a diferentes concepções sobre o problema e sobre a recuperação.

Segundo Andersen (2007), a nossa concepção das coisas não é em primeira instância cognitiva, mas sensorial. Há qualquer coisa anterior à linguagem que nos faz ir em busca de metáforas linguísticas para descrevermos o que dificilmente conseguimos traduzir e que advém dos nossos sentidos. Assim pedi à Ana, à Maria, à Susana, à Raquel, ..., que olhassem para o que lhes aconteceu e me descrevessem o que estavam a ver. Assisti então a diferentes olhares, a vislumbres por vezes confusos e emocionados, a lamentos ou justificações e procurei olhar para o fenómeno através destes olhares, que me devolveram episódios e definições. Procurei que me descrevessem o que lhes aconteceu, sem impôr o conceito de Anorexia Nervosa, tratando-o como um fenómeno sem nome, ainda por denominar, só usando o conceito médico quando absolutamente necessário para situar a parte da biografia que me interessava ouvir.

2.1.1. Diversidade conceptual do problema e da recuperação

2.1.1.1. Concepção do problema

Percebi assim pelas descrições das jovens sobre a concepção do problema, que este fenómeno não era um fenómeno único/singular, ou seja, revestia-se de múltiplas denominações. Assim, se para algumas jovens o fenómeno foi algo relacionado com o «desejo de ser magra», para outras o fenómeno esteve relacionado com um «problema/dificuldade familiar», uma «forma de ter controlo», um «desejo de ser aceite» ou mesmo um «reflexo do perfeccionismo» ou «resultado de uma depressão». O quadro que se segue apresenta as diferentes concepções retrospectivas apresentadas pelas jovens:

Quadro 11

Concepção sobre o problema

<i>Exemplos de excertos relativos à categoria “Concepção sobre o problema”</i>	
Desejo de ser magra	<i>Fiz um bocado porque as pessoas chamavam-me gorda e foi isso a principal causa. Começar a... N5</i>
Reflexo do perfeccionismo	<i>foi um bocado o reflexo de um perfeccionismo, em tudo, nos estudos, não sei quê. N7</i>

Resultado de uma Tristeza/ depressão	<i>Era super alegre...hum...sempre tinha amigos...porque era muito...dava-me com toda a gente e...e...e gostava...estava-me sempre a rir... E de um momento para o outro, só queria estar sozinha, só queria estar em casa sem ninguém... Andava sempre triste... N16</i>
Querer ser aceite	<i>Na altura estava a fazer uma dieta. (...) Eu achava que sendo mais magra eu seria mais feliz, que sendo mais magra eu seria mais aceite, que sendo mais magra eu seria mais bem sucedida, porque isso de alguma forma tinha ficado que magreza era igual a sucesso. N8</i>
Necessidade de controlo	<i>acho que a minha vida na altura não me corria bem, por diversos motivos, por motivos familiares, económicos (...) É uma necessidade de controlo, para mim foi. É uma fuga aos problemas, uma maneira de, por vezes quando temos grandes problemas, eu vejo aquelas pessoas que se auto-mutilam para ter outro ponto de referência, e aquilo era uma maneira de fugir da realidade, de me fazer sentir melhor. N6</i>
Problema/dificuldade familiar	<i>Era uma arrelia. Não conseguia manter o contacto. Sobretudo com a minha mãe. N2</i>
	<i>aí vem o factor principal familiar e acho que junto com as minhas, acho que foi o que despoletou, o que fez com que os meus factores de personalidade se tornassem perigosos para o desenvolvimento da doença foi o meu pai, de facto, sem dúvida alguma. N18</i>

Como o quadro ilustra, as jovens concebem o problema não só através da sua relação com o corpo (“desejo de ser mais magra”), como também através de características/ estados psicológicos (“reflexo do perfeccionismo”, “resultado de uma depressão”) bem como através da sua relação com os outros/mundo (“Querer ser aceite” pelos pares, “Necessidade de controlo” devido aos problemas familiares e económicos em casa; “Problema/dificuldade familiar” em comunicar com a mãe, em relacionar-se com o pai).

2.1.1.2. Concepção da recuperação

Se a concepção do problema aponta para a existência de diversas definições, a concepção das jovens sobre recuperação é também muito diversa. Assim e ouvindo atentamente as jovens relativamente à questão “E hoje como estás face ao que te sucedeu?”, fui surpreendida por diferentes tipos de definições de recuperação, umas mais restritivas, adoptando uma definição de recuperação mais próxima da remissão sintomática em relação às características do quadro de uma Anorexia Nervosa, outras mais amplas, englobando ganhos e mudanças ao nível de determinados traços psicológicos, bem como transformações relacionais. Vejamos o seguinte quadro que ilustra estas diferentes concepções de recuperação.

Quadro 12

Concepção sobre a recuperação

<i>Exemplos de excertos relativos à categoria “Concepção sobre a recuperação”</i>	
Mudanças na relação com o corpo/ alimentação	<i>Hoje como o que quero (...), desde que seja suficiente.N3</i>
	<i>Está tudo diferente. O meu corpo está diferente, está melhor. N5</i>
	<i>Eu vejo na televisão aquelas top-models, todas altas, todas esbeltas. Eu não sou alta, eu não posso pensar nisso. Eu não me importava nada.</i>

	<i>Mas claro, eu sou pequena, não tenho vergonha de ser pequena, dizem que eles gostam das pequenas como a sardinhas. Eu até me orgulho muito disso. Se dizem isso, ainda melhor. N1</i>
Mudanças ao nível de traços psicológicos	<i>Ai, do que é que eu já estou bem? (riso) Hum, daquele controlo excessivo, sem dúvida. N11</i>
Crescimento como pessoa	<i>Cresci/fortaleci-me como pessoa N2</i>
Diferenciação do self	<i>Eu procuro não ter objectivos egoístas, mas se os meus objectivos forem altruístas e eu os conseguir atingir, fico muito contente, não preciso que os outros me dêem uma palmadinha nas costas ou um sorriso. Já não preciso disso. Acho que isso passou. (...) Acho que soube definir o meu sistema de referências. N8</i>
	<i>Já não pretendo satisfazer ninguém mas sim a mim própria. Agradar a mim. N8</i>
Diferenciação e expansão das relações de amizade	<i>aprendi a distinguir muito bem quem é e quem não é e quem não é não me faz falta... não faço esforço em, para manter as pessoas e ser, não! Tenho os meus amigos e sei que eles o são... e com esses eu faço, também tenho directamente e deliberadamente faço esforços para os manter na minha vida. Mas não sou uma pessoa que precise de... prontos... N18</i>
Transformações familiares	<i>A relação, por exemplo, dos meus pais, eles têm uma relação muito melhor, o que é mais tranquilizante N6</i>

Como o quadro explicita, são múltiplas as definições de recuperação, remetendo para mudanças não só ao nível da relação com a alimentação e corpo, mas também remetendo para outras mudanças pessoais (de traços e dimensões psicológicas) e relacionais (relativamente aos amigos e familiares), parecendo haver uma continuidade entre as concepções do problema e as concepções da recuperação. Das entrevistas ficou claro que problema não era um fenómeno único/singular, ou seja, revestia-se não só de múltiplas denominações, como era um fenómeno mutável ao longo do tempo, como veremos de seguida.

2.1.1.3. Trajectória conceptual do problema

Durante a descrição pelas participantes do que lhes sucedeu, as diferentes entrevistadas vão descrevendo um fenómeno que se vai revestindo de diferentes configurações ao longo do tempo, assumindo novas denominações.

Vejamos o seguinte exemplo:

[N2] *Não foi nada que eu pensasse: “eu vou ter de fazer dieta”. Foi uma arrelia interior. Porque eu com quem eu mais conversava, quem eu mais gostava, nomeadamente a minha mãe, e na altura tinha 15/16 anos, eu não falava, não conseguia falar com eles. Era aquela revolta. (...) Até que certa altura resolvi: “ah, hoje vou deixar de comer”. Comecei assim na brincadeira. “Ai, hoje a minha mãe fez a comida. Não vou comer nada, não vou jantar”. (...) Mas a certa altura quanto mais a arrelia e depois reparei era a chamada de atenção. Quando ela dizia isso, nem se quer vou comer mais para ela ver como consigo. Ela notou que eu pronto que eu não me estava a alimentar. Mas aí eu nem estava anoréctica. (...) Eu aí controlava muito bem. Eu nem pensava nas calorias que estava a ingerir. Simplesmente pensava em fazer-me notar a minha..., ou seja, impor a minha atitude. Já que não me ouvem, já que estou aqui sozinha e não se preocupam com aquilo que eu digo, não querem saber, que era isso que eu sentia, eu ao menos vou impor aí a minha posição. Depois também era um pouco... um... sei lá... era um trunfo. Preocupava-se e pronto “amanhã não vou comer aquilo” se me arreliasse então acontecia sempre: “Ah não vou*

comer.” “Então fez isso, também não vou comer”. E foi sempre assim. Só que a certa altura o interruptor desliga-se e é “não vou comer por causa das calorias”. (...) eu mas andei bastante tempo com essa imposição mas a certa altura acho que não tinha os nutrientes necessários ou não tinha as calorias não sei qual é o mecanismo não o estudei não me interessei muito mas sei que a partir de uma dada altura, deve ser com a perda de peso, o corpo se calhar vai buscar a energia a outro lado e então aquilo que nós controlávamos bem, de um momento para outro toma controlo sobre nós. Com a anorexia nós parece que...parece que algum interruptor se desliga. É difícil explicar a quem não teve como é isto funciona.

Como este exemplo ilustra, o fenómeno vai-se revestindo de várias denominações. Neste caso começa por ser uma “arrelia”, uma “revolta” por não conseguir comunicar com os pais, especialmente com a mãe, que nada tem a ver com a vontade de fazer uma dieta. Na “brincadeira”, a jovem começa a restringir na alimentação, transformando-se o fenómeno numa “chamada de atenção”, numa “forma de se impor”, num “trunfo” até que, nas palavras da participante, o “interruptor desliga-se” e o fenómeno sai fora do controlo da própria, passando o fenómeno a controlá-la. E é neste momento que a jovem adere à concepção médica do fenómeno, já que até ali “nem estava anoréctica”.

Se inicialmente as jovens falam de um fenómeno que estava sobre o seu controlo, não aceitando tratar-se de uma doença, a partir de determinado momento as entrevistadas relatam a perda do controlo que começam a vivenciar, situando neste momento o início da doença, que apelidam de “Anorexia Nervosa”, “Doença”, “Obsessão”, altura em que algumas das entrevistadas aceitam o diagnóstico médico. Posteriormente a este período em que as jovens constataam a perda de controlo e situam o início da doença, o fenómeno parece ainda revestir-se, em algumas das narrativas, de duas outras facetas que o caracterizam: um período de isolamento e/ou uma fase do problema denominada pelas próprias por “depressão”, como ilustra o seguinte quadro.

Quadro 13

Trajectória conceptual do problema

Exemplos de excertos relativos à Trajectória conceptual do problema		
Não aceitação do diagnóstico médico	Desejo de emagrecer	<i>A nutricionista já dizia que eu tinha anorexia nervosa. Eu para mim acho que não tinha. Acho que só tinha emagrecido uns quilos e não passava disso. N3</i>
	Problema/ Dificuldade familiar e Tristeza/ Depressão	<i>E depois eram as batalhas que eu tinha com a minha mãe. Porque ela “come” e eu não comia. E cada batalha dessas para mim era uma vitória. Tudo o que o meu pai me dizia eu aceitava. E até era capaz de... e tudo o que a minha mãe me dizia eu fazia ao contrário. E então também foi um bocado uma guerra psicológica entre eu e ela. (...) Achei que o médico estava tolo. Porque a única coisa que eu senti era que eu estava muito triste, e isolava-me, não queria ver ninguém, não queria sair com ninguém, só queria estar em casa. E depois, sim, comecei a cortar na comida. N4</i>
	Querer ser aceite	<i>E depois... sabe o que é que eu acho que foi? Eu comecei a deixar de comer e a minha vida começou a melhorar. Não é que uma coisa tivesse a ver com a outra. Mas eu fui para uma escola nova, onde me relacionava perfeitamente bem com as pessoas, era popular, tinha imensos amigos, ia a imensas festas, o meu pai começou a ter mais dinheiro, eu comecei a ter mais roupa, a ter mais coisas, e uma pessoa acaba por associar uma coisa à outra. (...) eu depois até achava que... mas eu sentia-me tão bem naquela altura, sentia-me tão bem na vida</i>

		<i>que depois eu não queria perder aquilo. (...) Eu cumpria e ia às consultas que era para não me chatearem, não era porque achasse que estivesse doente (...) N6</i>
Aceitação do diagnóstico médico	Perda de controlo	<i>Comecei a perder o controlo. (...) estava doente. N5</i>
		<i>objectivamente já não queria emagrecer mas continuei a emagrecer sem conseguir parar. E aí percebi. Já não é uma questão de vontade, estou a ficar submetida à minha própria disciplina alimentar. Estava a ser invadida pelo processo patológico. N8</i>
	Obsessão	<i>Mas e comecei a, acho que portanto os próximos capítulos seriam sobre o processo da doença, quando o controlo passa a ser mesmo uma obsessão e tudo isso, todos os meus comportamentos, o meu dia-a-dia, o que é que eu fazia...N18</i>
Anorexia	<i>Pensei que não era eu. Que tinha estado fora do meu corpo durante uma eternidade. Que tinha acontecido uma grande mudança. Não sei. Não me reconhecia a mim. Até que depois esperei que a minha mãe chegasse e depois disse-lhe: olha, finalmente admiti que tenho anorexia nervosa. Tinha anorexia, prontos. N1</i>	
Isolamento/ Depressão	Isolamento/ Tristeza	<i>Comecei a ter menos amigos, já não falava tanto com os meus amigos...Os meus amigos também começaram a notar que eu já estava mais isolada...Quase que não conseguia brincar... Quase, porque eu brincava, mas depois estava sempre a pensar nas calorias “Ai, aquilo faz-me mexer mais, vou gastar mais calorias. Tenho de me mexer”. Eu quase que brincava forçada...e no fundo não brincava nada, não é? Com essas coisas não se brinca nada. N13</i>
		<i>depois comecei a querer fugir porque... sei lá... aquela coisa... uma pessoa vai ter um teste, claro que ninguém se sente preparado e tem sempre aquela sensação de fuga, que não apetece ir à escola, que não apetece fazer, e eu comecei a não ir, comecei a fugir, a fugir, a fugir. N6</i>
	Depressão	<i>E entrei em depressão em Dezembro de 97, acho eu. Depois já não tinha nada a ver com isso [referindo-se ao desejo de ser bem sucedida e aceite]. Depois já não me interessavam os grupos e queria era estar sozinha. Porque o ciclo fecha-se numa espiral em que cada vez estava mais centrada sobre mim própria. N8</i>

Como constatámos, a adesão à denominação científica do fenómeno não acontece num primeiro momento. Há, de facto, não só uma denominação inicial não médica do fenómeno, como inclusivamente os discursos das entrevistadas estão repletos de posições de negação (“*até ali nem estava anoréctica*”) e inconformismo (“*achei que o médico estava tolo*”) explícitas em relação ao diagnóstico que só mais tarde algumas vêm a aceitar. Após uma fase de adesão à concepção médica do fenómeno, algumas jovens ainda descrevem um período subsequente que denominam por “Isolamento/Depressão”.

Como vimos, não só as concepções relativamente a este fenómeno são múltiplas como parecem variar ao longo do tempo, adquirindo diferentes significados e denominações, como representa a seguinte figura:

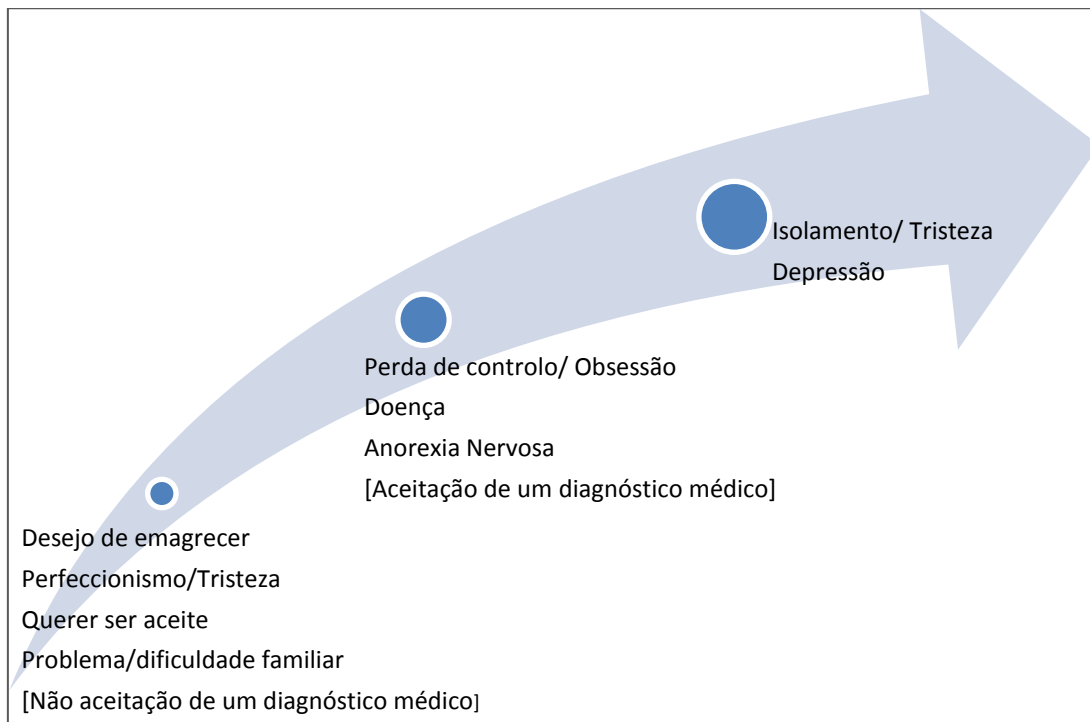


Figura 3. Trajectória conceptual do problema

2.1.2. Diferentes concepções, diferentes fenómenos

No meio dos diferentes olhares, foi ficando claro, entrevista após entrevista, não só esta diversidade na trajetória conceptual apresentada, como também o facto de se irem desenhando dois “contos” aparentemente muito diferentes.

Propomos por isso agora uma viagem por esta descoberta, que implicou uma análise comparativa sucessiva. Num primeiro momento a análise dos primeiros 6 casos permitiu-nos perceber a existência de dois fenómenos distintos. Com uma análise mais pormenorizada foi possível perceber que estes dois fenómenos constituíam extremos de um continuum, segundo os quais as narrativas das participantes se aproximavam mais ou menos. A análise posterior de 10 casos levou-nos a encontrar um terceiro fenómeno que apenas começou a ficar mais nítido com a análise da totalidade dos casos analisados (N=23). Através da análise da totalidade da amostra, foi possível situar as narrativas num continuum face aos 3 fenómenos encontrados. Propomos agora ao leitor assistir a este processo de descoberta, já que este foi um importante ponto de partida para a análise seguinte: a análise das trajetórias de recuperação.

Por um lado, alguns dos contos pareciam abordar o fenómeno como algo relacionado com o peso e a imagem corporal, um fenómeno que denominarei por “estético”. Vejamos um excerto da entrevista da Ana (nome fictício):

I¹⁵- Hoje, quando a A. olha para trás, como é que vê o que lhe sucedeu?

A- Como uma coisa que lamento, ter passado por isso, ter metido na cabeça querer emagrecer e ter chegado ao ponto que cheguei. Acho que é só.

I- O que é que era para si o que estava a acontecer? (Pausa) Os médicos a certa altura disseram-lhe que estava com uma Anorexia Nervosa. O que é que era para si ter uma Anorexia Nervosa?

A- Era estar com o peso abaixo do que precisava e ter emagrecido tão rápido como emagreci e estar muito magra.

I- Na altura quando começou a restringir a alimentação, porque é que o fazia?

A- Pensava que estava gorda e deixei de comer. Quer dizer, comia, mas não comia tanto como o habitual. Comecei a reduzir muito os alimentos. (N3)

A Ana, tal como outras entrevistadas, relaciona o que lhe aconteceu com um desejo de ser mais magra, sendo o início da dieta um comportamento intencional e com o intuito de emagrecer. O mesmo acontece no seguinte caso da Joana:

[N5] Porque eu nunca tive nenhuma razão muito forte para fazer. Fiz um bocado porque as pessoas chamavam-me gorda e foi isso a principal causa. Começar a ...

Conforme o caso da Ana e da Joana, também a Raquel (nome fictício) tem uma visão do fenómeno enquanto fenómeno estético, provocado pela insatisfação com a imagem corporal, contudo ainda que de forma pouco saliente, desvenda outros aspectos de vida que coincidiram com o início da restrição alimentar, ainda que não sejam significados como a “base do problema”. Vejamos a sua visão pormenorizada do que lhe aconteceu:

R- A minha mãe também... é uma pessoa fortezinha, mas também já estava a emagrecer. Mas, na altura, antes de vir cá para cima, a minha mãe teve de ser hospitalizada devido a ter um problema nos ovários, depois eu fui lá visitá-la uma vez e ela estava a ser seguida por uma dra espanhola. Só que a dra. espanhola tinha, pelos vistos, um sério problema com as pessoas fortes, ao ponto de começar a insultar a minha mãe. Quando eu entrei, insultou-me também a mim. “Ah, tu és assim, qualquer dia estás como a tua mãe”, não disse baleia mas insinuou, “Ah estas meninas não devem ser assim, não sabem que devem ser pessoas parecidamente normais, assim, como aparência, não sei quantos”. Aquilo ficou-me de tal maneira entalado que eu, pronto, a partir desse momento comecei a cortar tudo, começava a dar mais interesse àqueles programas de comprimidos isto, comprimidos aquilo, só que nunca tive a tendência ou melhor nunca tive a coragem de ir comprá-los, nem nunca tive a coragem de meter os dedos à boca para vomitar. Simplesmente, pronto. Aparecia-me a comida no prato e eu “ai já estou cheia”, “já não me apetece mais” e comia a comida aos bocadinhos. Tanto que comecei a emagrecer e olhava para o espelho e “hei, estou mais magra, estou mais magra” “agora é só mais um bocadinho”.

I- Portanto, nessa altura era um desejo de ser mais magra.

R- Sim, era um desejo de ser mais magra. Depois começou-se a tornar uma obsessão. Eu sei que é muito normal mas depois tinha aquela banhazinha no final da barriguinha e eu queria é que essa é que desaparecesse. Toca a emagrecer mais, mais, a tirar comida à boca, depois comecei a deitar comida fora, saía com os meus amigos e só bebia, nada comia, depois, prontos, o meu pai ao início quando eu comecei a pesar assim os 46/45 dizia: oh, isso é uma fase, é por causa da adaptação. Porque foi muito chato. No primeiro mês que tive de aulas só chorava.

I- Isso coincidiu quando veio para cá?

¹⁵ Investigador

R- Coincidu, por acaso coincidiu. Foi tudo junto. Foi ser maltratada por uma médica, foi a vinda cá para cima, foi uma nova escola, uma nova casa, novos amigos, foi assim um bocado esquisito. Mas a base do meu problema foi aquela médica não ter tido sentimentos para comigo e para com a minha mãe. Então a partir daí comecei a ir-me abaixo. (N1)

Este relato coloca-nos a nu o início da restrição alimentar em resposta a uma crítica relacionada com a sua imagem corporal (e da sua mãe), que a tocou corporalmente (“ficou-me de tal maneira entalado”) que originou um desejo de ser mais magra, que se manifestou comportamentalmente pela restrição alimentar progressiva. Assim se formam as concepções, assim se desenrolam os contos, a partir de um sentir que se vai revestindo de um significado e de acções.

Enquanto algumas entrevistadas olham para o que lhes aconteceu como um ‘fenómeno estético’, aparentemente relacionado com a pressão das macro-narrativas sociais relacionadas com a magreza enquanto ideal de beleza, outras parecem opor-se fortemente a esta perspectiva olhando para o fenómeno como algo não relacionado com a aparência/desejo de emagrecer (“Não foi querer emagrecer”, “Eu acho que a base não foi a imagem”).

Se 7 das 23 entrevistadas se posicionam face a este fenómeno como uma tentativa de perseguir um ideal de beleza, 7 das entrevistadas opõem-se explicitamente a esta definição. Vejamos mais de perto esta oposição:

Quadro 14

Oposição ao fenómeno estético

Exemplos de excertos de narrativas que se opõem ao fenómeno estético
<i>Porque eu não fiz dietas, não houve uma coisa de eu dizer assim: ai eu queria ficar magra. Porque eu nunca fui gorda. Eu tinha esta estrutura. Era uma rapariga normal, não era muito gorda, nem era muito magra. N4</i>
<i>Não foi nada que eu pensasse: “eu vou ter de fazer dieta”. Foi uma arrelia interior. N2</i>
<i>Não acho que fosse pela comida, ou pelo emagrecer, não era tanto pelo emagrecer. Eu acho que a base não foi a imagem. Era muito mais profundo do que querer deixar de comer ou ter a mania das dietas e que o problema não era principalmente com a comida mas era comigo N6</i>
<i>I - Não era um desejo de ser magra, nessa altura?</i>
<i>B – Não, não era essa a ideia. Foi mesmo...porque eu por muito tempo pensei “Será que era por isso?”, mas não era. Isso depois... o ser magra surgiu depois. Tudo começou com isso. Eu lembro-me que fomos ao médico de família e ele achou “Pronto, está...a B. está com uma depressão, vão dar então ansiolíticos e anti-depressivos e isso passa-lhe”. N21</i>
<i>não posso dizer que é as modelos como modelo, não é? que nós queremos ser tão magras como elas, eu acho que não. Talvez tenha sido também aquela fase da adolescência, dos namorados mas nunca tive problema porque sempre tinha milhões de pretendentes (ri-se) e até deixei de os ter quando fiquei magra! Portanto não... acho que não foi por aí. Acho que não... N20</i>

Não só se opõem à descrição deste fenómeno como algo relacionado com a perseguição de um ideal de beleza, como descrevem um fenómeno

consideravelmente diferente daquele que até agora, a partir de alguns extractos, descrevemos. Vejamos o caso da Matilde (N2), que descreve o fenómeno como uma arrelia interior devido a uma dificuldade de comunicar com a família e o início da restrição alimentar como algo que ocorreu ocasionalmente e permitiu-lhe usufruir de uma sensação de vitória ou, nas suas palavras, de trunfo.

M- Não foi nada que eu pensasse: “eu vou ter de fazer dieta”. Foi uma arrelia interior. Porque eu com quem eu mais conversava, quem eu mais gostava, nomeadamente a minha mãe, e na altura tinha 15/16 anos, eu não falava, não conseguia falar com eles. Era aquela revolta. Foi a partir daí. Foram muitos anos, uma bola de neve sempre.

I- Não conseguia falar com eles... Pode-me explicar um pouco melhor o que acontecia.

M- Eu falava com eles. O meu pai não. É muito distraído em relação à família e passa-lhe, não se apercebe dos problemas. Mas quando tentava falar sobre alguma coisa, sobre algum assunto, algum assunto não sobre guerras, nem sobre fome, mas quando tentava falar sobre problemas ou alguma saída com amigos, não me explicava bem onde queria ir e eu nunca expliquei bem aquilo que queria. E nunca havia um bom diálogo. Eu dizia as coisas, eles diziam do outro lado, eu achava que eles me estavam a atacar, atacava também e foi sempre assim e foram muitas quezílias entre mim e os meus pais.

I- Essas quezílias tinham a ver com saídas?

M- Não. Era com tudo. Eu achava que era muito criticada e via-me como sendo muito criticada e tinha que atingir um pouco a perfeição. Eu nunca ficava satisfeita com pouquinho. Eu tinha que atingir mesmo assim um mito.(...)

M- era um peso muito grande. Depois quando o namoro terminou vi-me totalmente fechada. Com quem desabafava já não tinha oportunidade de desabafar. Ou seja, tinha de aguentar tudo. Eu falava com os meus cães. Sei que ouviam. Mas não me ligavam nenhuma quando íamos a passear. Então foi o engolir cada vez mais os problemas, os problemas, os problemas. Até que certa altura resolvi: “ah, hoje vou deixar de comer”. Comecei assim na brincadeira. “Ai, hoje a minha mãe fez a comida. Não vou comer nada, não vou jantar. Estou com fome, vou comer umas peças de fruta ou beber leite ou cereais, ou”... era assim. Mas comia. Acabava por comer sempre menos, não comia à refeição que a minha mãe tinha preparado, mas comia sempre um bocadinho. Mas a certa altura quanto mais a arrelia e depois reparei era a chamada de atenção. Reparei que ao fazer isto, a minha mãe ao ver que eu não comia as doses certas, perguntava-me: “Só vais comer isso?” Quando ela me dizia isto para mim era vencer. Porque não gritava, digamos que não esperneava por nenhum lado, simplesmente chamava a atenção. E foi a partir daí. Quando ela dizia isso, nem se quer vou comer mais para ela ver como consigo. (N2)

Movidos pelas palavras da Matilde, sentimos a sua dificuldade em comunicar, em sentir a compreensão dos outros e o seu sentimento de isolamento, algo que subitamente se quebrou ao ser notada pela mãe por não comer. Nas suas palavras, “digamos que não esperneava por nenhum lado, simplesmente chamava a atenção. E foi a partir daí.” Através desta descrição somos transportados para um outro fenómeno que pouco parece ter de ‘estético’, parecendo ser sobretudo de natureza relacional. Aqui se enquadram outras narrativas que dão sentido a um comportamento de restrição alimentar que se inicia via acaso (Ex. “Eu estava de férias e inicialmente tive herpes labial, por causa do sol, apanhei um escaldão, e então não conseguia comer muito bem”), e que se vai perpetuando por reforços de natureza variada que este comportamento vai obtendo, ou seja, pela função que foi adquirindo na vida das jovens (“e depois reparei era a chamada de atenção”). A este fenómeno denominaremos precisamente por “fenómeno relacional”.

Estes exemplos mostram-nos dois grupos de narrativas, conforme ilustrado na figura que se segue:

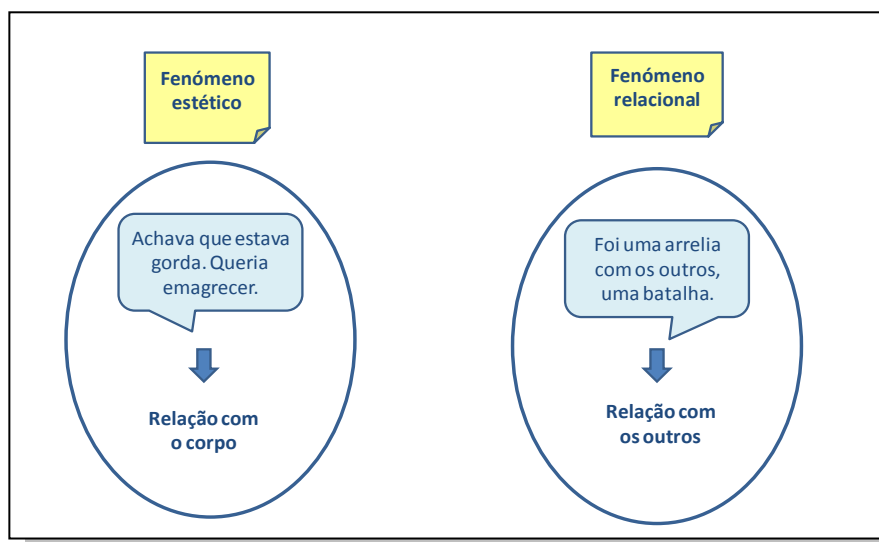


Figura 4. Fenómeno estético versus fenómeno relacional

Um dos grupos que consta na figura representa, o que denominei por “Fenómeno estético”, onde se enquadram as narrativas de jovens que queriam emagrecer pela questão da imagem e que resignificam o que lhes aconteceu como uma dieta que intencionalmente planejaram, porque a certa altura acharam que estavam gordas ou como resposta a uma crítica sobre a sua imagem e que posteriormente saiu do seu controlo. Nestas narrativas, o tema inicial que as caracteriza são as questões de relação com o corpo. No outro grupo representado, a que denominarei por “Fenómeno relacional”, enquadram-se as narrativas de jovens que se opõem explicitamente a esta definição do fenómeno enquanto ‘fenómeno estético’, descrevendo o emagrecimento ou a recusa alimentar como algo que acontece sem planeamento ou intencionalidade e que vai adquirindo uma função relacional ao longo do tempo.

Se a concepção do problema apontava para a existência de dois grupos distintos, surgiu a necessidade de analisarmos a concepção das entrevistadas relativamente à recuperação. Assim e ouvindo atentamente as jovens relativamente à questão “E hoje como estás face ao te sucedeu”, fomos surpreendidas por diferentes tipos de definições de recuperação, umas mais restritivas, adoptando uma definição de recuperação mais próxima da remissão sintomática em relação às características do quadro de uma Anorexia Nervosa, outras mais amplas, englobando ganhos e mudanças ao nível de determinados traços psicológicos, bem como transformações relacionais, como vimos anteriormente.

Para garantirmos uma maior proximidade com os discursos de cada participante, propomo-nos agora a ouvir atentamente e, quase em simultâneo, as palavras da

Raquel, da Ana e da Joana (nomes fictícios), que falam sobre as mudanças que notam actualmente em si em relação ao que eram quando o fenómeno se iniciou, através das quais retratam a recuperação:

Quadro 15

Concepção sobre a recuperação nas narrativas estéticas

<i>Excertos de Narrativas Estéticas – Categoria “Concepção sobre a recuperação”</i>
<p>E hoje, como é que está, face ao que lhe sucedeu? <i>R- Estou bem, apesar de às vezes dizer “preciso de emagrecer, preciso de emagrecer”. Mas eu sei que não preciso. Porque aquela banhinha que eu queria que desaparecesse não desaparece. Isso por muito que eu quisesse não desaparece. A única coisa que eu posso fazer para ter um corpo mais estrutural é fazer ginástica, ou ginásio, ou mesmo aqui em casa fazer flexões, ou então uma corridinha. É estruturar o corpo. N1</i></p>
<p><i>I- Acha que está recuperada?</i> <i>A- Sim.</i> <i>I- O que é que é isso de estar recuperada? Em que é que acha que está diferente?</i> <i>A- É ter o peso certo, ter a mentalidade que podemos comer bem sem estar sempre a engordar e mantendo o peso ideal. N3</i></p>
<p>Porque agora... principalmente desde o momento que eu comecei a aceitar que tinha de comer, e que comer é bom (ri-se) e faz bem e já não tenho qualquer tido de problema para comer seja o que for, a que horas for, nada. N5</p>

Torna-se bem explícito através destes excertos que o resultado final da trajectória de recuperação destas jovens se prende com a aceitação da imagem corporal, a capacidade de auto-gerir a alimentação e (man)ter um peso mínimo ou ideal. Cada uma destas jovens enquadra-se no grupo das jovens que conceberam o problema como algo relacionado com o desejo de ser magra (fenómeno estético), havendo uma coerência nas suas narrativas, já que também descrevem a situação actual através dos ganhos “estéticos” que conseguiram atingir, nomeadamente ao nível da relação com a alimentação e corpo.

Nos casos em que a definição do problema se opunha à estética e incluía dimensões relacionais explicativas, percebeu-se que o final da trajectória de recuperação era descrito pela identificação de mudanças mais complexas, relacionadas com a própria concepção mais diversificada do problema. Assim, estas narrativas apresentavam como resultado do processo de mudança “Transformações na relação com os outros”, “Transformações familiares”, “Mudanças ao nível de determinados traços psicológicos” para além de “Mudanças na relação com o corpo/alimentação”, como o seguinte quadro ilustra:

Quadro 16

Concepção sobre a recuperação nas narrativas relacionais

Excertos de Narrativas Relacionais – Categoria “Concepção sobre a recuperação”	
Transformações na relação com os outros	<i>tinha sempre receio, tinha sempre receio de alguém a olhar para mim a ver... Eu via sempre a minha triste figura. Então agora não. Agora não, quero lá saber. Se olhas para mim... é diferente. Há pessoas que são mesmo do tipo de olhar. Se for mulher ou isso, sou capaz de brincar e virar-me para uma amiga minha e dizer: “olha, deve ter gostado dos sapatos”, ou “deve estar a gostar da minha camisola” e depois sorrio. Sou capaz de brincar com a situação. Antes não, ficava atrás de alguém, escondia-me, ao andar era muito mais insegura, agora consigo andar com as costas direitas. N2</i>
	<i>aprendi a avaliar as relações de maneira diferente. Deixou de ser tão importante aquelas amizades para sair e não sei o quê, e eu tenho um grupo de amigos que eu considero mesmo meus amigos, dos quais eu conto para sair para me divertir mas também para os momentos em que eu estou mal. E quando eu estou mal e chateio-me com o meu namorado ou coisa do género, eu não tenho qualquer problema em pegar no telefone e falar. Porque eu tenho consciência que eles vão estar ali e vão ouvir. Esses para mim, são meus amigos. N6</i>
	<i>No relacionamento com as pessoas...é completamente diferente. Era muito...arrogante e autoritária com as pessoas. Agora, tenho mais tolerância. (risos) N17</i>
	<i>Acho que soube definir o meu sistema de referências. N8</i>
Transformações familiares	<i>A relação, por exemplo, dos meus pais, eles têm uma relação muito melhor, o que é mais tranquilizante. N6</i>
	<i>Houve uma altura que eu criticava muito a minha mãe porque achava que ela estava muito estagnada e tinha de evoluir e tinha de ser diferente e ter outros objectivos, mas agora vejo as coisas de uma maneira diferente. (...)É quase como... houve um momento em não compreendia as opções e agora é quase como sentisse alguma lealdade com esta opção da mãe. N6</i>
	<i>E até porque o meu pai me prendia muito...prendia entre aspas...porque ele é de outra geração e eu também tenho de compreender isso, só que ele também tem de perceber que a educação que ele deu aos meus irmãos, não pode ser...os princípios claro que são os mesmos, mas aquilo que ele deixava fazer aos meus irmãos, não pode ser aquilo que ele me deixava fazer a mim... I – Mas prendia como? Não a deixava sair, por exemplo? B – Não...não... Eu para ir a uma discoteca foi... Foi muito complicado. Mas...mas depois deixou-me ir e...e depois...E... e depois começou aí...pronto, eu comecei a dar-me “mal” com o meu pai... E depois disto, não, eu ando muito melhor e eram eles que me diziam “Vai sair!”, eu não queria na altura...E ainda agora são eles que dizem “Ah, vai sair que faz-te bem”...N21</i>
	<i>Porque eu se calhar como eu passei pelo que passei, agora com o meu irmão noto que ela está diferente. E noto que a minha mãe está muito mais liberal com o meu irmão, tanto nas tarefas domésticas, porque ele não faz nada e na liberdade. Está mais liberal, não é daquelas mães que quer saber tudo. Não, o que eu contar tudo bem, o que não contar... Agora com o meu irmão noto que o deixam andar, deixam-no tomar decisões. Se calhar, porque já me tiveram a mim e já passaram por isso, e como eu estive doente nesta altura, não querem que se volte a repetir e deixam-no viver ao ritmo dele. Por exemplo, com amigos na altura, a minha mãe não gostava que eu trouxesse amigos cá em casa e não gostava que eu fosse a casa das minhas amigas. Com o meu irmão é completamente diferente. Isto hoje está calmo, mas o normal ao sábado são 5/6 rapazes aqui dentro, ali a jogar computador ou ele vai para casa dos amigos. N4</i>
Mudanças de nível determinados traços psicológicos	<i>Sou uma pessoa mais calma. Antes exigia muito. Por exemplo, em relação às aulas, eu tinha mesmo depois sentia frustração se não conseguia estudar, ou... uma vez estava a estudar e estava muito cansada e já não conseguia, ou tinha uma crise e já não conseguia estudar, agora se não conseguir penso: hei-de conseguir mais tarde, ou mais logo. Também se não fizer desta vez, faço para o ano ou assim. N9</i>
	<i>Hoje, já não sou tanto (referindo-se ao perfeccionismo). Mais uma das modificações...Já não sou tanto. Ainda continuo com algumas coisas, mesmo...ver alguma coisa fora do sítio, mas não tanto... N17</i>
	<i>Agora? Agora estou bem. Sinto-me optimista, confiante! N8</i>

Mudanças na relação com o corpo/alimentação	<i>Agora não. Acho que tenho uma relação saudável, eu como sem estar tanto a pensar que aquilo me vai engordar ou emagrecer, ou se eu emagrecer se vou voltar ao mesmo. Não, porque as condições são diferentes, aquilo já passou. Acho que sim, agora em relação a isso, acho que me sinto bem. N6</i>
	<i>na auto-imagem também acho que amadureci, não pretendo atingir nenhum ideal de perfeição, tenho noção dos meus limites, mas também sei que sou capaz de muito, como qualquer pessoa que tem potencial. N8</i>

Como o quadro ilustra, a recuperação nestas jovens passa por *mudanças ao nível da relação com os outros*, em que as jovens sentem que adquiriram outras competências sociais, nomeadamente a capacidade de estabelecer contactos com os outros sem vergonha, a capacidade de ser frontal e impôr a sua vontade, a capacidade de ter o próprio sistema de referências e a capacidade de ser mais tolerante com os outros. A recuperação implica ainda a ocorrência de determinadas *transformações familiares*, nomeadamente a maior proximidade/união familiar/conjugal, a aproximação/compreensão de um membro da família, a maior flexibilidade dos pais em relação a regras/dar liberdade. Passa ainda por *mudanças ao nível de determinadas traços psicológicos*, nomeadamente a flexibilidade de alguns traços bastante vinculados anteriormente como o perfeccionismo, o evitamento e a auto-estima. Os discursos revestem-se assim de frases de satisfação e felicidade com novas descobertas. Finalmente, também nestas narrativas aparecem referidas *mudanças na relação com o corpo e com a alimentação*.

Se no eixo estético as jovens têm uma visão da sua situação actual como estando recuperadas, no eixo relacional algumas das jovens manifestam consciência de algumas mudanças que ainda poderiam ser benéficas para a sua vida ou importantes para se considerarem totalmente recuperadas, encarando a recuperação como um processo inacabado, conforme ilustra o seguinte quadro.

Quadro 17

Recuperação: Processo inacabado

Excertos de Narrativas relacionais – Categoria “Concepção sobre a recuperação”, sub-categoria “Mudanças por realizar”
<i>...Muito pouco, só mesmo aceitar as alterações do corpo e conseguir de manhã olhar para o espelho e sentir-me bem com determinada roupa, o que às vezes não acontece e tenho de vestir ou uma roupa mais larga, ou uma roupa com que me sinta melhor. Mas, de resto...uma percentagem muito pequenina que me falta, para dizer que estou totalmente recuperada... N17</i>
<i>A não ser gostar mais da minha imagem, tirando isso não. N9</i>
<i>Acho que ainda preciso de auto-confiança e de ser menos obsessiva. Tenho essa tendência. Para um problema ser depois aquele grande problema e afinal não é e tenho de saber relativizar melhor.N8</i>

Conforme ficou evidenciado, a partir da análise destas 23 narrativas de recuperação, parece existir um duplo fenómeno da Anorexia Nervosa, um tendencialmente percebido como um fenómeno mais estético, relacionado com dificuldades na relação com o corpo e com a imagem corporal, que surgem resolvidas com a recuperação e outro mais relacional, que se inicia por acaso e que vai ganhar um significado relacional, envolvendo dificuldades na relação com os outros e mais especificamente com os familiares. Nestas trajetórias as mudanças referenciadas não se reduzem à relação com o corpo e imagem corporal, pelo contrário, englobam outro nível de mudanças, mais estruturais, relacionadas com a transformação de determinados traços psicológicos e transformação da forma como a jovem se relaciona consigo própria e com o mundo.

Olhando para estes dois grupos que emergiram da análise das concepções do problema e da recuperação das entrevistadas, parece estarmos perante uma espécie de figura de Eduards Boring (ver figura 6), um fenómeno estudado pela Psicologia da Forma e denominado por conceito figura-fundo, em que o olhar dirigido para a figura ou para o fundo gera representações diferentes de uma mesma imagem. Assim, olhando para a mesma figura: a Anorexia Nervosa, seria possível apreender uma imagem como se de uma mulher jovem se tratasse, que neste caso poderia ser representada pela visão “estética” do fenómeno, ou uma imagem relativa a uma velha, que poderia ser representada pela visão “relacional do fenómeno”.



Figura 5. Figura de Eduards Boring¹⁶

Contudo, na tentativa de tentar enquadrar cada caso numa destas visões, rapidamente foi possível perceber que a percepção das jovens sobre este fenómeno nos levava para algo mais complexo (uma nova figura de Eduards Boring), que incluía um

¹⁶ Figura desenhada pelo cartonista W. E. Hill (1915), com título original “A minha mulher e a minha sogra”

conjunto de imagens, nem sempre nítidas mas mais ou menos aproximadas de uma ou de outra figura, neste caso, do fenómeno estético ou relacional (ver figura seguinte):



Figura 6. Nova figura de Eduards Boring¹⁷

Assim, concluiu-se que em vez de 2 grupos poderiam ser identificado dois pólos num continuum correspondentes ao pólo estético e pólo relacional, cuja concepção do problema e da recuperação aparece coerente dentro do mesmo pólo, mas oposta uma em relação ao outro, havendo lugar para posições intermédias entre esses dois pólos de algumas narrativas, como representa a figura que se segue:

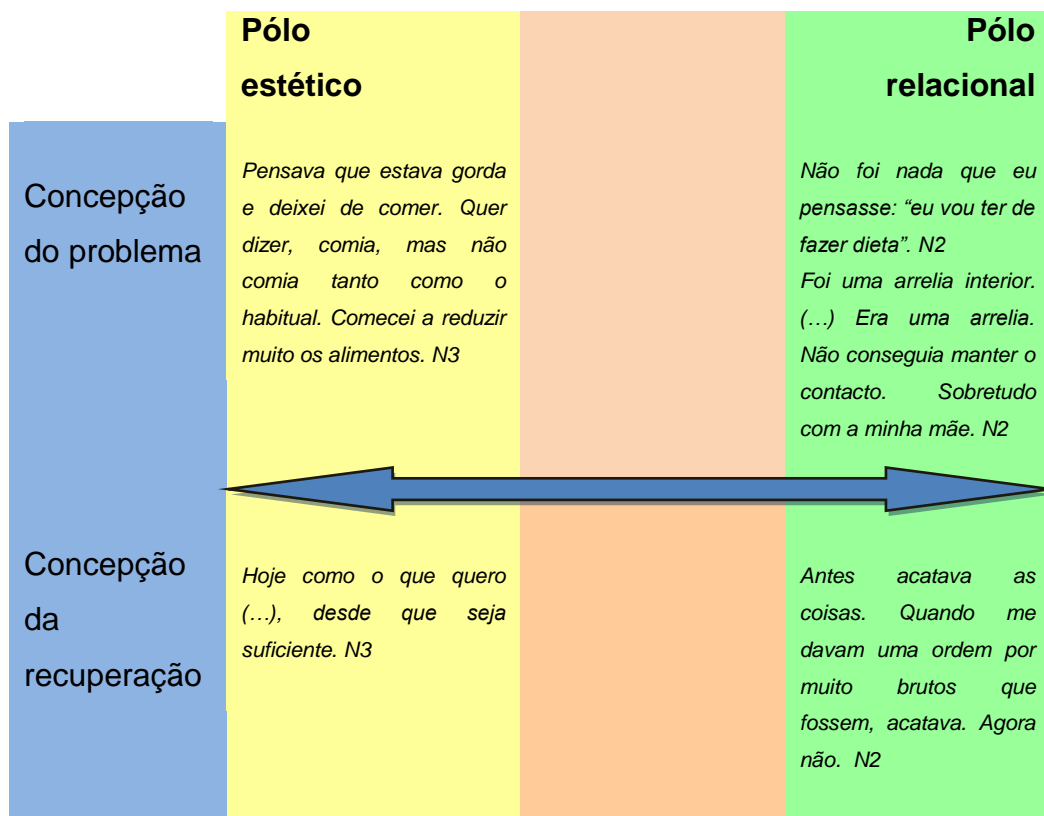


Figura 7. Pólos conceptuais do fenómeno problema/recuperação descrito

¹⁷ Figura de Eduards Boring, manipulada pela investigadora.

Com efeito, na figura apresentada, poderão posicionar-se, entre estes dois pólos, narrativas que evidenciem formas integradas de definição com maior ou menor aproximação da definição puramente estética “decidi fazer uma dieta porque queria ser mais magra” ou da definição puramente relacional “não foi uma questão de emagrecer, era um problema comigo e com os outros”.

Assim, e tendo em conta a concepção do problema e da recuperação, procurou-se localizar cada narrativa no contiuum representado no Figura 3. Para esta localização teve-se em conta, em primeiro lugar, se as concepções estariam mais próximas do pólo estético ou do pólo relacional e, em segundo lugar, a que distância estariam do pólo. Vejamos os seguintes quadros para perceber a forma de localização:

Quadro 18

Exemplificação da localização das narrativas em relação ao pólo estético

	N3	N5	N1
Concepção do problema	<i>ter metido na cabeça querer emagrecer e ter chegado ao ponto que cheguei. Era estar com o peso abaixo do que precisava e ter emagrecido tão rápido como emagreci e estar muito magra.</i>	<i>foi uma decisão emagrecer. Comecei a perder o controlo. (...) estava doente.</i>	<i>era um desejo de ser mais magra foi a vinda cá para cima, foi uma nova escola, uma nova casa, novos amigos, foi assim um bocado esquisito. Coincidiu, por acaso coincidiu. Foi tudo junto.</i>
Concepção da recuperação	<i>Mas agora como o que quero, logo que seja suficiente. É ter o peso certo, ter a mentalidade que podemos comer bem sem estar sempre a engordar e mantendo o peso ideal.</i>	<i>Tudo está diferente. O corpo está diferente, para melhor, independentemente das pessoas já dizerem que já não notam. E ganhei também uma coisa fundamental que foi aprender a comer. Porque eu lá está eu não comia mal, só que comia muito. e agora aprendi a dosear melhor Tento e aprendi uma coisa, porque eu era uma pessoa que era capaz de programar o meu dia todo e ficava chateada se eu comesse a ver que as coisas não davam. Deixei isso. Completamente. Eu não tenho de programar nada.</i>	<i>Estou bem, apesar de às vezes dizer “preciso de emagrecer, preciso de emagrecer”. Mas eu sei que não preciso. Eu vejo na televisão aquelas top-models, todas altas, todas esbeltas. Eu não sou alta, eu não posso pensar nisso. Eu não me importava nada. Mas claro, eu sou pequena, não tenho vergonha de ser pequena, dizem que eles gostam das pequenas como a sardinhas. Eu até me orgulho muito disso. Se dizem isso, ainda melhor. Foi o acarretar com o meu feitio, as minhas manias, foi primeiro olhar para mim como pessoa e não como corpo. Olhar para mim com simpatia, amizade, assim aquelas pequenas coisas que se calhar uma pessoa se sente mais valorizada do que se disserem assim: és uma gaja toda boa.</i>
Distância do pólo estético	Nula	Reduzida	Mais alargada

Se na narrativa de N3 o problema e a recuperação são concebidos como puramente estéticos, em N5 o problema é concebido como algo estético ainda que a recuperação tenha pressuposto outros ganhos para além de questões estéticas, nomeadamente mudanças em algumas características pessoais. Em N1, o problema apesar de predominantemente concebido como algo estético, parece compreender, ainda que residualmente, outras questões relacionais e a recuperação afigura-se como um estado de melhorias não só ao nível estético mas também na transformação na relação consigo própria.


Vejamos agora o procedimento de localização das narrativas em relação ao pólo relacional:

Quadro 19

Exemplificação da localização das narrativas em relação ao pólo relacional

	N8	N6	N2
Concepção do problema	<i>aquela fase de começar a sair, de começar a fazer escolhas, pensar no que é que se gosta, escolher o que se veste, já não vamos às compras com a mãe mas com as amigas, começamos a ter um domínio sobre alguns aspectos e cada vez mais amigos, a alargar o grupo (pausa). Não sei. Eu achava sendo mais magra eu seria mais feliz, que sendo mais magra eu seria mais aceite, que sendo mais magra eu seria mais bem sucedida, porque isso de alguma forma tinha ficado que magreza era igual a sucesso.</i>	<i>acho que foi uma maneira de eu controlar mais alguma coisa e de ter um maior controlo sobre o que me rodeava e não me deixar influenciar tanto. Eu acho que a base não foi a imagem. era muito mais profundo do que querer deixar de comer ou ter a mania das dietas e que o problema não era principalmente com a comida mas era comigo. Era uma maneira, sei lá, de chamar a atenção.</i>	<i>Não foi nada que eu pensasse: “eu vou ter de fazer dieta”. Foi uma arrelia interior. Porque eu com quem eu mais conversava, quem eu mais gostava, nomeadamente a minha mãe, e na altura tinha 15/16 anos, eu não falava, não conseguia falar com eles. Era aquela revolta. Foi a partir daí. Foram muitos anos, uma bola de neve sempre.</i>
Concepção da recuperação	<i>agora não tenho problemas com a comida, de vez em quando como mais, outras vezes como menos, mas acho que é o normal. Já não pretendo satisfazer ninguém mas sim a mim própria. Agradar a mim. (...) Acho que soube definir o meu sistema de referências. acho que aprendi a ouvir...</i>	<i>Acho que tenho uma relação saudável, eu como sem estar tanto a pensar que aquilo me vai engordar ou emagrecer, ou se eu emagrecer se vou voltar ao mesmo. sinto-me mais confiante. Sinto-me bem comigo aprendi a avaliar as relações de maneira diferente. Deixou de ser tão importante aquelas amizades para sair e não sei o quê, e eu tenho um grupo de amigos que eu considero mesmo meus amigos. A relação, por exemplo, dos meus pais, eles têm uma relação muito melhor, o que é mais tranquilizante. houve um momento em</i>	<i>porque eu era uma miúda muito metida comigo mesma. Não falava com ninguém. (...) Não é que veja um desconhecido e vá ter com ele. Mas se alguém precisar de ajuda eu vou lá e pergunto “quer ajuda”. Já fazia mas com muito receio. Agora não, se preciso vou pedir, não tenho aquela vergonha. Já tenho mais confiança, já encaro os outros, e já imponho. Agora detesto que me digam: faz isto. Já imponho. Consigo falar em público. Era, tinha sempre receio, tinha sempre receio de alguém a olhar para mim a ver... Eu via sempre a minha triste figura. Então agora não. Agora não,</i>

		<i>não compreendia as opções e agora é quase como sentisse alguma lealdade com esta opção da mãe.</i>	<i>quero lá saber. [referindo-se à relação actual com a mãe] Mas é aquela pessoa que eu sei que me posso arrelhar. Mas agora vejo que arrelio-me e às vezes custa, fico muito zangada mas depois tento fazer as pazes e nessas alturas... saía, gritava muito e agora... tento não fazer tanto isso. Tento sei lá... tento, dar a volta à situação.</i>
Distância do pólo relacional	Mais alargada	Reduzida	Nula



A narrativa de N2 define o problema como algo que se opõe à definição estética e relacionado com a dificuldade da jovem comunicar com a família e a recuperação através de conjunto de transformações pessoais que lhe permitiram relacionar-se de outra forma consigo e com os outros, o que nos remete precisamente para o pólo relacional. A narrativa de N6 ainda que não se oponha directamente à definição estética, adopta uma definição relacional do problema, como uma forma de controlo e de chamada de atenção. A concepção de recuperação prende-se com várias transformações familiares, para além da regressão sintomática, o que nos leva a localizá-la a uma distância reduzida do pólo estético. Finalmente, a narrativa de N8, contempla uma definição do problema relacionada até certo ponto com questões estéticas, mas que superam esta definição pela necessidade de ser aceite e ser bem sucedida, algo que acaba por ganhar mais ênfase se observarmos a sua concepção de recuperação que implica também transformações na forma de se relacionar consigo e com os outros. Assim, esta narrativa, ainda que se enquadre no eixo relacional, posicionar-se-á a uma distância mais alargada do pólo relacional.

Vejamos então a localização destas 6 narrativas no continuum, representado na seguinte figura:

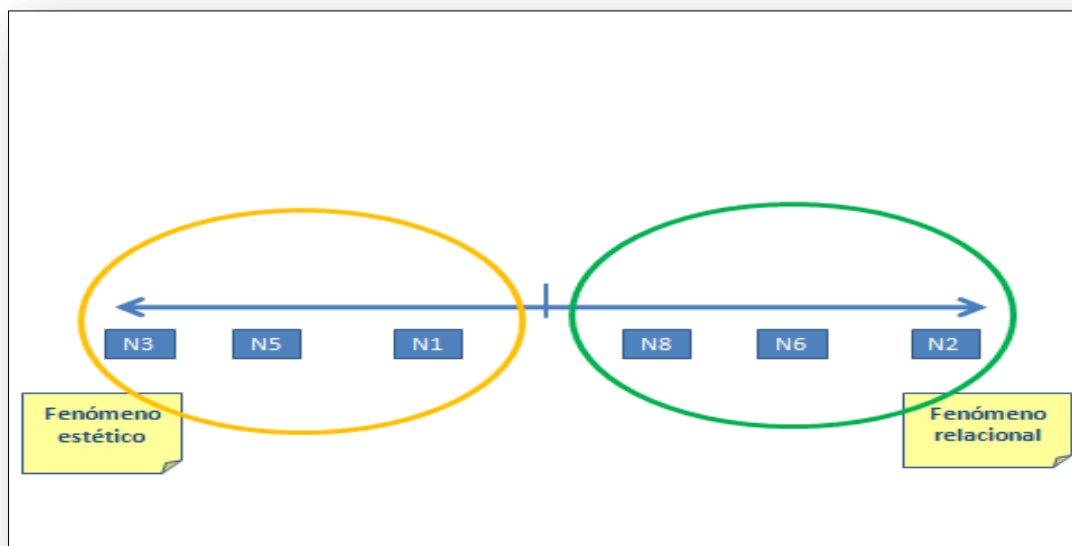


Figura 8. Localização de 6 narrativas no continuum conceptual

Se repararmos com atenção as narrativas de N1 e N8 apesar de se encontrarem em eixos diferentes parecem ter alguns pontos de contacto, estando num ponto intermédio do continuum.

Se algumas das outras narrativas são facilmente colocadas no seu respectivo eixo, algumas narrativas de ex-pacientes parecem posicionar-se num ponto intermédio entre estes dois pólos, integrando, com maior ou menor preponderância significados relacionados com a insatisfação com a imagem corporal e desejo de atingir um ideal de beleza, com outros significados mais intra-psíquicos (Ex. *foi um bocado o reflexo de um perfeccionismo, em tudo, nos estudos*) e outros significados mais relacionais como a necessidade de controlarem algo em circunstâncias em que familiarmente sentiam que não estavam sob o seu controlo.

O caso de Lurdes, é um caso curioso que parece nem pender para o pólo estético, nem para o pólo relacional, remetendo-nos para um fenómeno mais relacionado com o núcleo do eu. Olhemos para o seu discurso:

[N7] foi um bocado o reflexo de um perfeccionismo, em tudo, nos estudos, não sei quê. Tanto que eu agora que me curei posso ser aplicadinha na escola, posso ser aplicada na maneira como faço as coisas, mas não sou nada perfeccionista. Sou capaz de deixar para amanhã o que posso fazer hoje e antes não fazia isso. Agora se calhar até sou capaz de fazer isso, mas pronto.

A concepção do problema e da recuperação desta entrevistada é coerente entre si, mas não parece privilegiar nem os aspectos estéticos nem os aspectos relacionais, estando muito mais centrada num processo de transformação do núcleo do eu.

Tal como esta narrativa, outras parecem enquadrar-se neste ponto intermédio do continuum, ainda que algumas evidenciem algumas características estéticas e outras

relacionais, sendo possível optar pelo lado do eixo no qual localizá-las, ou seja, mais próxima do eixo estético ou do eixo relacional.

Deste modo, através destas comparações sucessivas de casos no que diz respeito à concepção do problema e da recuperação, foi possível situar as diferentes narrativas no continuum, como mostra a seguinte figura:

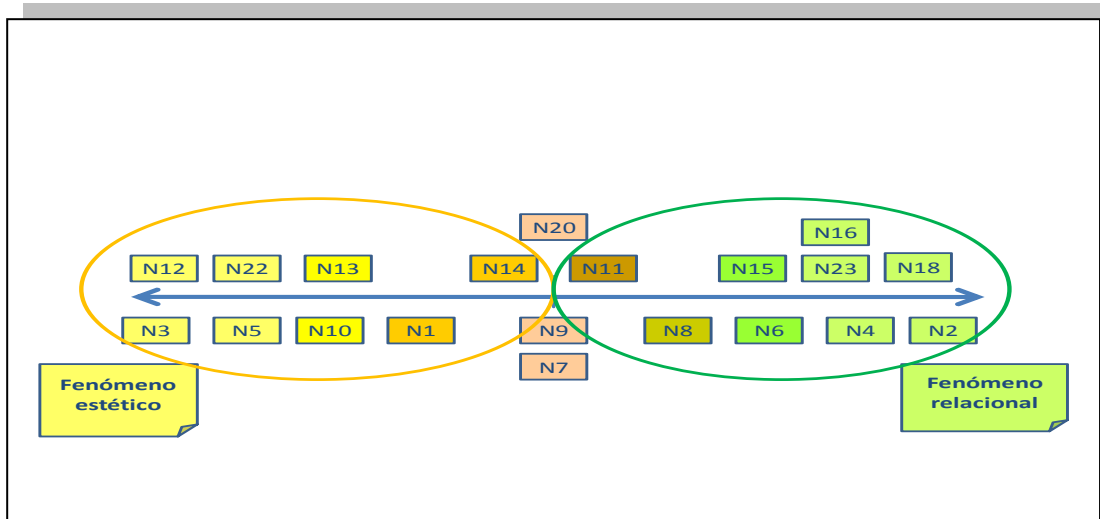


Figura 9. Localização das narrativas no continuum conceptual

O diagrama apresentado deixava ainda de fora determinadas narrativas que passam a ser representadas num novo eixo intermédio, como ilustra a seguinte figura:

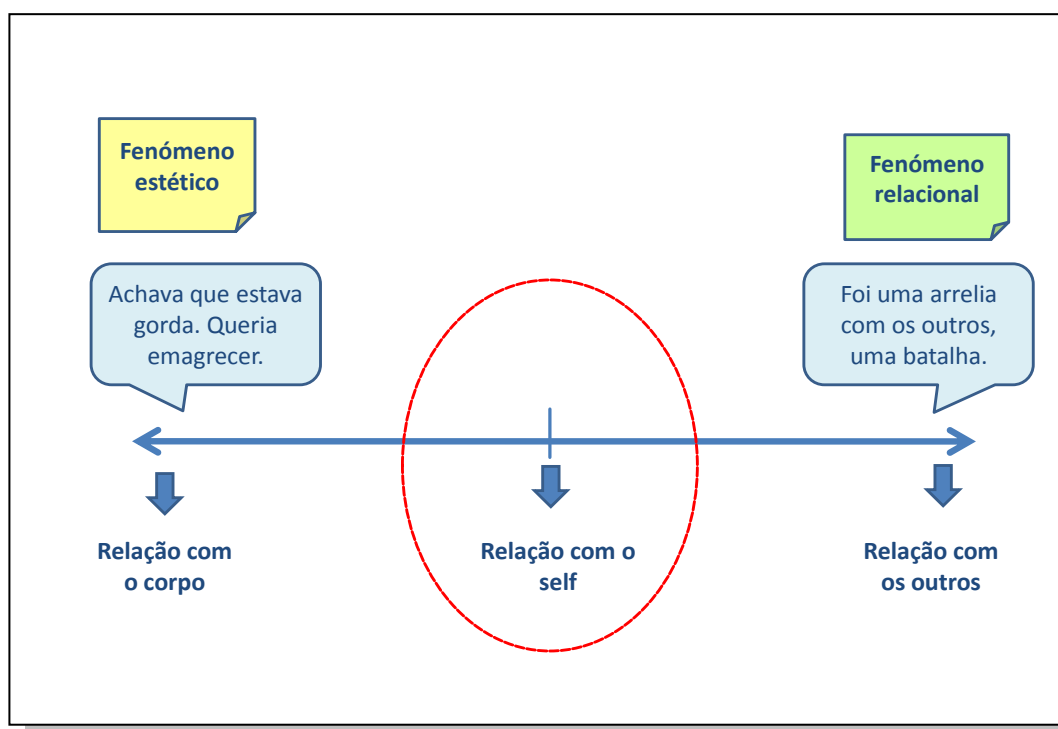


Figura 10. Continuum conceptual.

Deste modo, este continuum, poderia ser representado por 2 pólos em cada extremo e um ponto intermédio no centro, representando 3 fenómenos diferentes dentro daquele que denominamos por Anorexia Nervosa:

- Fenómeno estético
- Fenómeno centrado no self
- Fenómeno relacional

Vejamos agora a ilustração destes 3 fenómenos a partir de extractos exemplificativos de 3 narrativas diferentes (de N3, N7 e N2):

Quadro 20

Anorexia Nervosa: um fenómeno estético, centrado no self ou relacional

	Fenómeno estético	Fenómeno centrado no self	Fenómeno relacional
Concepção do problema	<i>Pensava que estava gorda e deixei de comer. Quer dizer, comia, mas não comia tanto como o habitual. Comecei a reduzir muito os alimentos. N3</i>	<i>foi um bocado o reflexo de um perfeccionismo, em tudo, nos estudos, não sei quê. N7</i>	<i>Não foi nada que eu pensasse: "eu vou ter de fazer dieta". N2 Foi uma arrelia interior. (...) Era uma arrelia. Não conseguia manter o contacto. Sobretudo com a minha mãe. N2</i>
Concepção da recuperação	<i>Hoje como o que quero (...), desde que seja suficiente. N3</i>	<i>eu agora que me curei posso ser aplicadinha na escola, posso ser aplicada na maneira como faço as coisas, mas não sou nada perfeccionista. N7</i>	<i>Antes acatava as coisas. Quando me davam uma ordem por muito brutos que fossem, acatava. Agora não. N2</i>

Em suma, nas narrativas das jovens entrevistadas, em vez de acedermos à descrição da trajectória sobre um fenómeno único, acedemos à descrição da trajectória de 3 fenómenos: um fenómeno estético, centrado no self e relacional. A questão que será explorada no próximo capítulo é se a trajectória de recuperação varia consoante a

concepção do fenómeno descrito pela participante. Por agora, recapitulemos os resultados deste capítulo, no seguinte quadro-resumo:

Quadro 21

Concepções sobre o problema e recuperação: Quadro-resumo dos resultados

Quadro-resumo
1. O fenómeno da Anorexia Nervosa afigura-se na percepção das entrevistadas como um fenómeno plural, ora mais relacionado com o corpo/alimentação (“Desejo de emagrecer), ora relacionado com a relação entre as participantes e os outros (“Forma de ter controlo sobre o mundo”, “Problema/dificuldade familiar”), ora mais relacionado com as suas características pessoais (“Reflexo do seu perfeccionismo”)
2. As concepções sobre a recuperação das participantes são múltiplas, aderindo umas a definições mais restritivas de recuperação, relacionando-a apenas com “Mudanças na relação com o corpo/alimentação” e aderindo outras a definições mais amplas de recuperação, pressupondo transformações na relação com os outros, nomeadamente com os familiares e nas suas características psicológicas.
3. A concepção sobre o problema vai-se modificando ao longo do tempo aparecendo estas mudanças ao longo das suas narrativas. Assim, se no início as jovens sentem-se bem com a restrição alimentar que iniciaram intencional ou ocasionalmente, ou porque “desejavam ser mais magras” ou porque encontraram uma forma de responder à “necessidade de controlo” e de “serem aceites”, à “dificuldade familiar”, ao seu “perfeccionismo”, num momento seguinte sentem “perda de controlo”, apercebem-se que restrição alimentar se transformou numa “obsessão” e que estão “doentes”. É nesta fase que aceitam o diagnóstico médico. Algumas entrevistadas descrevem ainda o problema numa fase seguinte, com uma nova denominação, passando a ser uma “depressão”, uma “tristeza”, um período de “isolamento”.
4. As narrativas das jovens entrevistadas reflectem a descrição de 3 fenómenos diferentes: um Fenómeno estético, um Fenómeno relacional e um Fenómeno centrado no self que poderão indiciar diferentes tipos de trajectórias, uma vez que apontam para diferentes pontos de partida e de chegada da trajectória do problema em direcção à recuperação.

2.2. Trajectórias de recuperação

Foi na procura dos capítulos da recuperação que propus a cada participante que imaginasse que tinha escrito um livro e que me permitisse desfolhá-lo capítulo após capítulo. Numa sequência temporal tive acesso a temas e personagens, episódios significativos que me permitiram reescrever as suas histórias, procurando semelhanças e diferenças entre as mesmas. A minha expectativa era de que a recuperação se afigurava como um processo difícil e moroso, mas fui surpreendida com o facto de nem todas as participantes relatarem histórias de recuperação difíceis e morosas. Efectivamente, o enredo de alguns contos de recuperação parecerem ser relativamente curtos e lineares, enquanto outros enredos se mostram longos e “sinuosos” e um leque variado de transformações até à situação actual das entrevistadas. Procurei enquadrar quanto ao tempo de recuperação as narrativas que se encontram mais próximas do pólo estético (a amarelo), do pólo relacional (a verde) e do pólo centrado no self (a vermelho) em função da duração da trajectória problema/recuperação, e o resultado que obtive foi este:

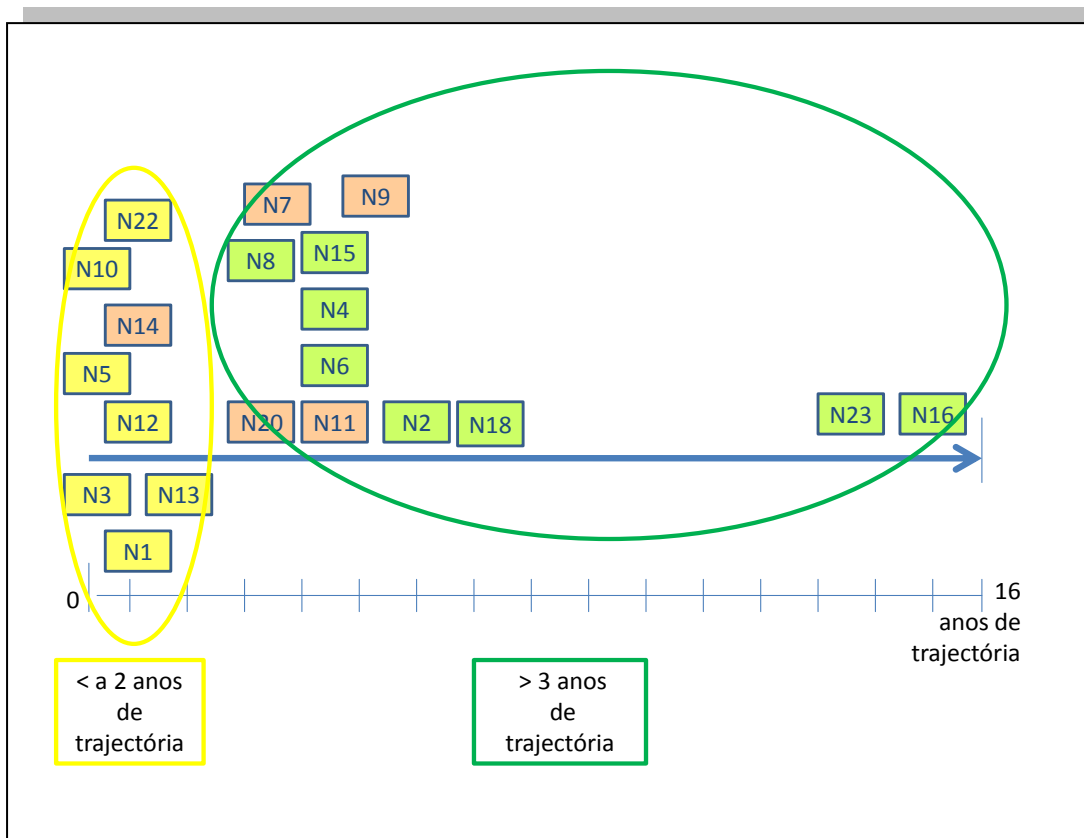


Figura 11. Distribuição das tipologias de narrativas em função da duração da trajectória problema/recuperação.

Como fica claro nesta figura, as narrativas que se encontram mais próximas do pólo estético (a amarelo) são aqueles cujas trajectórias de recuperação são narradas como

tendencialmente mais curtas (com duração inferior a dois anos) e lineares. As narrativas mais próximas do pólo relacional (a verde) são tendencialmente mais longas (com duração entre 3 e 15 anos) e de avanços e recuos.

Fomos, então, à procura de diferenças que fizessem a diferença nas trajectórias de recuperação narradas, partindo deste contraste encontrado. Para realizar esta análise, começaremos pelo estudo de caso de duas ex-pacientes, representativa de dois tipos diferentes de trajectórias: a narrativa da Ana (N3), exemplificativa da trajectória estética (trajectória curta) e a narrativa da Matilde (N2), ilustrativa da trajectória relacional (trajectória mais longa). Posteriormente, prenderemos ainda a nossa atenção na narrativa da Filipa (N20), representativa da trajectória centrada no self, uma trajectória com características híbridas.

Seguir-se-á, assim, um diálogo interior que estabeleci com a Ana (N3), integrando as suas próprias palavras para reconstruir a sua trajectória de recuperação. Após este diálogo, será analisada de forma mais aprofundada cada fase encontrada nesta trajectória e nas outras que se enquadram nesta tipologia. Por último, serão sintetizados os resultados relativos as estas trajectórias “estéticas”, conforme denominada. Este procedimento repetir-se-á para as trajectórias “relacionais” e para as trajectórias “centradas no self”.

2.2.1. Trajectórias Estéticas

Ana é uma adolescente de 15 anos. Tudo começou quando tinha 12 anos, no início da sua adolescência. Após conversar com a Ana, retive uma história simples, curta e linear que lhe vou agora contar¹⁸:

Ana, percebi, pelas tuas palavras, que a certa altura começaste a reduzir na alimentação, como tantas adolescentes da tua idade, porque te apeteceu, *“não por vontade dos outros ou por coisas que disseram”*, simplesmente porque achaste que estavas gorda. A primeira pessoa a notar foi a pessoa com quem costumavas almoçar, a quem chamavas ama e que, desde pequena, ajudou a tua mãe a criar-te. A ama preveniu a tua mãe, mas a tua mãe *“não se acreditou porque ela tinha muita fama de estar sempre a dar comida às crianças”*. Até que, depois de umas férias, já tinhas *“emagrecido para aí 15 kgs”* e já era impossível não notar. Nesta altura, a tua mãe levou-te a uma nutricionista que te prescreveu um plano que tu não seguiste. Apesar de não seguires o plano, não relataste, como acontece em muitos casos, grande oposição entre ti e a tua mãe em relação à alimentação. Em vez disso, pela tua narrativa percebi que a tua mãe te mostrava directamente o seu sofrimento, chorando à tua frente por te ver doente, o que também te fazia sofrer, num momento de ressonância emocional perfeita. Percebias que estavas a *“fazer mal às pessoas que te rodeavam”*. Após esta descida de peso, foste encaminhada para psiquiatria, para uma consulta especializada, algo que não gostaste, já que consideravas *“que não valia a pena e que era só uma perda de tempo, que só tinhas emagrecido uns quilos”*. Na realidade achavas que não estavas doente. Afinal, o problema não estava em ti mas nos outros que estavam a exagerar. Até que a certa altura começaste a admitir o teu problema e desejaste mudar. Contas que para isso foi importante o encontro com uma colega que estava doente e que, tal como tu, negava a sua doença. Pelo menos foi o que acabaste por concluir perante aquela conversa que te chocou, em que percebeste que a tua colega só sabia *“olhar para as pessoas e ver que elas estão magras mas não era capaz de ver que ela está muito mais magra”*. Apercebeste-te assim *“que esta doença tem dois lados. Quando estamos na doença podemos não perceber que estamos magras mas conseguimos perceber que os outros estão magros”*. E percebeste ainda que *“as pessoas estavam a exagerar e estavam a dizer a verdade, por outro lado.”* A partir daqui a tua trajectória de recuperação foi curta e linear. Começaste a seguir o plano com a ajuda da tua família, que tu deixaste que insistisse contigo, algo que pensas que apesar de ser aborrecido foi importante para a tua recuperação, já que admites: *“Se não me dissessem nada eu não comia, se não me obrigassem. Porque se fosse comigo, se não me obrigassem a comer, ainda estava em recuperação”*. E agora encontras-te bem, crescestes em altura, naturalmente,

¹⁸ Esta forma de apresentação dos resultados de análise e síntese da transcrição da entrevista seleccionada foi inspirada na técnica das cartas terapêuticas, usadas em terapia narrativa e propostas por White e Epsom (1993), técnica essa que propõe a redacção de cartas pelo terapeuta tendo como destinatário o cliente, no sentido de converter a realidade da terapia co-construída numa propriedade partilhada das vivências dos dois participantes no processo.

porque também crescestes em idade, mas fundamentalmente já comes “o que queres, logo que seja suficiente”, conforme dizes, já que para ti estar recuperado é “ter o peso certo, ter a mentalidade que podemos comer bem sem estar sempre a engordar e mantendo o peso ideal.” Quase no final da entrevista ao procurar perceber mais detalhadamente o papel da tua família na recuperação, esbarrei-me com uma informação nova, potencialmente interessante: o teu irmão não estava presente durante a doença, “porque ele andava na faculdade em M. então só vinha aos fins-de-semana”. Fico ainda a saber que o teu irmão “ia de comboio para a cidade Z” e a tua “mãe todas as vezes que o deixava lá começava a chorar e assim”. E fico a pensar nesta circunstância familiar, a saída do teu irmão mais velho de casa, que coincidiu com o início do teu problema alimentar, ainda que tu não estabeleças qualquer relação entre estes dois factos...

Acabo a entrevista com a Ana. Fico sem saber o que pensar. Será que a entrevista correu bem? Criei eu as oportunidades para que nesta entrevistada a Ana falasse livremente sobre a sua recuperação. “Sinto um misto de curiosidade e de desilusão ao terminar esta entrevista”, foram as palavras que escrevi no meu bloco de notas após esta entrevista. Senti curiosidade no sentido dar resposta às minhas actuais inquietações: Será que a recuperação é só isto? É assim tão simples ou na entrevista não soube captar a complexidade? Ou estará a complexidade na simplicidade desta recuperação? E senti momentaneamente desilusão porque subitamente o fenómeno que se afigurava na minha mente como algo complexo e moroso, digno de ser estudado e cuidadosamente analisado, afigurava-se como algo aparentemente simples, sem grandes segredos ou poesias, contrariamente a que eu anteriormente havia previsto.

Entrevista após entrevista, fui percebendo que a trajectória da Ana, apesar das suas singularidades, não era inteiramente única e apresentava características semelhantes com as do grupo das trajectórias situadas no pólo estético. Passarei a seguir à análise dessas trajectórias sistematizando o seu conteúdo nas cinco etapas do percurso, representadas na figura seguinte.

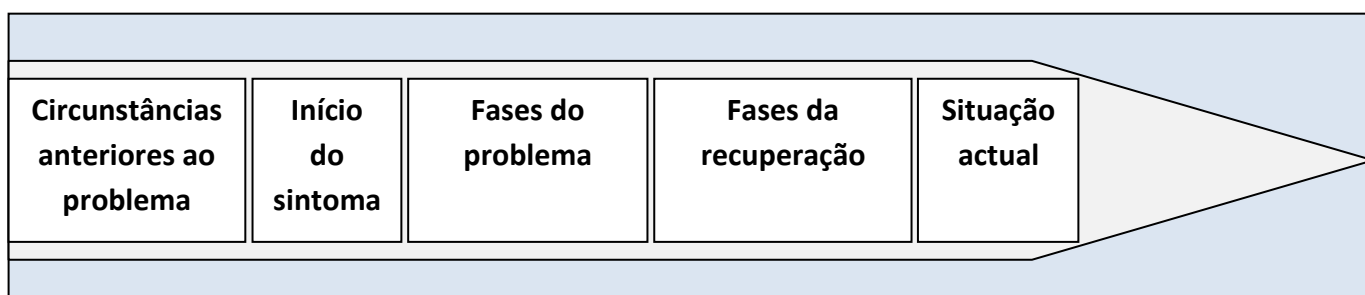


Figura 12. Representação gráfica do percurso das trajectórias analisado

2.2.1.1. Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema

Escuto com atenção a Raquel, cuja narrativa enquadrei no pólo estético, ainda que com alguma distância do extremo deste pólo. Ouço uma jovem emocionada a falar sobre a crítica que foi sujeita pela médica em relação ao seu corpo. As palavras ecoam: *“Ah, tu és assim, qualquer dia estás como a tua mãe”, não disse baleia mas insinuou* *“Ah estas meninas não devem ser assim, não sabem que devem ser pessoas parecidamente normais, assim, como aparência, não sei quantos”*. Consigo ainda entender em que parte do corpo esta crítica tocou: *Aquilo ficou-me de tal maneira entalado que eu, pronto, a partir desse momento comecei a cortar tudo*, como se a garganta fosse incapaz de voltar a engolir estes comentários, estes juízos, esta aparência. Aparentemente esta foi a circunstância anterior ao início da restrição alimentar. Decido questioná-la circularmente sobre a sua perspectiva sobre a perspectiva dos outros em relação ao seu emagrecimento, e uma nova informação surge:

[N1] *o meu pai ao início quando eu comecei a pesar assim os 46/45 kg dizia: oh, isso é uma fase, é por causa da adaptação. Porque foi muito chato. No primeiro mês que tive de aulas só chorava.*

I- Portanto isso coincidiu quando veio para cá?

C- Coincidiu, por acaso coincidiu. Foi tudo junto. Foi ser maltratada por uma médica, foi a vinda cá para cima, foi uma nova escola, uma nova casa, novos amigos, foi assim um bocado esquisito. Mas a base do meu problema foi aquela médica não ter tido sentimentos para comigo e para com a minha mãe. Então a partir daí comecei a ir-me abaixo.

Como fica saliente, ainda que sejam referidas outras circunstâncias pessoais e familiares para além da crítica em relação ao peso, a protagonista da narrativa não as considera serem a base do problema.

Vejamos por exemplo o caso da Inês (N13) em que descreve a doença da mãe como um acontecimento que antecedeu e continuou a acontecer durante a sua Anorexia Nervosa, como dois fenómenos na sua génese independentes, explicando o início do seu sintoma como estando relacionado com a percepção que teve durante as aulas de ballet que apesar de ser magra as suas pernas eram gordas.

[N13] *Depois, ainda por cima, a minha mãe também estava doente, para além de ser eu... (...)*

I- O que é que tinha a mãe?

In – Primeiro, teve cancro, quando era mais nova...Cancro da mama...E depois foi fazer a cirurgia plástica para repor a mama, só que a cirurgia plástica também correu mal. Depois teve ali, algum tempo... as coisas também lhe correram mal, porque nas alturas em que estamos mais deprimidos...Se vamos para uma operação deprimidos e tristes com o que está a acontecer, normalmente as coisas costumam correr mal. É um bocado psicológico, é um bocado estranho pensar, mas é um bocado assim.

I – E acha que a mãe já estava deprimida nessa altura?

In– Já, porque ela fez pouco tempo depois de eu ter começado a ter anorexia...(...)

In- Comigo surgiu de uma maneira um bocado... Quer dizer, é esquisita mas acho que é como surge...(risos). Mas, pronto... Comecei...Primeiro, estava no ballet, era no 5º ano, comecei a notar que as minha pernas estavam a ficar mais gordas...Eu sempre fui magrinha, sempre. Em toda a minha vida fui magra...Era até mais magra que as minhas colegas e tudo. Então, estava no ballet e notava que havia pessoas mais gordas que eu e que tinham umas pernas mais magras..."Mas o que é isto? As minhas pernas estão a ficar assim tão gordas?". Depois, nas férias, comecei a...a ter menos apetite...Mas era mesmo uma coisa que...tinha mesmo menos apetite, não é? E depois emagreci, nas férias... E aquilo foi quase como um impulso, comecei a ficar mais...fiquei mais contente por ter emagrecido, não é? E foi um impulso para começar a ter...esses pensamentos...

Efectivamente, assim se passa nestas narrativas a que denominarei por 'Trajectórias estéticas'. Nestas trejectórias são mencionadas poucas ou nenhuma circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao início da restrição alimentar e, nos casos em que são referidas, não são estabelecidas conexões fortes entre estas e o início do sintoma. Quando reveladas, as circunstâncias reveladas nestas narrativas estão relacionadas com a doença/ausência de um familiar ou mudança de um contexto significativo, ainda que apareçam como factos que coincidiram, sem nexos de causalidade.

Estas são portanto narrativas que vão contextualizar o início do sintoma como uma acção individual e intencional, relacionada com o desejo de emagrecer e não directamente relacionada com outros acontecimentos pessoais ou familiares, como ficará claro já de seguida. Para já, fiquemos com a representação gráfica das trajectórias estéticas, na dimensão *circunstâncias anteriores ao problema pessoais e familiares*, na seguinte figura:

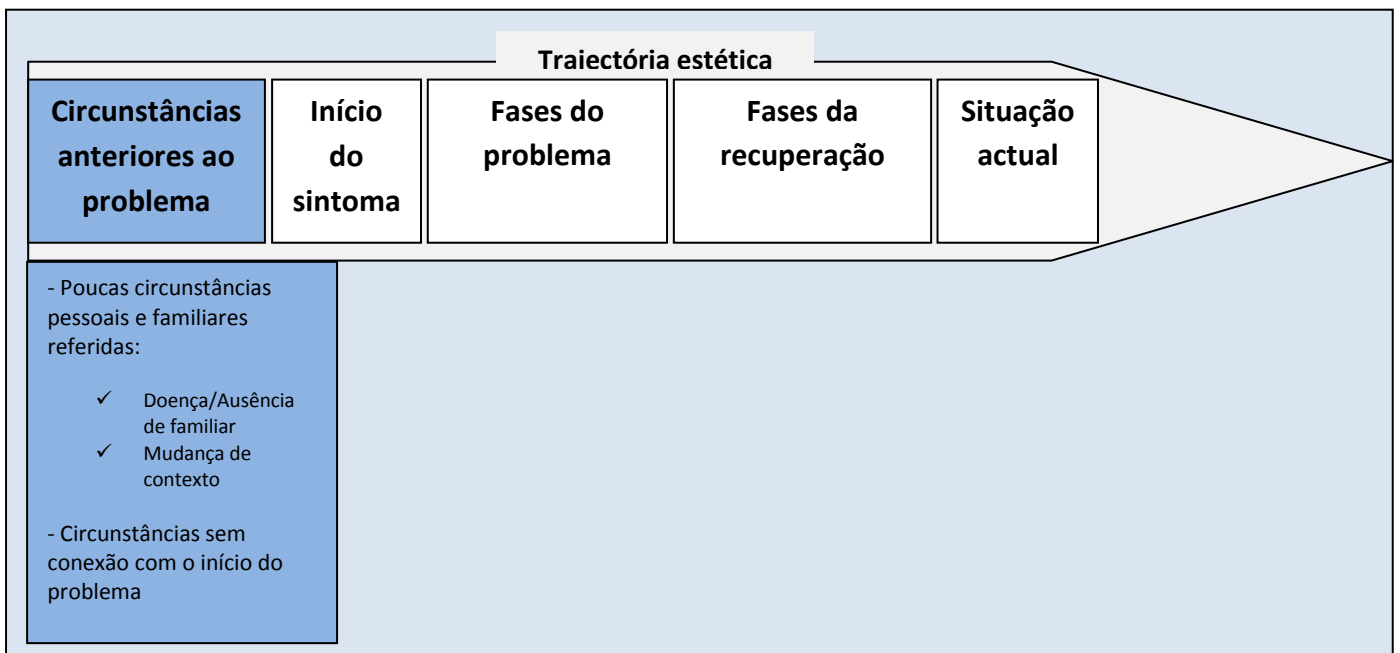


Figura 13. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Circunstâncias anteriores ao problema

2.2.1.1. Início do sintoma

Em todas estas narrativas o início da restrição alimentar é descrito como algo que as jovens decidiram fazer, na sequência de um comentário crítico em relação ao seu peso ou apenas porque acharam que gostariam de ser mais magras. O quadro que se segue mostra como as 7 participantes cuja narrativa foi enquadrada na trajectória estética descrevem o início do sintoma:

Quadro 22

Trajectórias estéticas: Início do sintoma

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Início do sintoma”
<i>Quando eu entrei, insultou-me também a mim. “Ah, tu és assim, qualquer dia estás como a tua mãe”, não disse baleia mas insinuou, “Ah estas meninas não devem ser assim, não sabem que devem ser pessoas parecidamente normais, assim, como aparência, não sei quantos”. Aquilo ficou-me de tal maneira entalado que eu, pronto, a partir desse momento comecei a cortar tudo. (N1)</i>
<i>Apeteceu-me, não por vontade dos outros ou por coisas que me disseram. Foram coisas que eu meti na minha cabeça. ... comecei a achar que estava gorda. Comecei a emagrecer. (N3) foi uma decisão emagrecer. (N5)</i>
<i>Houve aquele primeiro tempo em que eu disse, realmente, que eu queria perder aqueles quilos e não sei quê. Aí houve intencionalidade. (N10)</i>
<i>A mim...começou um bocadinho “Quero emagrecer! Quero emagrecer!” (N12)</i>
<i>Comigo surgiu de uma maneira um bocado... Quer dizer, é esquisita mas acho que é como surge...(risos) Mas, pronto... Comecei...Primeiro, estava no ballet, era no 5º ano, comecei a notar que as minha pernas estavam a ficar mais gordas...Eu sempre fui magrinha, sempre. Em toda a minha vida fui magra...Era até mais magra que as minhas colegas e tudo. Então, estava no ballet e notava que havia pessoas mais gordas que eu e que tinham umas pernas mais magras...”Mas o que é isto? As minhas pernas estão a ficar assim tão gordas?”. Depois, nas férias, comecei a...a ter menos apetite... (...) Tinha o desejo de ser magra...(...) Mais magra do que todas as pessoas que via...na rua...na escola...pronto. Era quase como uma competição. (N13)</i>
<i>Eu queria era fazer uma alimentação saudável. Achava que não estava a fazer uma alimentação correcta e queria fazer uma alimentação saudável. Só que acho que caí no exagero. (N22)</i>

Através das suas afirmações, fica explícito que o protagonismo da dieta é assumido pelas entrevistadas, assim como as consequências de todo o fenómeno, como mostram as suas palavras:

Quadro 23

Trajectórias estéticas: Narrativas auto-atributivas

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Protagonismo narrativo”, sub-categoria “Narrativa auto-atributiva”
<i>Muitas vezes eu acordava de manhã e o meu aspecto era tão mau, tão mau, que a minha mãe dizia mesmo, era mesmo a minha mãe que dizia: filha, fica em casa. E eu dizia que não: se eu fiz eu agora vou ter que sofrer com as consequências. (...) Foi uma estupidez que eu fiz. É o balanço que eu tiro disto tudo. (N5)</i>
<i>Como uma coisa que lamento, ter passado por isso, ter metido na cabeça querer emagrecer e ter chegado ao ponto que cheguei. (N3)</i>
<i>Olho para trás, se calhar devia ter-me arrependido do que fiz. Mas não me arrependo. (N1)</i>
<i>Acho que hoje penso que foi uma asneira que eu fiz, uma grande asneira mesmo. (N22)</i>

A figura a seguir apresentada localiza e sintetiza na trajetória estética o início do sintoma.

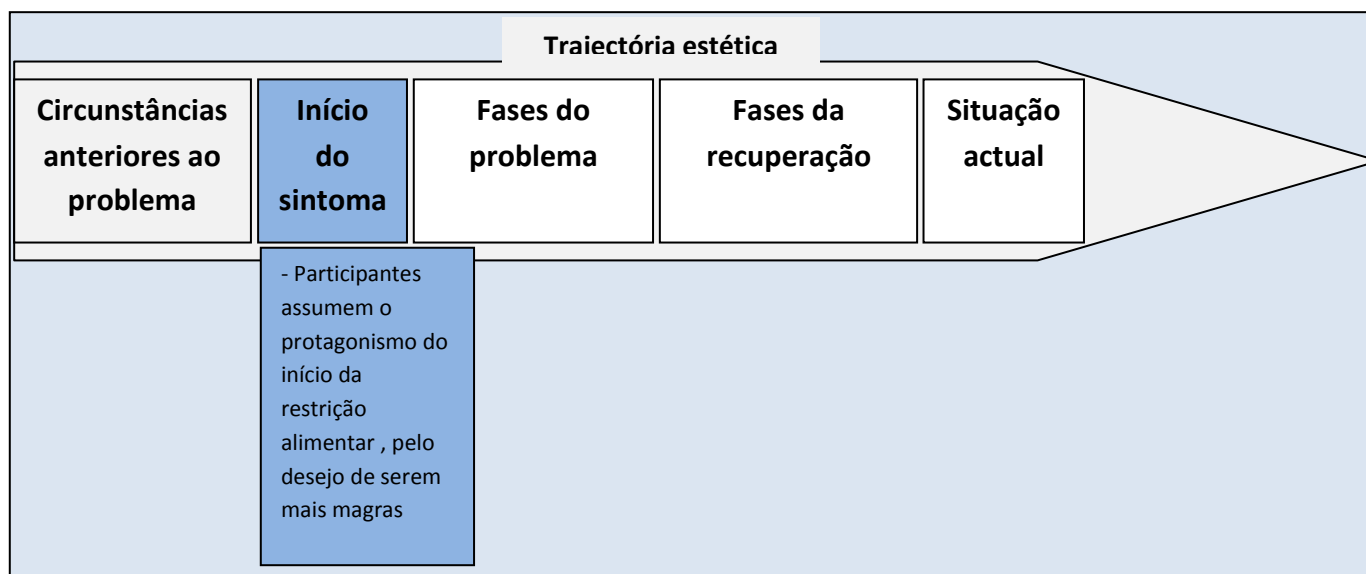


Figura 14. Representação gráfica das trajetórias estéticas: Início do sintoma

2.2.1.2. Fases do problema

Nestas narrativas a formação do problema parece ser muito semelhante entre as 7 trajetórias que constam deste grupo, como o seguinte quadro ilustra:

Quadro 24

Fase I do problema nas trajetórias estéticas: Desejo de emagrecer e Não aceitação do diagnóstico

	Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Fases do problema”, subcategoria “Desejo de ser magra” e “Não aceitação do diagnóstico”
Desejo de emagrecer	<i>Eu achava que estava gorda e deixei de comer. Eu comia, mas não comia tanto como costumava. Comecei a cortar muito à comida. N3</i>
	<i>Porque eu nunca tive nenhuma razão muito forte para fazer. Fiz um bocado porque as pessoas chamavam-me gorda e foi isso a principal causa. Começar a... foi uma decisão emagrecer. na altura eu ainda estava a emagrecer e não via isso como um problema. N5</i>
	<i>A mim...começou um bocadinho “Quero emagrecer! Quero emagrecer!” Iniciou-se assim, eu comecei a fazer dieta, comecei a fazer dieta e...pronto, uma dieta normal, fui ao nutricionista, controlava ao princípio... Depois fui para além disso, tenho a certeza. N12</i>
	<i>Comigo surgiu de uma maneira um bocado... Quer dizer, é esquisita mas acho que é como surge...(risos) Mas, pronto... Comecei...Primeiro, estava no ballet, era no 5º ano, comecei a notar que as minha pernas estavam a ficar mais gordas...Eu sempre fui magrinha, sempre. Em toda a minha vida fui magra...Era até mais magra que as minhas colegas e tudo. Então, estava no ballet e notava que havia pessoas mais gordas que eu e que tinham umas pernas mais magras...”Mas o que é isto? As minhas pernas estão a ficar assim tão gordas?”. Depois, nas férias, comecei a...a ter menos apetite... Mas era mesmo uma coisa que...tinha mesmo menos apetite, não é? E depois emagreci, nas férias... E aquilo foi quase como um impulso, comecei a ficar mais...fiquei mais contente por ter emagrecido, não é? E foi um impulso para começar a ter...esses pensamento. (...) Tinha o desejo de ser magra...(...) Mais magra do que todas as pessoas que via...na rua...na escola...pronto. Era quase como uma competição. N13</i>

	<i>Aí houve intencionalidade, mas não ao ponto de querer emagrecer, sei lá, dez quilos. O quê? Dois ou três quilos, basicamente o que uma pessoa normal diz que quer emagrecer «tenho que emagrecer um quilito.» Aí houve intencionalidade, mas a partir desse momento nunca mais houve. Quando houve intencionalidade eu realmente praticava exercício em casa, tinha bicicleta, tinha máquina de remos e isso fazia em casa, para perder esses quilos que achava que tinha a mais. N10</i>
	<i>a partir desse momento comecei a cortar tudo, começava a dar mais interesse àqueles programas de comprimidos isto, comprimidos aquilo, só que nunca tive a tendência ou melhor nunca tive a coragem de ir comprá-los, nem nunca tive a coragem de meter os dedos à boca para vomitar. Simplesmente, pronto. Aparecia-me a comida no prato e eu “ai já estou cheia”, “já não me apetece mais” e comia a comida aos bocadinhos. Tanto que comecei a emagrecer e olhava para o espelho e “hei, estou mais magra, estou mais magra” “agora é só mais um bocadinho”. N1</i>
	<i>Diziam que eu estava magra, e eu não me achava. Achava pelo contrário, que estava gorda. Não me aceitava. Olhava ao espelho e para mim via uma imagem totalmente diferente da imagem que as outras pessoas viam. N22</i>
Não aceitação do diagnóstico	<i>Porque a mim custou-me muito aceitar que eu era anoréctica. Para mim só estava magra, não estava anoréctica. Se me dissesse que eu estava anoréctica eu dizia-lhe que não. N5</i>
	<i>Não tinha a noção que estava a entrar nesse... sei lá... nesse aspecto... da anorexia e que estava a entrar numa doença... achava que ela estava a exagerar, que depois eu rapidamente eu voltava ao normal, que era só aquele tempo, mas depois aquilo tudo voltava ao normal, como sempre voltou. Há alturas em que temos menos peso, mais, variava, variava de vez em quando, mas eu achava que era uma coisa banal, nunca levasse a essas consequências. (...) Achava que era tudo uma fantochada (risos), que era uma perda de tempo, achava que aquilo não era nada necessário e só estava a fazer aquilo, basicamente, por vontade da minha mãe para, basicamente, a calar, por assim dizer, o termo. Ela dizia «ai, não sei quê» e eu dizia «Eu vou lá só para te calar e não sei quê. Só para te fazer a vontade». Não por mim, porque por mim nunca tinha ido. N10</i>
	<i>A nutricionista já dizia que eu tinha anorexia nervosa. Eu para mim acho que não tinha. Acho que só tinha emagrecido uns quilos e não passava disso. (...) Achava que não valia a pena e que era só uma perda de tempo, que só tinha emagrecido uns quilos. N3</i>
	<i>Eu não acreditava. Achava que devia estar doente, mas não era doente psicologicamente. Que devia estar infectada por um vírus que me estava a fazer isto tudo. N1</i>
	<i>Até que eu cheguei a emagrecer muitos quilos em pouco tempo e o médico de família achou que eu não estava a conseguir ultrapassar e então enviou-me para o hospital. Na altura, eu continuava a achar que não havia razão para tal, que estava tudo bem, achava que era um exagero o que estava a acontecer, o que as pessoas estavam a fazer comigo...N22</i>

A trajetória do problema inicia-se com o desejo de emagrecer e o início intencional de uma dieta, motivado pela percepção de estar gorda ou necessitar de mais cuidados com a alimentação.

Ainda que já nesta fase os outros (particularmente os familiares) demonstrem grandes preocupações com o seu emagrecimento, levando-as a profissionais de saúde, nomeadamente, médicos de família, pediatras, nutricionistas, estas jovens inicialmente não aceitam o rótulo de ‘anorexia nervosa’.

Até que as jovens começam a perceber que estão a perder o controlo da restrição alimentar, ou por perceberem que este desejo é mais forte que elas, ou por acharem que se transformou numa obsessão ou simplesmente porque constatarem que na prática não conseguem ingerir determinados alimentos. É neste momento que se abre uma nova possibilidade: a de aceitarem que algo não está bem e que necessitam de ajuda para mudar. Exemplos destas manifestações podem ler-se no quadro a seguir apresentado.

Quadro 25

Fase II do problema nas trajetórias estéticas: Perda de controle

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Fases do problema”, sub-categoria “Perda de controle”
<i>Eu comecei a perder o controle (...) estava doente. Mas também eu tinha vontade de comer. Eu nunca perdi o apetite. Só que... (...) era mais forte querer emagrecer. N5</i>
<i>Do emagrecimento, muito emagrecimento que sofri e depois da entrada nos médicos. N3</i>
<i>Depois começou-se a tornar uma obsessão. Eu sei que é muito normal mas depois tinha aquela banhazinha no final da barriguinha e eu queria é que essa é que desaparecesse. N1</i>
<i>Fomos a uma ópera no Coliseu em Dezembro, fomos comprar um chocolate no intervalo...eu já magra, mas nada de anoréctica, tinha emagrecido 5kg... E compramos o chocolate e eu ia comer o chocolate, abri o chocolate e...não o consegui comer. E aí...senti ali um bocadinho que “Isto é estranho...”, eu queria comê-lo e não consegui... Queria provar, comer...provar à minha mãe que conseguia comer o chocolate, não consegui e aceitei ir a uma médica. N12</i>
<i>Depois chorava muitas vezes e isso tudo... Depois sentia-me... Sentia que tinha de estar sempre...sempre...trabalhava muito mesmo...e depois afastava-me dos outros amigos...Comecei a ter menos amigos, já não falava tanto com os meus amigos...Os meus amigos também começaram a notar que eu já estava mais isolada...Quase que não conseguia brincar... Quase, porque eu brincava, mas depois estava sempre a pensar nas calorias “Ai, aquilo faz-me mexer mais, vou gastar mais calorias. Tenho de me mexer.”. Eu quase que brincava forçada...e no fundo não brincava nada, não é? Com essas coisas não se brinca nada. Estar sempre a pensar sobre isso, cansa. Era tudo muito pensado, muito meticulosamente... Sempre as calorias daquela comida... “A comida que aquela está a comer, também tenho de comer para ficar mais magra do que ela” e não sei quê... Quer dizer, é tudo muito esquisito. Nas aulas de ballet até havia...quem nos intervalos se mexia mais e não sei quê, para ver “Ah, aquela está a gastar muitas calorias! Também me vou começar a mexer.”. É estúpido, não é? N13</i>

Esta fase de restrição alimentar e severo emagrecimento teve como consequência para algumas participantes (N5/N10/N12/N13/N22) um certo isolamento do mundo extra-familiar, nomeadamente do grupo de pares. Este não foi um impacto presente em todas as narrativas, havendo mesmo referências de determinadas participantes que se enquadraram nesta trajetória estética que nunca se isolaram de ninguém.

Quadro 26

Fase III do problema nas trajetórias estéticas: Isolamento

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Fases do problema”, sub-categoria “Isolamento”
<i>Ao princípio, quando comecei a fazer dieta era um bocadinho desculpas para tudo, porque ir a festas e tudo, comprometia ali...o não poder comer tanto... Eu cortei mesmo, aí foi...eu cortei, não comia.</i>
<i>I – Isso fazia com que se isolasse?</i>
<i>J – Sim, exactamente, fazia. Eu não tinha vontade...se calhar, também por não ter forças...Durante 6 meses mal pus os pés fora de casa, muito agarrada à minha mãe, sempre...só ia ao teatro com a minha mãe, só ia ao cinema com a minha mãe...Inventava desculpas à força toda...Era uma pessoa muito enfiada em casa, as minhas amigas estavam comigo quando me tocavam à porta e lhes abriam a porta, era um bocadinho assim... N12</i>
<i>eu muitas vezes não queria sair de casa e eu dizia: eu não quero sair de casa porque eu tenho a sensação que os meus pais têm vergonha de mim. E eles diziam que não e eu acredito que nunca tiveram. (...)</i>
<i>Agora do género convidavam-me para sair e eu não saía. A única coisa que eu fazia era escola casa, casa escola. E tentava ao máximo de resto não sair de casa, porque eu não me sentia muito bem. N5</i>
<i>e depois afastava-me dos outros amigos...Comecei a ter menos amigos, já não falava tanto com os meus amigos...Os meus amigos também começaram a notar que eu já estava mais isolada...Quase que não conseguia brincar... Quase, porque eu brincava, mas depois estava sempre a pensar nas calorias “Ai, aquilo faz-me mexer mais, vou gastar mais calorias. Tenho</i>

<i>de me mexer.”. Eu quase que brincava forçada...e no fundo não brincava nada, não é? Com essas coisas não se brinca nada. N13</i>
<i>Isolava-me bastante, ah, isolava-me no sentido de não querer falar, por exemplo, ter que ouvir os pais, não é? Então, eu isolava-me para não ter que os ouvir, ou seja, eles falavam e para mim era igual, fechava-me e não queria saber de nada. (pausa) Sei lá, acabava por nem querer sair, ficar por casa, esse tipo de coisas, não queria estar com ninguém para ninguém me chatear, só as conversas eram sempre iguais «Ah, estás muito magra» e não sei quê, então com tudo isso acabava por me isolar, acho que foi um bocado isso. N10</i>
<i>Refugiava-me dos colegas. Até que os colegas começaram a aperceber-se que eu fugia deles à hora de almoço, nas refeições, até que começaram também a falar com os professores, os professores falaram com os colegas e assim, e acharam que alguma coisa se passava e chamaram a minha mãe. N22</i>

Em algumas destas narrativas, a reacção dos familiares ao início do sintoma é de apoio e demonstração explícita de preocupação/sofrimento, sem obter contornos de reacção de oposição vincada. Há portanto alusão nas narrativas a episódios de ressonância emocional na família logo no início do problema.

Quadro 27

Trajectórias estéticas: Reacção familiar ao início do sintoma

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Fases do problema”, sub-categoria “Reacção dos familiares ao início do sintoma”
<i>Quando me pesava e ela às vezes chorava lá, na nutricionista. Pensava que estava a fazer mal às pessoas que me rodeavam. A minha família. Os meus pais, os meus irmãos. N3</i>
<i>O meu pai a partir do momento em que me começa a ver, o meu pai chorou por mim. É uma das vezes que eu vi o meu pai a chorar por mim. (...) até foi nós os 3 a chorarmos. Eu a dizer que não queria nenhuma psicóloga que estava bem, e foi o meu pai e a minha mãe a chorar os dois por mim: oh filha, tu não estás bem, tu não estás bem. Já viste como é que tu tratas a família, como é que andas a tratar a nós. Foi quando eu vi pela primeira vez o meu pai a chorar. N1</i>
<i>Reparei que havia momentos em que eu via o meu irmão a chorar. Para mim, eu acho que ele ficou muito confuso com o que estava a acontecer comigo. Era novo e ele via a maneira como eu estava a ficar, a maneira como os meus pais me tratavam, discutiam e tudo. Vi que ele sofreu muito. Ele já nem falava. N22</i>
<i>In - Quando eu começava a chorar, a minha mãe ia para o meu lado na cama e começava a conversar comigo, não é? I – Ainda se recorda dessas conversas? In – (breve pausa) Sim, também...porque depois havia vezes em que eu...como emagrecemos a pele fica mais solta, fica mais enrugada, então havia vezes em que eu me debruçava e a pele ficava toda enrugada na barriga, mas não era por gordura, era mesmo porque estava demasiado magra. E depois eu começava: “Ah, mas isto...Eu estou...tenho bué de banhas” e não sei quê...; “Não, isso não é, definitivamente...”, porque a minha mãe também já foi anoréctica e também já passou por isso, não é? E depois sempre: “Então, não queres que a mente fique melhor?”, “temos de ser mais felizes...”, “Estares sempre aos berros não é vida!” e isso tudo... N13</i>

Na figura que se segue aparecem sistematizadas as fases do problema enunciadas pelas jovens que descreveram trajectórias estéticas.

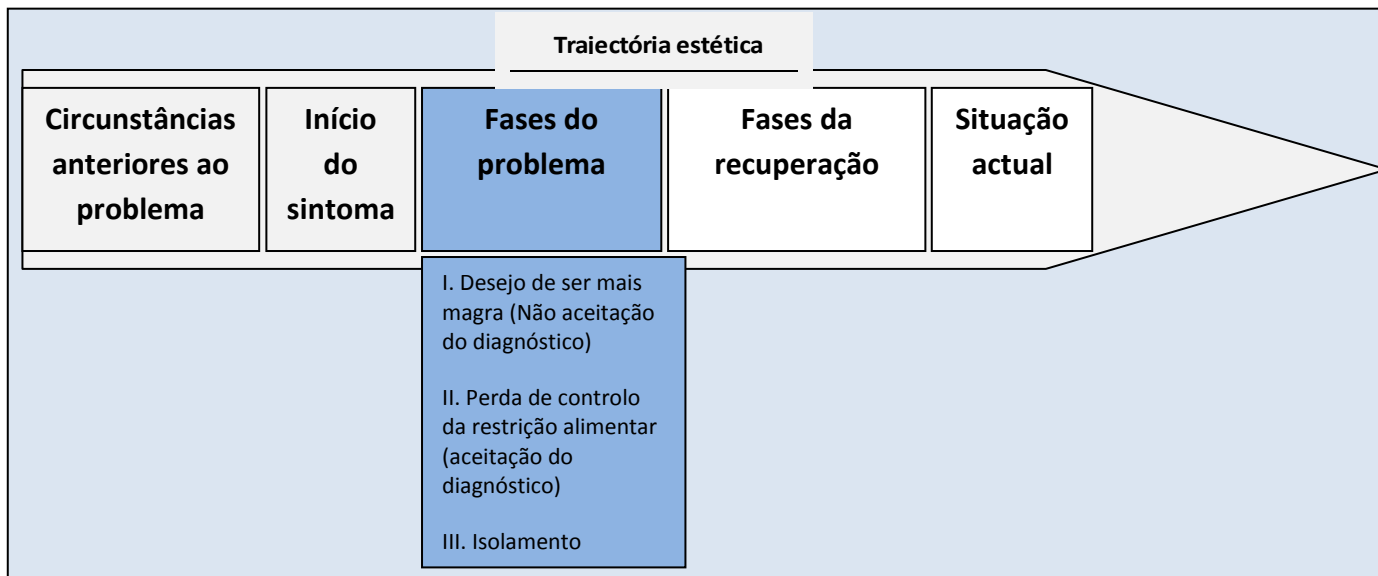


Figura 15. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Fases do problema

2.2.1.3. Fases da recuperação

A trajectória de recuperação começa a desenhar-se com o *admitir do problema* por parte das jovens e o *desejo de mudar*. Esta posição de conformismo face ao diagnóstico emerge pela tomada de consciência de existência de um problema, pela constatação do sofrimento dos outros e pela aceitação da racionalidade dos outros.

Quadro 28

Fase I da recuperação nas trajectórias estéticas: Admitir o problema

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Fases da recuperação”, sub-categoria “Admitir o problema”.
<i>Pensei que não era eu. Que tinha estado fora do meu corpo durante uma eternidade. Que tinha acontecido uma grande mudança. Não sei. Não me reconhecia a mim. Até que depois esperei que a minha mãe chegasse e depois disse-lhe: olha, finalmente admiti que tenho anorexia nervosa. Tinha anorexia, prontos. E então eu disse: Oh mãe estou com anorexia nervosa. E a minha mãe: O quê? Estás com quê? Estou com a tal doença que o Dr. Y me disse. E a minha mãe: estás a admitir. Tens consciência do que estás a fazer? Eu sei mãe. N1</i>
<i>No início, nós achamos que toda a gente está a exagerar, está contra nós, ninguém nos compreende. Mas depois nós começamos a achar que não é verdade e que o que as pessoas dizem faz sentido. Pus-me a pensar que as pessoas estavam a exagerar e estavam a dizer a verdade, por outro lado. Depois comecei a aceitar, comecei a comer. No início nós achamos que toda a gente está a exagerar, está a querer, digamos, fazer-nos mal, ninguém nos percebe. Mas depois nós começamos a perceber que não é verdade e que o que as pessoas dizem tem algum sentido. N3</i>
<i>Na altura aquilo chocou-me e eu pensei realmente há qualquer coisa que não está a bater certo. Principalmente a primeira pessoa que disse que eu estava anoréctica e estava muito perto de ... da morte foi o Dr. Z. E pronto. Foi um choque muito grande e foi então que eu percebi que realmente precisava de ajuda e comecei a chorar e disse à minha mãe: Mãe eu que preciso de ajuda. N5</i>
<i>porque é assim, a partir do momento que eu tomei noção de que realmente aquilo não era bem como eu pensava, não é? Não era uma coisa que passava, como eu achava, assim tão facilmente. Acho que acabei por tomar noção e ter consciência que aquilo era realmente uma doença e precisava de ter força e querer cuidar-me, não é? Por mim própria, porque senão cada vez pior, cada vez pior. E foi quando eu decidi mudar, porque eu não queria continuar assim, as pessoas á minha volta a sofrer e foi então que eu decidi mudar. (...)</i>

<i>Achava que toda a gente acabava por sofrer tanto como eu, então houve também aquele querer de mudança. Porque acabava muitas vezes por a minha mãe chorar e, pronto, o meu irmão também não se sentia muito bem. Porque ele às vezes vinha à minha beira e...eu também acabava por chorar e ele dizia «ai, não chores» e aquilo metia-me pena. Então, acho que foi o querer mudar. N10</i>
<i>compramos o chocolate e eu ia comer o chocolate, abri o chocolate e...não o consegui comer. E aí...senti ali um bocadinho que “Isto é estranho...”, eu queria comê-lo e não consegui... Quería provar, comer...provar à minha mãe que conseguia comer o chocolate, não consegui e aceitei ir a uma médica. N12</i>
<i>Até que um dia acordei, graças às consultas, e fui vendo aos poucos que estava realmente magra e que estava mesmo doente. N22</i>

Após a aceitação do problema, as jovens decidem *seguir o plano alimentar*. Muitas delas aceitam a colaboração de um dos pais para a concretização desta tarefa que servirá simultaneamente de testemunha para o seu esforço e empenho e/ou aceitam a ajuda de um profissional de saúde. Nestas trajetórias o seguimento do plano alimentar processa-se de forma consistentemente progressiva até ao alcance do peso considerado mínimo, sem grandes avanços e recuos, como ilustram os exemplos do quadro a seguir apresentado.

Quadro 29

Fase II da recuperação nas trajetórias estéticas: Seguir o plano alimentar

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Fases da recuperação”, sub-categoria “Seguir o plano alimentar”
<i>como lhe contei há bocado e assim... Ou...ou os meus pais ficarem completamente abalados...E isso tudo, pronto. Então, começava a ver que realmente mais valia...porque é que estava nisto, não é? Devia mas é viver a vida como...como a vida pode ser, porque inventar problemas quando não os tenho, não é? Há pessoas que têm mesmo problemas, não é? Eu estava quase a inventar, entre aspas, problemas para mim própria. Ah, então, lá ia eu, começava a melhorar, a comer mais, já não cortava o pão ao meio, nem deitava o pão ao lixo, nem tentava fazer esquemas para...não sei quê! Mas apesar de tudo, na recuperação ainda me dava para contar as calorias, comia mas ainda estava sempre ali à volta das calorias e não sei quê... N13</i>
<i>A nutricionista fez-me uma dieta alimentar para eu comer e eu fazia tudo tal e qual. N3</i>
<i>A partir daí foi quando eu decidi que queria mudar, que eu não queria mais continuar assim, que as pessoas que estavam à minha volta também estavam a sofrer e então foi a partir daí que eu realmente decidi que ia mudar, pronto. Comecei a tentar mudar e assim e basicamente foi a partir daí que se calhar também as coisas...comecei a interpretar as consultas como algo positivo, a tentar não entrar naquela de contradição, um bocado de me deixar levar pelas coisas.(...) a partir daí comecei a seguir o horário dele: tomava o pequeno-almoço, fazia o lanche a meio da manhã, esse tipo de coisas, o almoço...sentia-me bem, porque acho que era a única maneira de sair do problema. (...) A partir do momento em que eu decidi que queria mudar, a recuperação de peso era um ponto de partida, basicamente. (...) A partir do momento em que eu decidi que queria recuperar, foi sempre a recuperar. Nunca voltei para trás. N10</i>
<i>Fui-me pesando, na altura pesava 39 ou 40kg e ter que... durante as consultas tinha que chegar aos 49kg, que era o peso mínimo para ser saudável... E, pronto, foi essa batalha de chegar aos 49, até ganhar um bocadinho de entusiasmo...durante tanto tempo eu não poder comer e agora eu tinha de comer, por isso depois...não me lembro, foi rápido depois...Eu tive a médica de Dezembro a Junho. Depois acho que ainda fui lá mais umas vezes, mas já tratada... (...) Foi aos pouquinhos, foi aos pouquinhos, sempre saudável, não comia chocolates...nem o plano alimentar põe chocolates, não é? (risos) A médica para uma anoréctica não põe chocolates, mas é aos pouquinhos. Depois na vida social também automaticamente, uma pessoa come, tem bolos à frente...se calhar as primeiras vezes custava-me, mas depois de dez festas...acho que foi aos pouquinhos, isso não sei dizer porque não me lembro, mas... N12</i>
<i>Foi acordado com a minha mãe. Ao início para não ser tão puxado comecei a comer 4 refeições: cereais ao almoço, a meio da manhã já comia um pãozinho, depois almoçava, lançava já não lançava, depois só jantava. Mas depois comecei a lanchar. E depois visto haver festas aqui por estes lados, eu vinha com os meus amigos, chegava a casa uma, duas,</i>

<p><i>tinha de fazer a ceia. A minha mãe estava à minha espera para fazer comigo a ceia. A minha mãe andou durante muito tempo, uns valentes meses, até ver se ganhava confiança em mim, para eu fazer esse regime sozinha. Porque a minha mãe todos os dias a levantar-se às ¼ da manhã, e a levantar-se porque o meu pai precisava de roupa lavada, que ela lhe fizesse o pequeno-almoço. Todos os dias deitar-se às 3, 4 e levantar-se às 7.30, era muito puxado para ela. E eu via que ela estava muito cansada. (...) Até que chegou o momento em que comecei eu a levar o regime. Até punha o despertador para acordar às 8, 7.30 para tomar o pequeno-almoço. Depois às 10 tomava a meio da manhã uma fruta ou umas bolachas de água e sal e almoçava. Depois ao lanche, às vezes: Oh mãe está-me a apetecer assim um bolinho, posso ir comer. Eu perguntava-lhe tudo. E ela vai lá, mas já sabes que não pode ser assim todos os dias, estás a recuperar e isso faz-te mal. Mas é só desta vez. N1</i></p>
<p><i>Eu levava tudo o que a Dra. I. me dizia a peito. Do género eu tinha horas para comer e ficava chateada se as horas ficassem um bocado trocadas. Lembro-me que ... o tempo foi avançado e eu já não me importava com horas, se tivesse que comer às 9 comia às 9, se fosse às 10 era às 10, às 11, não tinha qualquer tipo de problema. Comia muito mais quantidade de comida, não tinha qualquer problema em comer fosse o que fosse, e quando eu digo fosse o que fosse é doces e chocolates, que era uma coisa que eu adorava e de um momento para o outro deixei de comer. N5</i></p>

Nas trajectórias em que o problema teve como consequência o isolamento, a recuperação incluiu uma fase de saída deste isolamento e retoma dos contactos sociais (N5, N10, N12, N13, N22). Em 3 destas 5 trajectórias, a mudança de contexto, nomeadamente, a mudança de escola, a entrada na faculdade, a entrada numa nova turma, após o início do aumento de peso, favoreceu esta tarefa.

Quadro 30

Fase III da recuperação nas trajectórias estéticas: Sair do isolamento

<p>Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Fases da recuperação”, sub-categoria “Sair do isolamento”.</p>
<p><i>J- Tinha mais vontade...</i> <i>I – Tinha mais vontade de sair?</i> <i>J – Tinha. Lembro-me de fazer anos em Abril e fazer um almoço no jardim, tenho fotografias, depois em Maio fazendo a minha melhor amiga, lembro-me de lhe fazer uma festa surpresa, foi aos pouquinhos...estive de Dezembro a Maio, se calhar ali muito enfiada, mas depois a partir daí... (...) Depois, comecei a recuperar...até ao Verão.</i> <i>I – E foi uma recuperação de uns meses?</i> <i>J – Sim, eu não sei... É como lhe digo, se calhar não comia um gelado à vontade ou qualquer coisa, mas sei que nesse Verão já fui de férias com as minhas amigas, sem os meus pais e depois tive um namorado, que foi meu namorado durante quatro anos, em Setembro...Automaticamente também me ajudou ali... e nunca mais tive nada a ver com a doença. N12</i></p>
<p><i>Depois fui começando a aumentar de peso, a comer cada vez mais e mais coisas que eu não comia há imenso tempo e que tinha vontade de comer mas não comia. O estar com pessoas começou um bocado.... como é que eu digo, já não me refugiava tanto em casa, já saía. Já começava a dizer: fiz, agora vais para a rua e vais enfrentar as pessoas, tenhas aquilo que tiveres, tu vais recuperar. (...) desde aí ia sempre às festas da faculdade, íamos todos, os meus colegas estavam ...tinha muitos colegas, muitos amigos, dava-me bem com todos, na praxe e tudo e então nunca mais senti necessidade de me isolar. reservava aquilo que eu sentia relativamente ao meu corpo, aquilo que eu sentia relativamente àquilo eu pensava. E cada vez comecei a sentir mais à vontade e até vontade de o fazer e sentia-me muito melhor. N5</i></p>
<p><i>Comecei a ir para a faculdade, a falar mais com as pessoas. Eu não falava com ninguém. Não ia às praxes, nem nada. Se eu precisava de alguma coisa, eu não tinha ninguém. Ia falar com o funcionário. Então comecei a falar com as pessoas. Hoje em dia as pessoas dizem mesmo que era tipo um bicho, tipo uma pessoa totalmente diferente das outras, que não lidava com ninguém. Até que houve uma altura em que via “eu posso falar com aquelas pessoas”. Fui-me aproximando. N22</i></p>
<p><i>De Maio até ao fim do ano comecei a melhorar e depois nas férias...e depois mudei de escola, fui para a escola X e aí foi quase como...também foi bom, porque foi quase o esquecer...porque era deitar mais uma coisa ao lixo quase...agora uma coisa passada ao lixo. Agora era quase fazer uma nova imagem de mim, não é?</i></p>

I – Então isto já é outro capítulo?

In – Talvez...talvez...

I – Para si...Se tivesse que escrever um livro já punha isto noutra capítulo?

In – Se calhar, porque...é esquisito, porque nós estamos na escola e as pessoas, apesar de tudo, já têm uma imagem de mim, na altura sabiam...eu era isolada, estava sempre a estudar e isso tudo... Agora, mudar de escola era...podia fazer o que quisesse, podia fazer a imagem que quisesse, não é?

I – Estava a dizer-me que entrou para uma nova escola, foi para a escola X, não é?

In – Exactamente. Então, comecei a criar a imagem de que...de que era mais sociável, de que era mais alegre, mas de uma forma natural, não forçada. Quer dizer, não estava sempre agarrada aos livros... Era boa aluna só que não estava sempre agarrada aos livros e isso tudo...Gostava de fazer novos amigos e isso tudo... Pronto, e acho que isso foi importante também, porque foi quase deixar a doença para trás também. N13

Se algumas trajectórias terminam com o seguimento do plano alimentar e outros com o reactivar dos contactos sociais que tinham sido perdidos, 2 das trajectórias incluídas nesta tipologia (N1 e N13) implicam mais uma fase que, em seguida, apresentaremos – a **Fase IV da recuperação: “Sentir-se mais bonita”**. Vejamos o caso da Raquel (N1):

[N1] *Primeiro eu admiti que eu era... Que eu precisava de ajuda e depois foi o facto de estar com rapazes que passou a ser diferente. Eles já me diziam: oh, tu és bonita. Foi eu ser apreciada. N1*

Eu era a R. caracterizada pelos peitos grandes. Porque eu no oitavo e no nono mandava muito peito. Até que no 10º ano, eu tive que comprar um soutien 34, digamos que eu usava um 36 redutor. Fiquei praticamente sem peito. Então, até era daqueles de correr, que eu agora com o peito não posso usar porque me sai por fora. Mas eu vesti o bikini, e o bikini ficava tão bem. E comecei a olhar para as outras pessoas, comecei a olhar para mim e também que os rapazes não olhavam muito para mim. E eu: porque é que não olham muito para mim? Porque eu agora tenho umas pernas na altura tinha uns alicatezitos, umas coisinhas muito fininhas. Aquela cantora AH, eu estava muito parecida com ela, tirando aquele cabelo e a droga. Muito encovacada. Já andava como ela. Eu que tinha um braço bastante grosso, também já não tinha nada. Então achei estranho eles também não olharem para mim. Mas até que depois comecei a recuperar e vi que eles já olhavam para mim. E eu, ui isto não me está a acontecer.

Ao ouvirmos a Raquel apercebemo-nos como a certa altura se começou a sentir bonita, ao aperceber-se que a sua aparência era apreciada pelos outros, nomeadamente pelo sexo oposto.

Nestas trajectórias estéticas, uma das entrevistadas refere ainda mais um capítulo na sua trajectória de recuperação, uma fase em que começa a sentir-se melhor com ela própria enquanto pessoa (**Fase V da recuperação: “Sentir-se melhor como pessoa, e não como corpo**), desenvolvendo um sentido de si positivo, marcado pelo orgulho pessoal de ser como é, independentemente da sua aparência.

Ao escutarmos a Raquel, percebemos que a relação com o namorado lhe proporcionou olhar para si com mais simpatia, valorizando mais os aspectos intrínsecos da sua personalidade do que os aspectos estéticos.

[N1] *Mas foi especialmente eu encontrar uma pessoa que me valorizasse da maneira como eu sou. Foi o acarretar com o meu feitio, as minhas manias, foi primeiro olhar para mim como pessoa e não como corpo. Olhar para mim com simpatia, amizade, assim aquelas pequenas coisas que se calhar uma pessoa se sente mais valorizada do que se disserem assim: és uma gaja toda boa.*

Vejamos agora sistematizadas as fases da recuperação nas trajectórias estéticas, na figura abaixo apresentada:

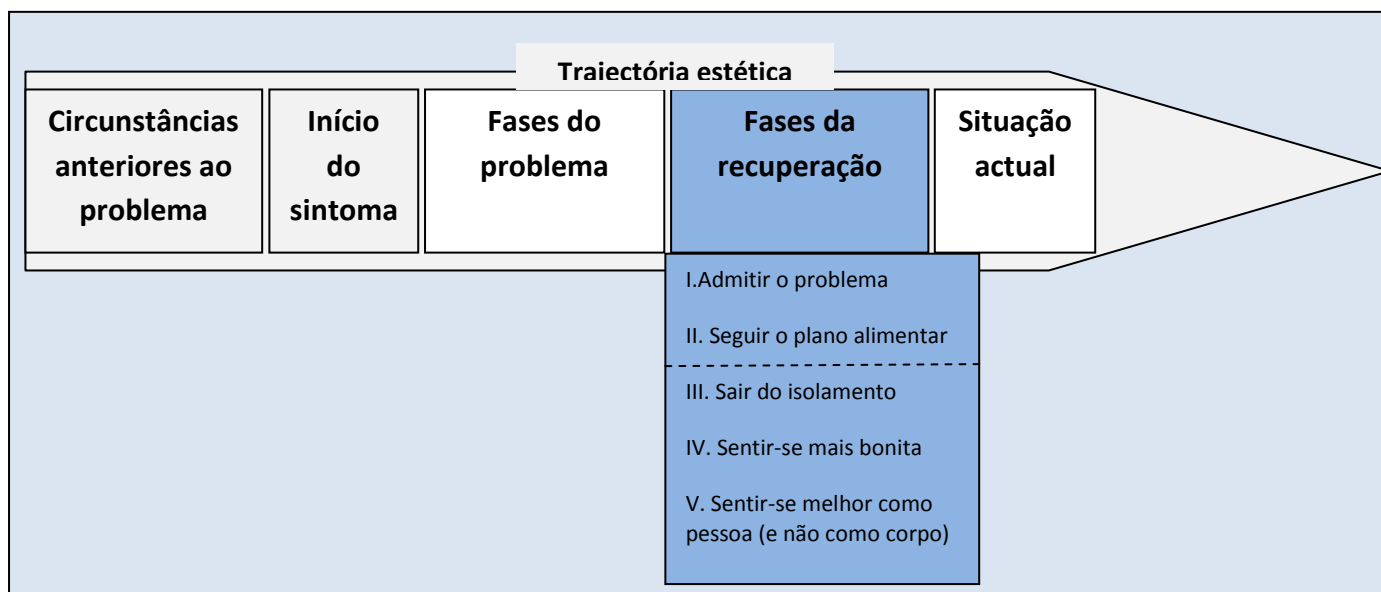


Figura 16. Representação gráfica das trajectórias estéticas: Fases da recuperação

2.2.1.4. Situação actual

A situação actual, conforme é descrita pelas participantes enquadradas nestas trajectórias estéticas, remete sobretudo para a constatação de mudanças ao nível da relação com a alimentação e com o corpo, como se pode ler nos excertos a seguir apresentados.

Quadro 31

Situação actual nas trajectórias estéticas: Mudanças na relação com o corpo/alimentação

Excertos de narrativas estéticas, Categoria “Situação actual”, sub-categoria “Mudanças na relação com o corpo/alimentação”.
<i>Eu ganhei uma coisa muito importante que foi aprender a comer. Eu não comia mal mas comia muito. E agora eu aprendi a equilibrar. (...) Está tudo diferente. O meu corpo está diferente, está melhor. N5</i>
<i>Hoje como o que quero (...), desde que seja suficiente. N3</i>
<i>Eu vejo na televisão aquelas top-models, tão altas e elegantes. Eu não sou alta por isso não posso pensar nisso. (...) Sou baixinha e não tenho vergonha de ser baixa, até se costuma dizer que os homens preferem as pequeninas, como a sardinha. Eu tenho orgulho. Se eles dizem isso, melhor para mim. N1</i>
<i>Agora, é uma coisa que... não tenho problemas nenhuns com comida, não como todos os dias bolos, mas... acho que se não tivesse tido anorexia, não comia como todas as pessoas que estão ao meu lado... Sou mulher e tenho mais cuidado... Mas nem tenho muito cuidado e... tenho uma alimentação saudável, mas... N12</i>
<i>Eu acho que estou bem assim... Acho que... Acho que é muito melhor assim... viver a vida. (riso) Acho que pensar na comida... é quase como... É ser-se quase materialista... Na</i>

<p><i>altura, não era materialista, porque era uma coisa que...mas, pensando agora, nós pensamos que é um bocado material, porque há tantas coisas para pensar, viver a vida só a pensar na comida...Que vida tão esquisita, não é? É mesmo... (...)</i></p> <p><i>I—Então, agora como é que é o capítulo actual?</i></p> <p><i>J— Bonita...(risos) N13</i></p>
<p><i>Vejo que recuperei muito (...), é assim (...), vi que a maneira como pensava, como lidava com a situação, com o meu corpo, acho que não tinha nada a ver. N22</i></p>

Como estes excertos ilustram, não só estas jovens relatam mudanças ao nível da relação com a alimentação, comendo moderadamente, de forma saudável, e não pensano apenas em comida como também relatam mudanças ao nível da relação com o corpo. Duas das entrevistadas (N1 e N13) parecem revelar um orgulho na forma como olham no momento actual para a sua aparência, sentindo-se bonitas e atraentes.

Os relatos destas participantes evidenciam uma regressão sintomática ao nível da perturbação do comportamento alimentar, descrevendo-se no estado actual conforme eram antes do diagnóstico da Anorexia Nervosa, como a participante N12 explica:

[N12] Acho que a J. que até aos 14 era uma pessoa hiperactiva, bem-disposta...Se calhar, dos 14 aos 16 deixou de ser, e dos 16 aos... sou a mesma pessoa que era, sempre fui assim a mais palhaça e a dizer piadas e...e voltei a ser, não acho que tenha ali perdido alguma coisa na doença, para além disso.

Uma das narrativas contempla ainda uma forma actual diferente de olhar para si e para os outros, valorizando menos a aparência e mais aspectos mais intrínsecos da pessoa.

[N1] Foi o acarretar com o meu feitio, as minhas manias, foi primeiro olhar para mim como pessoa e não como corpo. Olhar para mim com simpatia, amizade, assim aquelas pequenas coisas que se calhar uma pessoa se sente mais valorizada do que se disserem assim: és uma gaja toda boa.

Em suma, a descrição da situação actual nestas narrativas está predominantemente focalizada na regressão sintomática (ao nível da relação com a alimentação e com o corpo). A recuperação de outras características, nomeadamente a capacidade de se relacionarem com os outros, surge não como novas aquisições mas como aspectos recuperados do passado. O estado actual é descrito enquanto estado bastante semelhante ao anterior à mudança, o que nos leva a apelidar estas trajectórias de “Trajectórias de recuperação” por distinção às trajectórias de transformação que seguidamente iremos descrever.

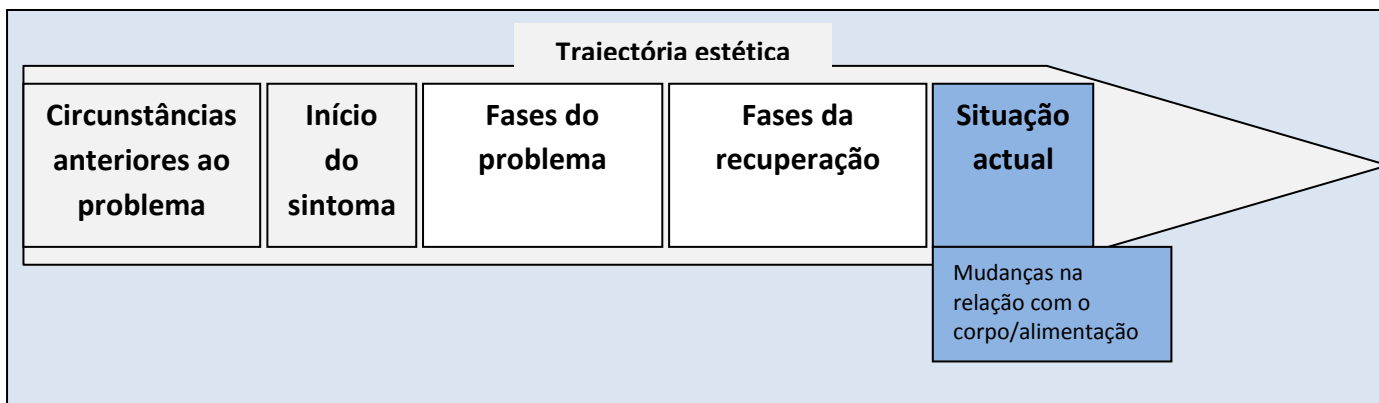


Figura 17. Representação gráfica das trajetórias estéticas: Situação actual

Para já, ilustraremos estas trajetórias de recuperação através do seguinte quadro-resumo e terminaremos com o quadro-síntese dos resultados relativos a este capítulo.

Quadro 32

Quadro resumo das “Traiectórias estéticas”

“Traiectórias de recuperação”						
NSuj	Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema *	Início do problema	Traiectória do problema	Traiectória da recuperação	Situação actual	
N3	Ausência do irmão e sofrimento da mãe	Percepção de estar gorda: Desejo de emagrecer	Fase 1: Desejar ser mais magra e intencionalmente iniciar uma dieta (Todas) Fase 2: Perder o controlo na restrição alimentar (Todas) Fase 3: Isolamento (N12/N13/N10/N22) Fase 4: Sentir-se mais bonita (N13/N1) Fase 5: Sentir-se melhor como pessoa (e não como corpo) (N1)	Fase 1: Admitir o problema (Todas) Fase 2: Seguir o plano alimentar (Todas) Fase 3: Sair do isolamento (N12/N13/N10/N22)	- Não tenho problemas com a alimentação/ corpo	
N5	---	Reacção a críticas: Desejo de emagrecer				- Sou a mesma pessoa que era antes da AN
N12	Mudança de contexto: Desistência de um desporto de alta competição	Aumento de peso após apendicite: Desejo de emagrecer				
N22	---	Desejo de emagrecer				
N10	---	Percepção de má alimentação: Desejo de emagrecer			- Ligo mais ao aspecto interior das pessoas (N1)	
N13	Doença da mãe	Comparação da imagem corporal com os pares: Desejo de emagrecer				
N1	Mudança de contexto: mudança de cidade, escola) Doença da mãe	Reacção a crítica relativa ao peso: Desejo de emagrecer				

* Não são estabelecidas conexões entre estas circunstâncias pessoais e familiares e o início do sintoma

Quadro 33

Trajectórias estéticas: Quadro-síntese dos resultados

Quadro-síntese dos resultados:
1. As narrativas que se enquadram nas trajectórias estéticas referem poucas ou nenhuma circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao início do problema e quando as referem não estabelecem conexões entre estas e o início do problema.
2. As participantes assumem a intencionalidade e responsabilidade pelo início do sintoma. A definição do que lhes aconteceu remete para algo relacionado com a imagem corporal/peso.
3. O problema inicia-se com o desejo de ser mais magra. Segue-se uma fase em que a restrição alimentar sai fora do controlo das ex-pacientes até a um ponto de viragem em que as jovens concluem que estão doentes e/ou necessitam de ajuda.
4. A recuperação afigura-se como um processo linear e curto. Após admitirem o problema, as jovens decidem seguir o plano alimentar, algumas aceitam a ajuda dos pais para tal.
5. A recuperação é descrita como um processo de aceitação do corpo e de um peso saudável e estas narrativas descrevem a situação actual como um estado livre de sintomas relacionados com dificuldades ao nível da alimentação/imagem corporal (Recuperação = Regressão sintomática).

2.2.2. Trajectórias Relacionais

Matilde é uma jovem de 27 anos. Tudo começou na sua adolescência, com 15/16 anos, muito antes de começar a restrição alimentar (aos 20 anos). Ao falar com a Matilde defrontei-me com uma história longa e complexa, de avanços e recuos, provavelmente inacabada, mas com várias vitórias relatadas e outras previstas para travar, que agora escrevo para com ela partilhar o que ouvi¹⁹.

Ouçote e comovo-me com a tua luta inglória que iniciaste e que parecia difícil de terminar. Falaste-me de ti como uma jovem que se via como *“muito criticada”* e, talvez por isso, nunca ficavas *“satisfeita com pouquinho”*, tinhas *“que atingir mesmo assim um mito”*, algo que dificilmente atingias, o que te fazia *“pensar que não eras boa”*, pelo menos o suficiente. Pelos teus olhos, vi a tua família e consegui perceber algumas dificuldades que tinhas na relação com os teus pais, nomeadamente o facto de não aprovarem o teu primeiro namorado, *“porque era um jogador de futebol”*, a dificuldade que tinhas em decifrar os sentimentos/afectos do teu pai, algo que revelas que *“custa muito porque não dá, não transmite qualquer tipo de carinho, não transmite assim nenhuma forma de que está feliz”*, a injustiça que sentias ao veres a tua mãe, numa fase difícil, com a doença da tua avó, sobrecarregada com tarefas domésticas, agravadas pelo facto do teu pai convidar os seus amigos para vossa casa, fazendo-te sussurar baixinho: *“oh pai por favor não convides, a minha avó está doente também, a minha mãe super cansada, ‘não os convides’”*, algo em vão já que *“eles vinham todos”* na mesma. Talvez nesta idade fosse difícil perceberes que eram coisas deles, coisas nas relações entre os adultos que às vezes parecem estranhas para quem está de fora da díade. E por falar em fase difícil, também ouvi atentamente como estavas preocupada com a tua mãe, temendo que algo lhe acontecesse: *“Então a minha mãe com essa doença da minha avó, começou a ficar mais doente, foi-se abaixo, a certa altura estava a ver que a minha mãe ia primeiro e que a minha avó ia depois”*. Parece que é neste clima que tu te começaste a sentir incompreendida e com dificuldades em manter o diálogo com os teus pais, sobretudo com a tua mãe, a pessoa sempre próxima, já que relativamente ao teu pai já sabias que era *“muito distraído em relação à família”*. E é nestas circunstâncias, após um período de depressão e isolamento que, um certo dia, fruto do acaso, decidiste não jantar e eis que algo sucede: a denominada por ti *“chamada de atenção”*. Começaste *“assim na brincadeira. ‘Ai, hoje a minha mãe fez a comida. Não vou comer nada, não vou jantar.’”* A partir daqui tinhas encontrado *“um trunfo”* para te impores, para te fazeres notar, para comunicares. Aí nem estavas anoréctica, simplesmente pensavas em impor a tua posição: *“Já que não me ouvem, já que estou aqui sozinha e não se preocupam com aquilo que eu digo, não querem*

¹⁹ Esta partilha será sob a forma de carta terapêutica, conforme proposto por White e Epsom (1993), no sentido de proporcionar ao leitor a co-construção entre investigador e participante acerca das vivências por esta relatadas e reexperienciadas em entrevista.

saber, que era isso que eu sentia, eu ao menos vou impor aí a minha posição.” Se inicialmente parecias ter controlo sobre este comportamento de imposição através da restrição alimentar, a certa altura a restrição alimentar passa a dominar-te, uma vez que *“aquilo que nós controlávamos bem, de um momento para outro toma controlo sobre nós”*, quando a doença se apodera de ti, desligando o interruptor do teu protagonismo. Segue-se uma fase de depressão, em que te sentias muito em baixo, e já não eras capaz de cumprir com os teus objectivos. O mundo parecia estar a desmoronar-se, o que aumentava a tua revolta interior, e *“como não podias bater nos outros, como não tinhas controlo na outra situação”*, batias-te a ti. Afinal de contas aquilo que anteriormente parecia solucionar a tua *“arrelia interior”*, já não cumpria mais a função... A tua recuperação iniciou-se após alguns episódios significativos que não tiveram logo efeitos imediatos. A demonstração de amor por parte do teu irmão é algo que ainda hoje te comove quando evocas este episódio. O teu processo de recuperação foi longo e complexo. Após veres a tua tartaruga morrer por não conseguir ingerir comida, sentiste vontade de mudar, não querias que fosse esse o teu destino. De um momento para o outro começaste a comer descontroladamente. Apesar de induzires o vómito, o aumento de peso começou a suceder, o que te fez melhorar, mas *“não de uma forma saudável”*. Com mais nutrientes alimentares e afectivos, já que a tua mãe e o teu irmão te ajudaram a voltar a estudar, conseguiste terminar o teu curso e entrar no mercado de trabalho, apesar dos altos e baixos alimentares. Foi esta reentrada que te permitiu arriscar novos desafios, nos quais foste bem sucedida. Quando te propuseram para dares aulas, a ti que não conseguias falar sequer com uma pessoa estranha, disseste para ti mesma: *“vais aceitar, não vais ficar parada, vais aceitar e vais para a luta. Custa, mas...”* E a partir daqui começaste a viver a tua adolescência, já que antes tu não saías, não te vias a *“a dizer disparates, a falar com as colegas e assim”*. Hoje em dia falas de ti a partir das tuas conquistas. Já tentas cuidar mais da tua imagem, és capaz de sair do teu canto e falar com os outros ou mesmo impor-te aos outros sem receios, com mais confiança, sem estar tão dependente dos eventuais julgamentos externos acerca de ti, já que agora em vez de veres a tua *“triste figura”*, *“queres lá saber”*. No meio destas transformações estás consciente que ainda tens algumas batalhas por travar, mas já sabes que estratégias usar, já assumes plenamente o teu protagonismo, não ficando, como tu dizes, *“à espera que no dia cinzento nasça o sol.”*

A seguir e de modo análogo ao processo de análise seguido para as trajectórias estéticas, analisaremos as diferentes narrativas situadas no pólo relacional, relativamente às seguintes dimensões: circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema; início do sintoma; fases do problema; fases da recuperação; e situação actual.

2.2.2.1. Circunstâncias pessoais e familiares

Nas trajetórias que se encontram no eixo relacional e que são marcadamente mais longas que as anteriores, tendo o processo de recuperação uma duração superior a 3 anos, chegando a atingir os 15 anos de duração, são inúmeras e variadas as circunstâncias pessoais e familiares referidas como antecedendo o início da restrição alimentar, conforme ficou ilustrado na descrição da narrativa da Matilde. Estas circunstâncias são significadas nas narrativas como factores predisponentes ou precipitantes da Anorexia Nervosa. Como factores precipitantes destacam-se circunstâncias relacionadas com a morte/doença ou ausência de um familiar com implicações para os outros familiares, parecendo aumentar a vulnerabilidade da jovem pelo facto dos seus familiares estarem também em situação de vulnerabilidade, como conseguimos perceber pelas palavras da Matilde. Outras jovens referem igualmente perdas de pessoas significativas, por ausência ou morte, como ilustra o seguinte quadro:

Quadro 34

Circunstâncias pessoais e familiares: Perda/ausência de significativo

<i>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Perda/Ausência de alguém significativo”</i>
<i>Os meus pais foram para... foram de férias para A. ... E eu fiquei cá com os meus irmãos, em casa... E eles às vezes dizem “Ah, ó T. sim, mas nós perguntávamos-te se tu ficavas em casa ou não e tu disseste que sim...”. Eu depois disse “Eu sei que eu disse, mas não sabia que me iria custar tanto...” N16</i>
<i>Foi numa altura em que morreu a minha avó, e tudo começou. N6</i>
<i>O avô materno, isso já foi muito...são pessoas muito...esse a perda foi em 2003, mas era uma figura muito importante, em quem eu me apoiei também muito ao longo da minha vida, mas estas três perdas principais foram suficiente para me ir desequilibrando, porque eu tenho ideia de que desde os meus 10 anos que era frequente eu chorar antes de ir para a cama, antes de adormecer, portanto acho que já ali havia alguma debilidade minha... N18</i>
<i>A minha amiga de infância que sempre tinha estado comigo naquela escola, nesse ano, por azar mudou-se para B. e eu fiquei sozinha, isto é sem aquela amiga que está sempre connosco. Com 12 anos. Portanto, eu entrei...comecei a dieta aos 11, depois foi o Verão, depois aos 12 entrei no 7º ano e a minha amiga entretanto saiu a meio do sétimo, no meio do primeiro trimestre. Era a amiga com quem eu estava sempre, desde os 5 anos. Foi para Braga. E de repente dava-me bem com as outras pessoas mas não me dava... tão próxima. E comecei-me a isolar, porque também foi aí na altura de Novembro, Dezembro que eu comecei a deprimir e isolava-me. Na hora de almoço ia sozinha para um canto, às vezes levava livros para ler, as conversas que tinha com as outras pessoas eram puramente circunstanciais. E pronto. Eu nem sentia muito falta de estar com pessoas. Não sei porquê. N8</i>
<i>E depois apercebi-me, no 6º ano, que eu tinha aquelas três amigas, que nós andamos sempre juntas, mas mesmo de turma, andamos sempre juntas, até ao 6º ano, porque depois duas de nós íamos para um liceu no 7º ano e as outras duas foram para outro liceu... Então foi ali o primeiro choque quando a gente se apercebeu que havia a possibilidade da gente não conseguir seguir tão juntas...N18</i>

Outras mostram-nos um clima de oposição existente entre elas e os pais em relação a determinadas escolhas/desejos ou movimentos no sentido da sua autonomia anterior ao aparecimento do sintoma não concretizados.

Quadro 35

Circunstâncias pessoais e familiares: Oposição familiar a escolhas e desejos individuais

<p>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Oposição familiar a escolhas e desejos individuais”</p>
<p>Mas o meu pai se tivesse entrado em X (Curso x) estava tudo bem. I. Isso servia, era isso? N. Era um bocado...pronto, o meu pai achava sempre que eu nunca iria seguir mesmo [referindo-se ao curso de ballet] ... e ainda acha, às vezes ainda acha que eu um dia vou acabar o curso ou qualquer coisa e eu...pimba. N15</p>
<p>Gostava de teatro, gostava de cozinhar. Mas eu nem se quer sabia que havia um curso de cozinha. Não sabia, não me tinha informado. Depois vi que havia os profissionais, mas isso. Pronto. Não era suficiente para os meus pais e isso. Então pronto fui para o superior. Mas estudei como se fosse para Medicina, que era para eles não me chatearem. E então fui a primeira colocada na escola, mas fui para um curso que eu queria. Pus em segundo lugar Medicina, mas primeiro eu já sabia que entrava, podia pôr à vontade, porque eu cortava os pulsos se fosse para Medicina. Para Medicina? Nunca na vida. N7</p>
<p>Por exemplo, com amigos na altura, a minha mãe não gostava que eu trouxesse amigos cá em casa e não gostava que eu fosse a casa das minhas amigas. N4</p>
<p>E também acho que sempre foram um pouco relacionadas com o meu contexto familiar. Estas coisas aconteciam porque eu contava à minha mãe, e a minha mãe proibia-me de namorar e acho que se ela não tivesse valorizado aquilo e me tivesse deixado que se calhar eu tinha vivido as coisas e as coisas tinham tido outro rumo. Não a quero culpar. Percebes? Mas o facto de ela proibir e que eu não tinha idade para namorar, oh pá, é natural as miúdas com 15 anos darem uns beijinhos e assim, então a coisa tomou uns contornos assim muito dramáticos, muito dramáticos, pouco construtivos. Sei lá, tipo eu quando perdi a virgindade a minha mãe soube e foi um caos, e foi um...sabes? Foi assim... e ela levou-me à psiquiatra, e não sei o quê. Foi com um namoradinho que eu tinha e que eles não queriam que eu namorasse com ele, porque era nova ou porque... oh, pá! Estás a perceber? Foi tudo muito mau e a partir daí as minhas relações foram sempre muito complicadas. Eu sempre quis ter, achava e gostava de ter, porque as outras meninas tinham, sei lá. N23</p>
<p>depois eu sempre pratiquei natação. Desde os 8 anos. Porque o meu pai tinha a ideia que ia ser atleta. Também por zanga eu disse: Eu nunca vou ser atleta. Até podem ir lá ver-me a nadar mas quando forem lá ver-me eu faço os piores tempos. E porque eu queria ir para o ténis. Aos 15 anos queria ir para o ténis. Mas o meu pai disse que não, que era só natação, porque natação é que era completo. Ele via-me, lá está, N. acho que veio de uma nadadora, por acaso descobriram, mas o meu pai acho que via a natação como um desporto muito completo que os filhos deviam praticar (...) E depois há... isto foi aos 15/16 anos, foi o primeiro namoro. E via-me criticada pelos meus pais. Porque era um jogador de futebol. Então eu passava a ser aquelas meninas que ... tinham aquele estereótipo pronto. Eu não fazia isso. E via-me como sendo diferente. Era, acaba por ser. Mas o meu pai sempre adorou os jogadores, ainda para mais sendo do Porto, porque eu vivia mesmo ao perto do estádio, eu ia passear os meus cães, e o meu pai não via o passeio dos cães, como ele não gosta da parte de namoro com a filha com um jogador, ele gosta do futebol e está ligado ao futebol, assim ter a ideia da filha com um jogador era negra. E sempre foi o abolir da relação. N2</p>

Algumas narrativas desenham um quadro de imprevisibilidade e insegurança na vida familiar devido a mudanças como a perda de emprego, a iminente falência de negócios familiares, a instabilidade psicológica de um dos pais.

Quadro 36

Circunstâncias pessoais e familiares: Imprevisibilidade e insegurança na vida familiar

<p>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Imprevisibilidade e insegurança na vida familiar”</p>
<p>Sei lá, acho que quando alguém tem 13/14 anos tem aquela noção de apoio e suporte dos pais. E eu naquela altura tinha medo que o meu pai fosse preso, sentia que andava meia fugida, houve uma altura que mudamos de casa mas mantivemos a direcção, por causa dos tribunais.</p>

<p><i>A minha mãe ia ao tribunal. Era assim muito fora do contexto. N6</i></p> <p><i>Até à adolescência sim, até à adolescência sim...apesar de eu sofrer muito com toda a instabilidade, todos os dias eu sei que ele [referindo-se ao pai] era um barril de pólvora e eu sabia que era, eu vivia, sempre vivi no meio da imprevisibilidade, nada era, eu sabia que, mesmo quando ele falava, por exemplo, um exemplo muito, muito simples (riso leve), prontos por exemplo férias ou vamos ali ou vamos acolá, eu sabia que tinha que ser cautelosa, ficava assim contente, mas sabia que tinha que ser cautelosa, porque as coisas mudavam de um segundo para o outro e, e de um modo muito tempestivo... N18</i></p>
--

Uma das entrevistadas fala explicitamente da constatação de determinadas injustiças familiares:

[N2] *Eu dizia: oh pai por favor não convides, a minha avó estava doente também, a minha mãe super cansada, 'não os convides' e eles vinham todos para minha casa.*

Enquanto factores predisponentes, as jovens mostram-nos que foram crescendo com a ideia que eram ou poderiam vir a ser criticadas, acabando por ter pouca auto-confiança e auto-estima.

Quadro 37

Circunstâncias pessoais e familiares: Presença de crítica

<p>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Presença de crítica”</p> <p><i>Eu achava que era muito criticada e via-me como sendo muito criticada. N2</i></p> <p><i>E eu acabava por não valorizar muito. Depois não tinha aquela auto-confiança, não me achava gira, e não achava que tivesse um corpo fantástico. E isso sempre me retraiu. N6</i></p>
--

Muitas das narrativas evidenciam como ao longo da vida, desde crianças, estas jovens perseguiram a perfeição, ou como forma de evitarem a crítica e garantirem o amor de outros, ou como forma atingirem expectativas altas que alimentaram ou foram alimentadas em si.

Quadro 38

Circunstâncias pessoais e familiares: Desejo de ser perfeita

<p>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Desejo de ser perfeita”</p> <p><i>Eu acho que, pronto...eu tinha factores de personalidade, eu sempre fui uma criança muito, muito perfeccionista, tudo tinha que estar direitinho, tudo tinha que estar perfeito e tinha uma baixa tolerância à frustração, quando isso não acontecia eu chorava e ficava muito nervosa e chorava, tinha que estar tudo perfeito. Portanto eu sempre fui, e depois a nível pessoal eu fui desenvolvendo isso, eu tinha que ser a filha perfeita, a aluna perfeita, que sempre fui muito boa aluna, a amiga perfeita, eu tinha que ser, e era muito, eu sei agora olhando para trás, eu era uma criança muito querida, muito dócil, mas muitas vezes até fazia coisas contrariada, mas eu sei que tinha que agradar as pessoas, eu ouvi isso que tinha que agradar às pessoas e pronto acho que desenvolvi isso em todas as áreas da minha vida, tudo tinha que ser perfeito, tudo tinha que ser tudo direitinho e era muito exigente comigo. E relativamente ao corpo também, prontos, e sempre foi uma área em que eu não consegui controlar, eu não conseguia ter o corpo perfeito, porque a gente não pode mudar o nosso corpo, até um certo ponto podemos, mas... N18</i></p> <p><i>Tinha que atingir um pouco a perfeição. Eu nunca ficava satisfeita com pouquinho. Eu tinha que atingir mesmo assim um mito. As notas nunca tive, sempre fui uma aluna mediana para o bom, mas não era por aí. Uma coisa que noto quando estou mais nervosa, ou deixo as coisas completamente arrumadas mas aquilo quase que se tem de pedir licença aos objectos para se</i></p>
--

passar ou sou daquelas que limpar e ver um bocadinho, só uma coisinha normal, irrita-me. Tenho que ter tudo limpo, tudo a brilhar, tudo arrumado, se vejo uma coisa fora do sítio fico com os cabelos em pé, se acho que uma roupa tem um odor não característico fico... mas fico mesmo nervosa. E sinto-me. E é um pouco por aí. N2

Acho que durante muito tempo eu tive um desejo muito grande de agradar as pessoas. Mesmo às pessoas que não gostavam de mim. Sabes? Querer ser aceite, querer que as pessoas gostem de ti, te valorizem. As pessoas, não sei. N23

Algumas narrativas também mostram o assumir de grandes responsabilidades desde cedo (crescer depressa demais, parentificação) e a constante definição de expectativas e perseguição de objectivos definidos pela própria.

Quadro 39

Circunstâncias pessoais e familiares: Responsabilidades, expectativas e objectivos elevados

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Responsabilidades, expectativas e objectivos elevados”

Mas na altura comigo eu achava... ou era eu que achava que era muito exige... porque eu era... ora bem... eu queria ser a filha exemplar. Porque os meus pais trabalhavam, eu cuidava do meu irmão, eu andava na escola, eu fazia desporto, eu tinha tempo para tudo e eu em tudo queria ser boa. E aí está eu era demasiado exigente comigo. Nesse aspecto, aí está, acho que a minha mãe não é tão exigente como eu, mas é muito perfeccionista. (...) eu fiquei doente com 15/16. Foi desde que o meu irmão nasceu. O meu irmão nasceu, eu tinha 12 anos. Eu era tipo a segunda mãe dele. A minha mãe trabalhava, e eu chegava da escola. E ainda hoje, se ele fica doente ou qualquer coisa, eu fico doente. Eu sofro muito com o meu irmão. E também foi uma das coisas que eu cresci muito depressa. Eu lembro-me com 14 anos eu vinha da escola, ia buscá-lo à pré, trazia-o para casa, eu dava-lhe banho, dava-lhe a sopa, a minha mãe já trabalhava por turnos, era tipo mãe dele. E acho que também foi por aí que me fui isolando. N4

E depois a minha mãe sempre desabafou muito comigo, ou seja, eu...eu acho que cresci um bocado...muito depressa. N18

Eu sempre tive objectivos na vida. Desde pequenina, eu lembro-me de ser criança, ter 6,7,8 anos e não vivia na casa que eu gostava, não gostava da relação que os meus pais tinham, e eu não gostava de tanta coisa, e eu sempre achei que eu queria determinada coisa e eu tinha de lutar por isso, e eu podia ter muitos problemas mas eu burra não era, por isso eu ia conseguir tudo aquilo que eu queria. (...) A minha infância não foi fácil e eu acho que tive de crescer rápido demais. E eu desde pequena que comecei a ter objectivos muito vincados. E a delinea-los com muita exactidão. Na escola eu não queria falhar, eu não podia falhar em coisa nenhuma. (...) Na minha família eu fui a primeira pessoa a entrar na faculdade, e eu dizia que queria ser médica, e ninguém me ligava nenhuma, toda a gente me dizia: pronto, está bem. Que era como os miúdos dizem: quero ser astronauta, quero ser médica. Mas eu não. Eu sempre tive aquele objectivo mas não tinha aquele objectivo como as outras crianças, que dizem ou porque vêem um filme ou porque vêem... eu queria porque aquilo atribuía determinado estatuto, e porque eu queria segurança e porque eu no meu futuro não queria passar por aquilo que os meus pais estavam a passar. E centrei-me de tal forma nesse objectivo que eu não queria saber se os meus colegas da turma não falavam comigo, porque eu tinha melhores notas. Porque eu tinha um objectivo e eu ia tirar boas notas e ia conseguir atingir aquele objectivo que era o que eu queria. E não era por A, B ou C deixarem de falar comigo que isso me ia influenciar. (...) Nunca senti apesar de exigir a mim própria, porque tinha determinados objectivos. Por parte dos familiares, não. Os meus pais teriam ficado contentes quer eu tivesse vindo para este curso quer eu tivesse vindo trabalhar para uma loja, ou fazer outra coisa qualquer. Até porque o meu irmão tem o 9º ano que acabou há pouco tempo. N6

Foi um mês que eles estiveram fora...longe...e em que eu tinha 14 anos, já tinha feito os 14 anos, hum...foi...o ficar em casa, tomar conta da casa, tomar conta dos meus irmãos, depois era altura das escolas e depois era uma fase que eu também...

I – Tinha apenas 14 anos?

B – Sim. Também era uma fase em que eu estava na adolescência e que também já estávamos a criar as nossas coisas... foi uma fase também que eu na escola...

I – Tinha os seus irmãos...eram os dois mais novinhos?

B – Pois... Um tinha 12 e o outro ainda não tinha feito os 9 aninhos... N16

Eu habituei-me a ser uma... a tentar agradar, porque comecei... sentia-me bem se as pessoas ficavam contentes com o que eu fazia (...) primeiro aos meus pais, depois aos meus amigos. Pronto, corresponder às expectativas. (...) corresponder às expectativas dos professores, amigos e ... isso era uma pressão enorme. E à medida que a pessoa cresce são cada vez mais as expectativas que se depositam sobre nós. N8

Algumas narrativas revelam ainda dificuldades interpessoais das jovens, particularmente no que diz respeito à relação com os pais.

Quadro 40

Circunstâncias pessoais e familiares: Dificuldades interpessoais com os pais

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Dificuldades interpessoais com os pais”
<i>até chegarem ao ponto mesmo de...de...que foi exactamente nesse espaço em que os meus pais foram de férias...hum...de se chatearem comigo e houve uma miúda que, lembra-me, veio ter comigo “Eu quero é que tu morras. Tu desaparece.” E não sei quê... “Tu não és ninguém”. E isso a mim fez-me confusão, porque eu lembra-me de estar a conversar com a minha melhor amiga da altura e eu não percebia porque é que ela estava a ter esse tipo de atitudes. N16</i>
<i>Acabava por não ter aquela relação de amizade. Acho que até ali nunca tive amigos, amigos a sério, aqueles amigos mesmo. E a partir dali comecei a ter. E acho que foi um bocadinho o reforço e eu comecei a atribuir uma coisa à outra. N6</i>
<i>Mesmo a amiga que ficou comigo aqui no liceu começou a ter, a criar outros amigos e eu isso já não consegui e não me consegui identificar com os amigos novos que ela arranjou e comecei a andar sozinha, só no 8º ano é que eu me consegui adaptar mesmo, porque comecei a criar ali um grupo de amigos...e, portanto... N18</i>
<i>O meu pai acho que disse que concordava que me via muito mais capaz, mas que eu tinha ainda de me desenvolver muito no aspecto social, qualquer coisa assim que ele disse. Eu acho que me marcou porque ele apontou-me a coisa que me faltava, o defeito, mas disse que também estava optimista e assim. Não sei, eu acho que não percebi o que ele queria dizer: “que aspecto social, social o quê, sócio o quê?”. Não percebi, mas depois mais tarde percebi. N8</i>
<i>Enquanto as minhas amigas saíam da escola e iam para aqui e para acolá, eu tinha de vir para casa. Mas eu queria porque nada me era imposto. Eu gostava. E no fundo se calhar foi por isso. N4</i>

Muitas destas narrativas fazem um enquadramento da relação com os progenitores antes do sintoma, nalgumas descrições é relatada uma grande proximidade da mãe, uma relação geralmente de grande exclusividade e uma maior dificuldade dos pais (especialmente o pai) mostrar afecto ou outros sentimentos. Outras destacam alguma intrusividade por parte da mãe.

Quadro 41

Circunstâncias pessoais e familiares: Super-presença da mãe/ Ausência do pai

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Circunstâncias pessoais e familiares”, sub-categoria “Super-presença da mãe/ Ausência do pai”
<i>A minha mãe sempre me protegeu muito, protegia-me muito e eu sempre tive uma relação muito próxima com ela, muito boa e sempre me protegeu muito...ah...e a minha mãe era daquelas que saía do emprego e ia-me buscar ao colégio ou à escola e metia-se no autocarro, íamos para o (Local Y) passear, metemo-nos no comboio íamos para o P. passear, mas isto desde sempre, ia a museus comigo...</i>
<i>I – Faziam programa as duas?</i>
<i>N18 – Sim...tirava-me muito aqui de casa...</i>
<i>I – E para si acha que era também uma forma de a proteger?</i>
<i>N18 – Sim, acho que ela me queria proteger de tudo... N18</i>

<p><i>Quando lhe disse que ia ser avô, ele nem me deu os parabéns. Vou-lhe ser sincera. Ele só olhou para a minha mãe e disse: o quê? Está grávida? Mas eu estava mesmo à frente dele. E a minha mãe disse que sim. E o meu pai: que bonito. Virou, olhou para a televisão e continuou a ver futebol. Por isso, e só agora depois de eu dizer à minha avó, e a minha avó ficar toda contente, porque vai ser bisavó, é que o meu pai jáaaa, ouve, vê as coisas, e brinca mais e me vai buscar as coisas que a minha avó me compra e me traz ou senão não...</i></p>
<p><i>Ela [referindo-se à mãe] queria saber, com quem estava, com quem não estava, com quem ia, com quem não ia. Agora é um bocado mais: deixa-nos mais viver. Eu se calhar no fundo estava numa redoma de vidro.</i></p>

Na maioria destas narrativas são descritos episódios de tristeza ou isolamento anteriores ao aparecimento do sintoma.

Quadro 42

Circunstâncias pessoais e familiares: Tristeza/isolamento

Excertos de narrativas relacionais, Categoria "Circunstâncias pessoais e familiares", sub-categoria "Tristeza/Isolamento"
<p><i>Porque depois dessa revolta que eu tive aos 15/16 anos eu comecei a piorar, piorar, piorar até que tive a anorexia nervosa. E depois que essa tristeza aos 15/16 anos deu direito à revolta, mas não dei a volta por cima, fui pela pior maneira, fui por abaixo e criou-se a anorexia. N2</i></p>
<p><i>O meu problema começou com isolamento. N16</i></p>
<p><i>Foi a adolescência por tudo foi um período muito negro na minha vida mesmo, senti mesmo muito mal, cheguei-me, cheguei a, prontos, cheguei a cortar-me uma vez e, prontos agora para mim parece patético isso e até sinto um bocado de vergonha quando tenho de falar sobre isso, porque apetece-me dar um par de estalos a mim própria, mas na altura fez todo o sentido para mim... (...) Porque foi uma maneira de, de...eu sentia mesmo dor, sentia, então foi uma maneira de me sentir viva, foi mesmo isso, foi uma maneira de me sentir viva e não me sentir naquele torpor. N18</i></p>
<p><i>Eu lembro-me de estudar muito nessa altura. E também, sentia-me era muito triste. Por exemplo, eu adoro ouvir música, estar com pessoas, sair e não. Só me apetecia estar em casa, não conseguia ouvir barulho, tudo me irritava, mau feitio. Isso sim, isso eu lembro-me perfeitamente. (...) Porque a única coisa que eu senti era que eu estava muito triste, e isolava-me, não queria ver ninguém, não queria sair com ninguém, só queria estar em casa. E depois, sim, comecei a cortar na comida. Mas a cortar porque eu comia de tudo, só comecei a cortar. N4</i></p>
<p><i>depois todos os médicos que ia "ai, isso é um esgotamento ou é um depressãozita e não sei quê...", nunca davam muita importância... eu andei num psicólogo que...tive um psicólogo montes de tempo até que a minha mãe "não, se calhar isto é anorexia", a minha mãe via-me cada vez a perder mais peso que tipo "isto não é um esgotamento". N15</i></p>

Nestas narrativas há o estabelecimento de algumas conexões explícitas entre estas circunstâncias descritas e o início do sintoma, havendo ligações no discurso, como ilustra o seguinte exemplo:

[N6] *Acho que foi o culminar de muita coisa. Sei lá, acho que a minha vida na altura não me corria bem, por diversos motivos, por motivos familiares, económicos, e eu sempre fui uma pessoa controladora. Sei lá, se calhar até obsessiva. E as coisas que dependem de mim sempre correm bem. A escola sempre correu bem. O que eu sempre quis eu sempre consegui. E, sei lá, acho que foi uma maneira de eu controlar mais alguma coisa e de ter um maior controlo sobre o que me rodeava e não me deixar influenciar tanto.*

As circunstâncias atrás referidas, e sistematizadas na figura abaixo apresentada, parecem introduzir não só um sentimento de vulnerabilidade, mas também um sentimento de opressão e perda de controlo nas suas narrativas.

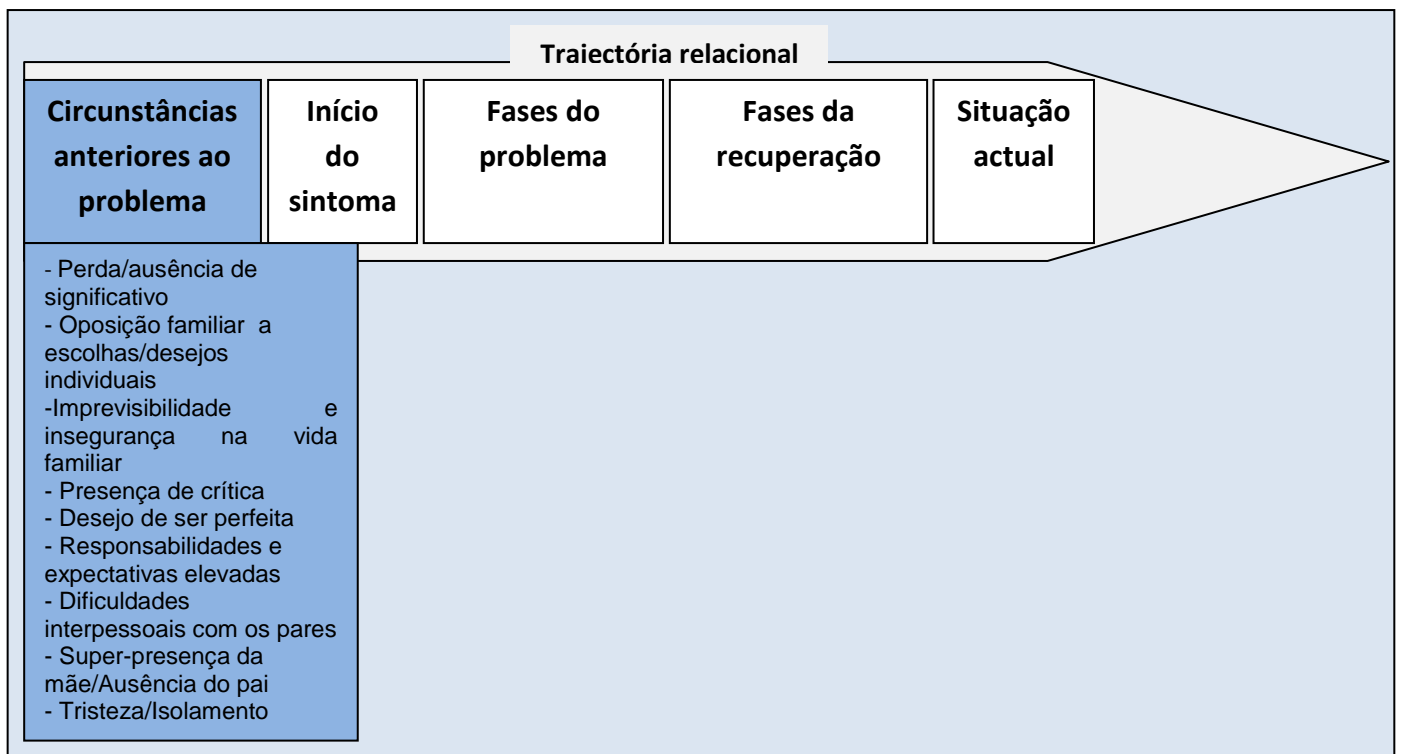


Figura 18. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Circunstâncias anteriores ao problema

2.2.2.2. Início do sintoma

Nestas narrativas relacionais, o início da dieta restritiva é descrito como algo que ocorre por acaso ou de forma inexplicável, não havendo uma assumpção total da intencionalidade/protagonismo pelo início do emagrecimento.

Quadro 43

Trajectórias relacionais: Início do sintoma como algo ocasional ou inexplicável

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Início do sintoma”, Subcategoria “Acaso/algo inexplicável”
<i>Eu estava de férias e inicialmente tive herpes labial, por causa do sol, apanhei um escaldão, e então não conseguia comer muito bem, e depois comecei a deixar de ter vontade para comer, não queria. N6</i>
<i>Até que certa altura resolvi: “ah, hoje vou deixar de comer”. Comecei assim na brincadeira. “Ai, hoje a minha mãe fez a comida. Não vou comer nada, não vou jantar. Estou com fome, vou comer umas peças de fruta ou beber leite ou cereais, ou”... era assim. Mas comia. Acabava por comer sempre menos, não comia à refeição que a minha mãe tinha preparado, mas comia sempre um bocadinho. Mas a certa altura quanto mais a arrelia e depois reparei era a chamada de atenção. N2</i>
<i>O factor precipitante foi nas férias, que eu fui de férias com os meus pais para o Alentejo e levei uma amiga minha, uma amiga já de infância. E ela, o factor precipitante foi o ela ter falado, termos iniciado as duas assim por brincadeira uma dieta nessas férias. N18</i>
<i>Eu lembro-me de uma coisa que as amigas da minha mãe, a minha mãe fazia costura e elas iam lá, elas estavam sempre a fazer dietas e quando o Dr. T. ia lá e não sei o quê, e eu era</i>

<i>bastante criança ao pé de senhoras daquela idade e lembro-me de eu não conseguir perceber como é que elas não conseguiam fazer dieta. Lembro-me da satisfação, de sentir um poder muito grande, lembro-me de eu ter uma grande festa de anos da minha prima, os pais dela fizeram assim uma festa gigante e lembro-me de estar a olhar para aquilo tudo e sentir-me muito bem, de olhar para aquilo tudo e conseguir não comer. E isso dava-me pr... sentia prazer, sentia poder sobre mim própria, era uma coisa da minha vida em que eu controlava, tinha o domínio completo, total. N23</i>
<i>Se me disserem: Ah, como é que ficaste assim? Eu não sei explicar. Não sei. Se calhar até foi uma coisa de namoricos. Eu não faço ideia do que foi. Ainda hoje não consigo explicar. Se foi realmente uma depressão que eu tive. Por acaso até gostava de ir ter com o Dr. R. e perguntar-lhe: mas afinal porque é que eu fiquei assim? Às vezes até evito pensar muito nisso, porque o que passou passou, está ultrapassado. N4</i>
<i>Primeiro, foi a tal situação de não comer...deixar de comer na escola por...porque não tinha companhia e sentia-me triste e isso...então “para não comer sozinha e estar a gastar este dinheiro para estar a comer sozinha, porque estou triste, prefiro...” Primeiro, comecei a levar dinheiro de casa e a comer qualquer coisa, enquanto ia, passava o tempo e passava a hora do almoço...Hum...Depois comecei a levar...hum...uma sandes e fruta de casa...E era a mesma situação: ia dar um passeio e entretanto passava a hora...N16</i>

Este sintoma adquire um significado relacional com os outros ou com o mundo, tornando-se uma batalha/trunfo ou uma forma de ter controlo.

Quadro 44

Trajectórias relacionais: Início do sintoma como algo que ganha um significado relacional

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Início do sintoma”, Sub-categoria “Batalha/trunfo” e “Forma de controlo”
<i>Simplesmente pensava em fazer-me notar a minha..., ou seja, impor a minha atitude. Já que não me ouvem, já que estou aqui sozinha e não se preocupam com aquilo que eu digo, não querem saber, que era isso que eu sentia, eu ao menos vou impor aí a minha posição. N2</i>
<i>Eu explicava isso ao Dr. R. parecia que era uma batalha que eu ganhava. Cada vez que eu não comia era uma vitória para mim. E depois eram as batalhas que eu tinha com a minha mãe. Porque ela “come” e eu não comia. E cada batalha dessas para mim era uma vitória. Tudo o que o meu pai me dizia eu aceitava. E até era capaz de... e tudo o que a minha mãe me dizia eu fazia ao contrário. E então também foi um bocado uma guerra psicológica entre mim e ela. N4</i>
<i>É uma necessidade de controlo, para mim foi. É uma fuga aos problemas (...) aquilo era uma maneira de fugir da realidade, de me fazer sentir melhor. N6</i>
<i>Aquilo que já tinha estabelecido... N18 – Aquilo que já tinha estabelecido e que me estava a agradar muito! O pelo primeira vez ter controlo sobre o meu corpo. I – O prazer vinha do controlo?! N18 – Sim... I – Do sentir que tinha controlo... N18 – Sim... I – Tinha domínio sobre si... N18 – Sim, sim...pela primeira vez na vida, porque eu era extremamente influenciável e insegura, tudo, e pela primeira vez na minha vida consegui sentir-me dona e senhora de mim! Consegui controlar...Era independente nesse aspecto (...) Sim, pela primeira vez consegui ter voz, consegui ter voz, mas de um modo negativo, não é? Mas gostei do controlo, pela primeira vez senti-me segura! N18</i>
<i>Lembro-me da satisfação, de sentir um poder muito grande, lembro-me de eu ter uma grande festa de anos da minha prima, os pais dela fizeram assim uma festa gigante e lembro-me de estar a olhar para aquilo tudo e sentir-me muito bem, de olhar para aquilo tudo e conseguir não comer. E isso dava-me pr... sentia prazer, sentia poder sobre mim própria, era uma coisa da minha vida em que eu controlava, tinha o domínio completo, total.(...) I- Portanto nessa altura definirias o que se estava a passar contigo como uma questão de poder, sobre ti. M- Sim, sobre mim e sobre os outros. O meu pai podia-se passar e partir loiça que eu não comia, e a minha mãe também. I- Hoje tens mais ideias do que era? M- Acho que era isso. Um sentimento de poder, de te afirmares por ali. Acho que era isso. N23</i>

Vejamos então sistematizado na seguinte figura esta fase da trajectória relacional.

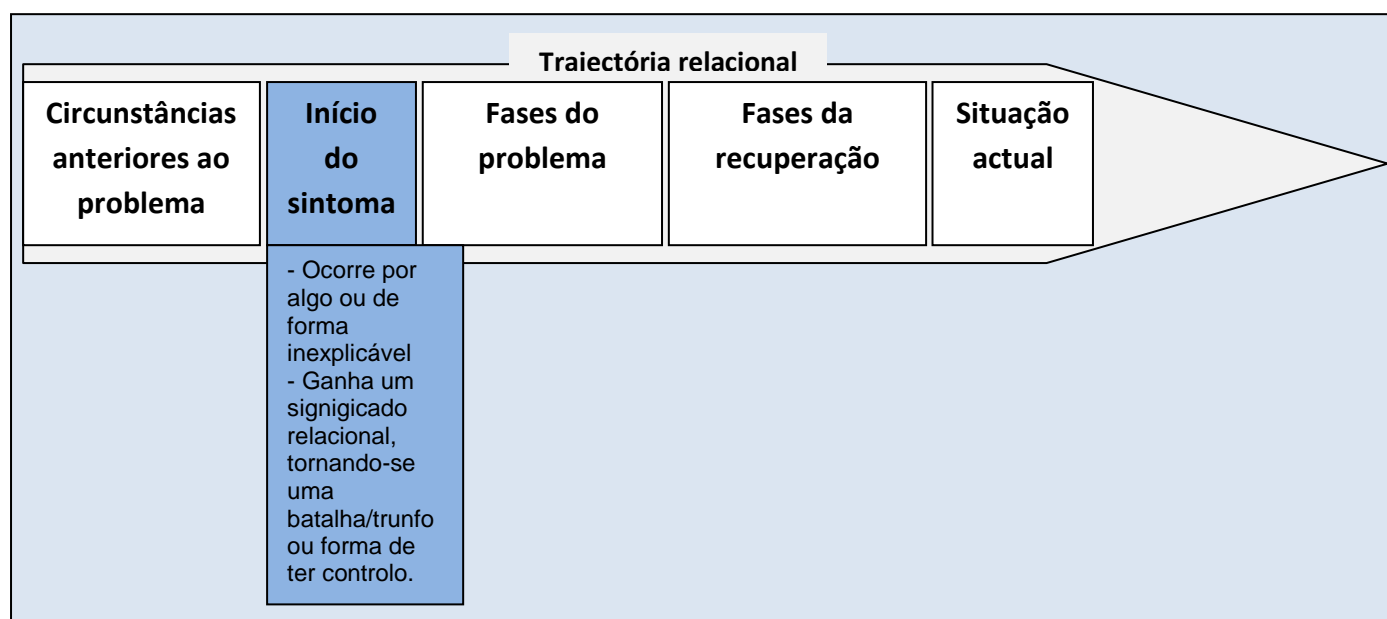


Figura 19. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Início do sintoma

2.2.2.4. Fases do problema

A primeira fase do problema descrita nestas narrativas é uma fase em que as jovens pretendem perpetuar os ganhos relacionais que o aparecimento dos sintomas lhes proporcionou, querendo continuar a impor-se aos outros ou querendo continuar a controlar o meio envolvente. O emagrecimento não parece ser o motor das suas acções mas sim os ganhos reais ou aparentes que surgem como consequência da restrição alimentar.

Quadro 45

Fase I do problema: Querer continuar a impor-se aos outros/ querer conseguir controlar o mundo através da restrição alimentar

<p>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases do problema”, Subcategoria “Querer continuar a impor-se aos outros/ querer conseguir controlar o mundo através da restrição alimentar”</p>
<p><i>Porque eu aí não estava anoréctica. Eu aí controlava muito bem. Eu nem pensava nas calorias que estava a ingerir. Simplesmente pensava em fazer-me notar a minha..., ou seja, impor a minha atitude. Já que não me ouvem, já que estou aqui sozinha e não se preocupam com aquilo que eu digo, não querem saber, que era isso que eu sentia, eu ao menos vou impor aí a minha posição. (...) Assim via que alguém olhava para mim. (...) Depois também era um pouco... um... sei lá... era um trunfo. Preocupava-se e pronto “amanhã não vou comer aquilo” se me arreliasse então acontecia sempre: “Ah não vou comer.” “Então fez isso, também não vou comer”. E foi sempre assim. N2</i></p>
<p><i>Por exemplo aquelas confusões que se armavam ao almoço ou ao jantar, fosse onde fosse, davam-me prazer. Eu não sei explicar porquê mas eu até gostava daquele alarido todo. N4</i></p>
<p><i>Mas eu sentia-me tão bem naquela altura, sentia-me tão bem na vida que depois eu não queria perder aquilo. N6</i></p>

*Começaria no dia 15 de Julho de 1998, na cidade Y.
I – Nas tais férias em que foi com a sua amiga...
N18 – Dieta...e depois regressámos e eu, ela conseguiu parar e eu não consegui! E pela primeira vez vi-me a ter controlo e a sentir-me segura dentro da insanidade, não é? N18*

Segue-se uma fase de perda do controlo da restrição alimentar, em que as jovens se apercebem que não conseguem reverter o sintoma alimentar, tal como sucede nas trajectórias estéticas.

Quadro 46

Fase II do problema: Perder o controlo

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases do problema”, Sub-categoria “Perder a capacidade de controlar e de se impor”
<i>Eu mas andei bastante tempo com essa imposição mas a certa altura acho que não tinha os nutrientes necessários ou não tinha as calorias não sei qual é o mecanismo não o estudei não me interessei muito mas sei que a partir de uma dada altura, deve ser com a perda de peso, o corpo se calhar vai buscar a energia a outro lado e então aquilo que nós controlávamos bem, de um momento para outro toma controlo sobre nós. N2</i>
<i>Eu comecei realmente a ver-me ao espelho e comecei a não gostar de me ver ao espelho, só queria que a minha roupa me ficasse grande, eu não sei explicar, aquilo foi tipo uma obsessão, quanto mais magra eu estivesse melhor. E aqui acho que começa a doença, é uma segunda fase. N4</i>
<i>Mas e comecei a..., acho que portanto os próximos capítulos seriam sobre o processo da doença, quando o controlo passa a ser mesmo uma obsessão e tudo isso, todos os meus comportamentos, o meu dia-a-dia, o que é que eu fazia... E – Passam a ser marcados por este tema, não é? N18 – Sim...descrição de tudo isso e mesmo a nível de pensamentos, de haver mesmo um “eu” que me comandava, que às vezes eu aparecia, o meu anormal, quando já me sentia “Ai Meu Deus eu quero sair disto, já não aguento mais”, mas logo a seguir aparecia o “eu”. N18</i>

Inicialmente, a reacção dos familiares à restrição alimentar é, em algumas narrativas, de oposição (N2/ N4/ N18/ N23), formando-se braços de ferro entre um ou os dois progenitores e a jovem, criando-se uma luta em que cada facção procura vencer, o que não possibilita a manifestação de atitudes de apoio e preocupação por parte dos pais.

Quadro 47

Reacção dos familiares à fase I e II do problema

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases do problema”, Sub-categoria “Reacção dos familiares à fase I e II do problema”
<i>E então se a minha mãe sempre nos habituou a nunca ter muitos doces em casa, porque não era daquelas famílias de dar os doces todos aos miúdos, era muito contida, era dar ao fim-de-semana comíamos o doce, de resto era o pão com queijo ou fiambre, era aquela alimentação saudável. Naquele momento era todos os dias tinha bolos, eu abria o frigorífico e era ver o bolo que eu mais queria. A minha mãe fazia os bolos que eu mais gostava para ver se me chamava a atenção. E isso enfurecia-me, ficava triste e chorava e batia-me. Batia-me muitas vezes. Agora não. N2</i>
<i>E depois eram as batalhas que eu tinha com a minha mãe. Porque ela “come” e eu não comia. E cada batalha dessas para mim era uma vitória. Tudo o que o meu pai me dizia eu aceitava. E até era capaz de... e tudo o que a minha mãe me dizia eu fazia ao contrário. E então também foi um bocado uma guerra psicológica entre mim e ela. N4</i>
<i>A hora da refeição passou a ser um pesadelo, porque eu não gostava que me controlassem, eu só comia o que eu queria e não valia a pena dizerem o que fosse, aliás se dissessem eu desatava, ficava muito nervosa e discutia e levantava-me da mesa e aí é que eu não comia</i>

mesmo, então os meus pais começaram-se a aperceber disso e até, podiam dizer qualquer coisa no início, mas não insistiam mais, porque já sabiam que eu me levantava e aí é que eu não comia mesmo, ao menos mais valia eu comer uma postinha de peixe cozida e um bocado e de legumes, porque eu enchia o prato cheio de legumes, eu comia legumes e fruta, praticamente...

I – Portanto, eles começaram a perceber que mais valia comer o que fosse do que não...

N18 – Comer aquilo do que insistirem e haver ali uma discussão mais acesa e eu levantar-me e não comer nada. N18

O meu pai podia-se passar e partir loiça que eu não comia, e a minha mãe também.

I- Hoje tem mais ideias do que era?

M- Acho que era isso. Um sentimento de poder, de te afirmares por ali. Acho que era isso. N23

Após a fase de perda de controlo do problema segue-se uma seguinte, em que as jovens relatam não só isolamento, como na trajetória anterior, mas também depressão, desesperança, medo do futuro. Várias jovens relatam uma fase de “beco sem saída”, em que sentem que não conseguem levar para a frente com a sua vida. É nesta fase que muitas relatam alguns pensamentos/comportamentos auto-destrutivos (Ex. ideação suicida). O tema da morte é frequente nestas narrativas para ilustrar a fase que se segue ao descontrolo alimentar e que antecede a recuperação, havendo jovens que localizam o início da recuperação nesta fase de “ir ao fundo”, tornando-se a única saída possível a recuperação.

Quadro 48

Fase III do problema: Depressão

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases do problema”, Sub-categoria “Deixar de acreditar, de querer lutar/viver (Depressão)”

Porque depois passei da fase de bem-estar para a fase da depressão e aqui é que foi difícil. N8

mas começou a haver uma fase em que eu comecei a ficar cansada a nível mental, a nível mental e emocional...o diagnóstico principal sempre foi a anorexia, mas acho que comecei ali a desenvolver uma depressão por causa disso, porque, por todos, tive muitos sintomas de depressão, comecei a ficar mesmo depressiva. (...)Comecei a ficar cansada mesmo, cansada e a sentir-me pela primeira vez lixo, porque eu já estava de tal maneira cansada, esgotada a nível emocional, esgotada a nível mental. (...) Porque comecei a ficar cansada, comecei a ficar deprimida, comecei a ficar cansada a nível mental e já sentia-me sem forças para, sentia que, como, foi a primeira vez que comecei a ter pensamentos suicidas. Porque senti que, senti-me super mal, porque já me sentia lixo mesmo...por tudo, já não tinha forças para continuar com isto, estava a ser muito mau para mim ver os efeitos que estavam a ter na minha mãe... cheguei ao fundo mesmo... já não tinha força...já não tinha força para melhorar e, mas também já não tinha força para continuar, porque sentia-me muito cansada e para continuar com a anorexia temos que conseguir pensar e... E planejar as coisas e, portanto já não tinha força nem para um lado, nem para o outro e apetecia-me simplesmente morrer, mesmo! Eu cheguei a pensar que era uma bênção se eu morresse, porque para mim acabava o problema, deixava de ser um fardo para os meus pais, deixava de ser um problema para a família, não é? E simplesmente deixava de ser, prontos. Mas senti mesmo isso e desejei isso, embora nunca tive comportamentos...portanto, suicidas... cheguei a desejar isso...embora nunca cheguei a concretizar (...) lembro-me que me passou pela cabeça também tipo “Eu quero é morrer, porque já estou farta disto! E vou chegar a casa da minha tia e sei onde é que estão as facas e vou...”, mas nem tinha nada planeado, mas desejei isso... N15

A partir daí foi descer em queda livre até à depressão. (...). Tive alturas em que eu pensava que queria mesmo morrer, só que nunca tive a coragem suficiente. Há dois momentos que se eu tivesse feito a coisa bem feita eu tinha conseguido. Um o meu pai percebeu e tirou a arma lá de casa. A minha mãe estava a ver e estava desconfiada. N23

Lembro-me que...que...nós houve um ano que os meus pais...o meu pai e a minha mãe estavam muito preocupados, porque realmente também se começaram a aperceber...que eu não era nada assim e que de repente tinha-me transformado numa menina completamente apática e...e triste e sem vontade de fazer nada... N16

<i>E comecei a ficar completamente paranóica. Então na altura tive uma depressão, fechei-me em casa. (...) Porque eu passei de uma fase em que tinha muitos amigos para uma fase de isolamento. E eu sou uma pessoa que sinto muito a falta de pessoas. Quer dizer, acho que toda a gente sente, não é? Falta do convívio com os outros. E comecei-me a sentir muito sozinha. Comecei a ver que tudo aquilo que tinha valorizado até ali eram coisas muito efémeras, que iam desaparecendo e que tinham mais a ver...que eu dedicava que o que eu comia. Entretanto, lá está, comecei a reparar nisso. N6</i>
<i>A anorexia senti sim, depois, quando comecei a pesar muito pouco, tinha muito frio, aí sim comecei a ver que estava mesmo doente, a tristeza, a depressão, o não dormir, não estar quieta, eu fazia quilómetros a pé, mas explicar porquê, nem eu própria sabia. (...) Aí sim, caí na doença. Acho que foi. Quando eu vi que já estava com um peso muito baixo, tinha muito frio, ia comprar roupa não havia roupa que me servisse, mandavam-me às lojas de roupa de criança, e eu comecei a ver que estava mesmo doente, e aí fiquei assustada, na altura fiquei revoltada, reagia mal. N4</i>
<i>E é triste, batia-me muitas vezes, e é triste. (...) Quando me arreliaava com os outros, eu batia em mim. Como não podia bater nos outros. Se perdia o controlo da comida eu depois batia-me. Se eu tinha uma discussão com a minha mãe eu depois batia-me. Era mesmo isso. Como não podia bater nos outros, como não tinha controlo na outra situação, espancava-me em mim. Porque sentia uma dor física e não uma dor psicológica. N2</i>

Em algumas narrativas, os braços de ferros parecem desvanecer-se apenas nesta última fase de depressão das jovens, com atitudes de apoio e preocupações dos significativos, que tocam as jovens ou com atitudes de desistência destes.

Quadro 49

Reacção dos familiares à fase III do problema (depressão)

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases do problema”, Subcategoria “Reacção dos familiares na fase da depressão”
<i>Foi na altura do Euro de 2004. Na altura dos helicópteros. Lembro-me perfeitamente. E estava muito triste. O meu irmão e a minha mãe ajudaram-me. Lembro-me perfeitamente. Deram-me muito apoio. N2</i>
<i>E eu nunca o tinha visto daquela forma, estava mesmo emocionado. O meu pai chorou e tudo, e eu percebi que ele estava a sentir que tinha falhado como pai. N8</i>
<i>Era tipo eu e a minha mãe. A minha mãe era a minha sombra. I- O que é isso? M- É... ficávamos sempre juntas, estava a viver comigo, ela acordava-me, se eu não queria tomar banho ela tirava-me da cama para eu ir tomar banho, dava de comer, dava-me os medicamentos a horas, ia às consultas, passeava comigo, fazia tudo para eu me distrair, levava-me às compras... N23</i>
<i>Eu estava tão desligada, nem me interessava se ia ser internada ou não, só queria desistir, deitar os braços a perder. E o que o meu pai me fez ver foi que eu não podia desistir. Então acho que foi isso que eu percebi, que tinha de lutar. Mas eu não ia lutar por mim, eu já tinha desistido de mim. Ia lutar por ele, porque eu vi que ele não poderia. E depois mais tarde numa conversa com o meu pai percebi que aquele foi o dia em que o meu pai disse: se eu não conseguir fazer nada hoje, eu não consigo fazer mais, eu tenho de desistir. Porque o meu pai já tinha dado tudo. Já tinha perdido imenso tempo comigo em conversas e achava que se não conseguisse nunca ia conseguir. Foi mesmo no dia em que ele ia desistir que eu apercebi-me que não podia desistir (ri-se).N8</i>
<i>Até que um dia o meu pai já numa fase um bocadinho grave, uma vez veio cá uma pessoa familiar afastada e o meu pai disse: oh, eu já nem quero saber dela, ela se quer comer come, se não quer, não coma, eu já não quero saber, eu vou viver a vida com a mãe dela, temos mais um filho. (...) Quando o meu pai disse aquilo e eu comecei a ver que eles não me prestavam atenção... porque o Dr. R. dizia: Não lhe prestem atenção, não lhe liguem nenhuma. E quando comecei a ver da parte deles, que tinham perdido o interesse: queres sair, sai, não queres, não saias, queres comer, come, não queres, não comas, do género, faz o que tu entenderes, aí eu comecei-me a aperceber que não me valia de nada estar assim. N4</i>

Vejamos agora sistematizadas na seguinte figura estas fases do problema que a trajetória relacional integra.

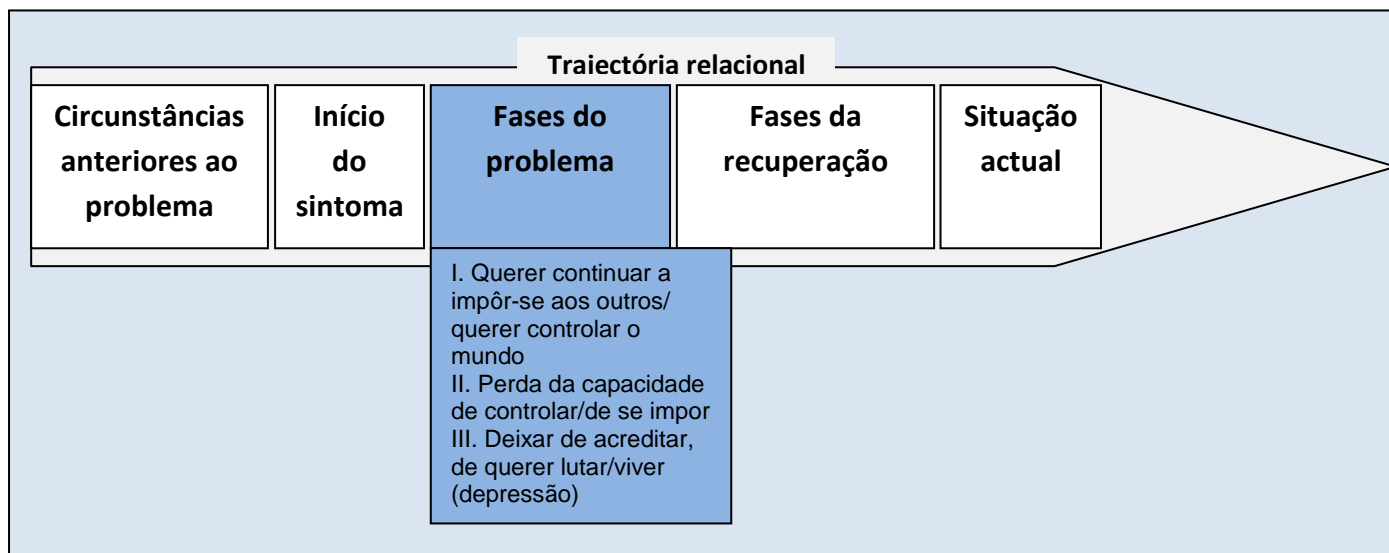


Figura 20. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Fase do problema

2.2.2.4. Fases da recuperação

A primeira fase da recuperação é precipitada para muitas jovens por um episódio em que as jovens se confrontam com as implicações negativas da doença, nomeadamente com a perda dos ganhos relacionais e com as consequências físicas e sociais da doença.

Quadro 50

Fase I da recuperação: Querer mudar de vida

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases da recuperação”, Sub-categoria “Querer mudar de vida”
<i>(...) Aí levamo-la ao veterinário de tartarugas, era especialista em raças exóticas, e ele disse que estava com anemia. E lá está e eu vi-me na tartaruga. Eu revi-me na tartaruga e até chorei. Ela acabou por morrer com uma anemia. E eu sei que a anemia foi provocada pelo facto de não ter comido. Eu vi-me muito aí, eu vi medo. Consegui ver a tartaruga, olhei para a tartaruga e vi que era o meu processo. Eu se não comesse terminava como a tartaruga e vi o sofrimento que foi. Mas se comesse ficava gorda. Mas lá está aquela coisinha, ela não comeu, os intestinos dela não funcionaram, ficou congestionada, já não conseguia engolir e acabou por falecer e foi aí que despertei. E olhei muitas vezes ao espelho e chorava porque estava magra. N2</i>
<i>O meu irmão entrou furioso, abre-me a porta, entrou mesmo furioso e disse: só te vou dizer isto uma vez, portanto ouve bem (o meu irmão com cara de mau) tu estás tão magra, estás tão magra que estás feia de estar tão magra, ouviste? Disse isto: estás a ficar muito feia. Fechou-me a porta e eu não tive tempo nem de reclamar. E nunca mais falou comigo. Às vezes tentava magoar e dizia: mas eu estou mais gorda e ele nunca mais se pronunciou. Senti que o meu irmão gostava de mim. Foi isso. E que estava preocupado. Que afinal eu não passava despercebida. Que ele gostava de mim. N2</i>
<i>Na altura da depressão, que eu percebi que tinha de fazer alguma coisa para mudar, em Dezembro estava mesmo deprimida e decidi que tinha de mudar, então em Janeiro entrei para os escuteiros. N8</i>
<i>Houve um incidente, com uma pessoa que estava no meu quarto, portanto na minha enfermaria...ah...teve um devaneio...não sei...ela pegou na mesa da sala de visitas e atirou completamente e havia assim episódios desses...No outros dia custava-me ver as pessoas no isolamento e...e foi aí que eu comecei...porque é assim: nos primeiros...as primeiras duas semanas eu passava só na cama, não me podia mexer, portanto não tinha essa percepção.</i>

<i>Quando eu comecei a ter percepção do resto, eu disse mesmo “Eu não pertença aqui, eu tenho de me ir embora!”. N7</i>
<i>Uma das conversas que eu tenho muito presentes foi na minha médica, a minha médica chamou os meus pais lá, os dois, foi a primeira vez que o meu pai lá foi. Teve uma conversa muito séria, disse que cheguei a um ponto em que, segundo prontos o estado em que eu estava e as minhas análises mesmo a nível cardíaco, cada noite que eu adormecesse podia não acordar (...) e que já tinha o meu internamento marcado para o hospital...e uma conversa aqui em casa com, em que eu disse mesmo que precisava de ajuda, que não estava a aguentar e, mas aí eu desatei a chorar e depois outras vezes sozinha, em que eu chorava, porque já não tinha forças, eu desejei morrer mesmo! (...) Esse foi o primeiro clique! Para dar a volta, porque eu sabia que os internamentos eram horríveis! Que...prontos...que nos punham lá a soro e assim e eu não queria isso. E foi o primeiro clique, lembro-me que nesse dia quando cheguei a casa já comi, lembro-me perfeitamente comi morangos e comi uma tosta de queijo... N18</i>
<i>Acho que depois também descobri que tinha epilepsia e fiquei muito abalada. Depois fiquei com medo de tomar aqueles medicamentos todos. Eu sempre sonhei ser boa aluna e comecei a ficar mais apagada e aquilo começou-me a influenciar muito negativamente. Porque eu achava que ia perder isso. E assustou-me o facto de saber que afinal não estava bem comigo, fisicamente mesmo. E que estava a tomar uma carrada de comprimidos e sentia-me mais fraca e fiquei com medo porque eu sempre tive grandes objectivos para mim, porque eu sempre quis ir tirar um curso, ir para a faculdade, ter uma profissão, ser independente. Porque eu não queria passar pelos mesmos problemas económicos que os pais passaram. Eu quero ser independente financeiramente. E isso era um bocado um impedimento. E houve uma altura que isso se descontrolou, e que eu achei que podia perder tudo e que isso podia estar relacionado com o facto de eu não comer. E comecei a ficar completamente paranóica. Então na altura tive uma depressão, fechei-me em casa, comia tudo o que me aparecia à frente, passei de um extremo ao outro, comia tudo, era capaz de comer um pacote de manteiga num dia, depois ficava muito mal disposta, depois queria vomitar, mas nunca consegui induzir o vômito. N6</i>
<i>E quando comecei a ver da parte deles, que tinham perdido o interesse: queres sair, sai, não queres, não saias, queres comer, come, não queres, não comas, do género, faz o que tu entenderes, aí eu comecei-me a aperceber que não me valia de nada estar assim. N4</i>

É curioso reparar que não é a simples constatação do sofrimento dos outros que as faz mudar, mas o confronto com a morte ou com outra doença ou a perda iminente dos outros significativos. As narrativas mostram assim episódios que tocam as jovens com o medo, que funciona como precipitador da mudança.

Estes episódios originam esta fase de querer mudar, que vai ser alcançada por diferentes meios: Algumas das jovens (N4, N8, N15) escolhem seguir o plano, com a colaboração de um familiar ou profissional de saúde, mas movidos por um objectivo pessoal para as suas vidas, como o caso da Vera que pelo facto de se ver impossibilitada a ir para o hóquei decide tentar fazer o plano para chegar ao peso mínimo definido pelo terapeuta como condição para ir para o hóquei.

Quadro 51

Fase II da recuperação: Seguir o plano alimentar, para perseguir um objectivo pessoal

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases da recuperação”, Sub-categoria “Seguir o plano para perseguir um objectivo pessoal”
<i>Começo a alimentar-me aos bocadinhos... Consultas com o X todas as semanas, para controlar o peso...em que começo a aumentar o peso devagarinho...a confiança começa a ser devolvida aos bocadinhos pelos meus pais...começo-me a sentir bem com a situação e também me mentalizei que tinha que recuperar...Foi assim... Porque do género, pronto, se isto foi até aqui agora é ir para a frente. E foi então que surgiu aquela parte do hóquei que eu cheguei ao peso mínimo. E quando cheguei ao peso mínimo penso que foi mais uma vitória, também, porque eu senti-me contente, por ir para um grupo e começar outra vez a relacionar-</i>

me. N4
<p>Eu acho que nesse fim-de-semana como comi tanto e não se passou nada de mal comigo eu perdi um bocado o medo de comer. Porque eu acho que nesse fim-de-semana comecei a ver a comida como solução e acho que à medida que ia recuperando, era difícil comer tudo o que devia, mas fazia esse esforço e lembrava-me, porque há sempre aquele vício de menos, menos arroz, menos carne, menos isso, mas não sei, eu sinceramente, é difícil agora lembrar-me o que é que eu pensava nas refeições, naquela semana a seguir a eu ter comido tanto. Mas eu acho que fiz o clique, no sentido de perceber que tinha de ser eu a lutar contra aquela, não podia deixar-me arrastar nas minhas tendências de não comer. E como não me tinha acontecido nada de mal, só tinha me safado de um internamento e tudo mais, portanto seria bom. eu sei que nesse fim-de-semana foi um quilo, ou mais, depois só perdi 200, e depois foi a recuperar. Aumentar um bocadinho, diminuir um bocadinho, depois aumentar, mas o saldo era geralmente positivo. N8</p>

Outras jovens (N2, N6, N18, N16, N23) experenciam um período de desorganização alimentar em que recuperam o peso a todo o custo através de comportamentos bulímicos, a fim de evitarem um fim que lhes parecia à vista – a morte ou o internamento.

Quadro 52

Fase II da recuperação: Comer descontroladamente para evitar a morte/internamento

<p>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases da recuperação”, Subcategoria “Comer descontroladamente para evitar a morte/internamento”</p>
<p><i>Comia tudo o que me aparecia à frente, passei de um extremo ao outro, comia tudo, era capaz de comer um pacote de manteiga num dia, depois ficava muito mal disposta, depois queria vomitar, mas nunca consegui induzir o vômito. E depois a roupa deixava de me servir, depois eu não queria ir para a escola, passava longos períodos sem ir à escola, depois é difícil voltar para isto tudo, acompanhar as aulas. Depois foi um período muito complicado. Foi o descontrolo. Foi o medo. Eu depois havia dias que eu pensava eu vou ficar mal porque eu não estou a comer e comia tudo o que me aparecia à frente. E depois ficava-me a sentir muito mal. Mesmo fisicamente. Começava-me a sentir maldisposta. Depois durante 2/3 dias não comia nada, nada, era muito restritiva, não comia nada. Não queria nada e não queria nada daqueles produtos e não sei o quê. Não comia nesses dias. E depois comecei a ficar deprimida, e comecei a ser o isolamento. Quando penso nessa altura penso num misto de emoções. Andava completamente descontrolada enquanto que...N6</i></p>
<p><i>E depois veio os tais 2 meses de alimentação, de ingestão alimentar compulsiva... I – Aí por vezes vomitava ou não? Ou só ingeria mais? N18 - Não, acho que isso até foi bom, eu tentei mesmo, porque eu senti-me super mal, até a minha própria mãe chegou ao ponto de me dar azeite, porque eu estava no chão da casa de banho a contorcer-me em dores, porque tinha comido muito e estava cheia de dores e só lhe pedi para ir ao hospital, para me fazerem uma lavagem ao estômago e a minha mãe deu-me um bocado de azeite, só que eu nunca consegui vomitar e acho que isso até foi bom, porque assim não aprendi...e...e acho, pronto... N18</i></p>
<p><i>Eu melhorei, vou ser sincera, eu não melhorei de uma forma saudável. Eu melhorei porque comecei a ter bulimia. E por estar muito nervosa e de um momento para o outro o organismo começou-me a pedir chocolates e doces e o que é que acontece. Eu vomitava mas não conseguia vomitar. Eu induzia o vômito mas nunca conseguia vomitar aquilo que tinha comido. Vomitava mais, lá está, o leite. Porque como empurrava a comida toda com o leite, vomitava mais o líquido. Então lá está o peso começou a aumentar. Mas eu não... como precisava de comer doces e eu começava a comer, a comer, a comer, sempre na ideia que ao vomitar ia compensar e limpava o organismo, digamos. A partir daí comecei a engordar sem me aperceber. E foi a partir daí, quando ganhei a Bulimia e comecei a melhorar. N2</i></p>
<p><i>Eu lembro-me nas festas populares, a minha mãe queria levar-me às festas e eu lembro-me que comecei a chorar, não queria ir às festas. E ela: Mas porque é que não queres ir às festas? E eu: porque tem barracas e comidas. (mãe) Então vais e escolhes uma coisa. E eu: Não, porque eu quero ir escolher uma pizza, ir às faturas para comer uma fatura, ir aos gelados para comer um gelado. Eu queria comer tudo. Lembro-me da minha mãe comprar 6 empadas e eu comer 6 empadas de uma vez, comer um pão de uma vez....N23 I- Nessa fase depois do hospital? M- Sim, que eu engordei 10kg num mês. Depois tive lá um psiquiatra, eu nunca fiz nenhum trabalho com ele, mas a minha mãe foi falar com ele, e ele disse para a minha mãe me tirar a</i></p>

comida da frente. Mas eu não vomitava. Eu comia, comia, comia, comia. Essa parte da comida eu acho que ficou.... Foi assim uma recuperação um pouco espontânea, não foi seguida.

Eu queria tanto ficar boa, por exemplo, isso do internamento eu sabia que só saía do internamento se atingisse peso então comia para engordar, só que quando se chega cá fora as coisas são diferentes. E não sabíamos lidar muito bem com a situação, portanto já comíamos mas já era demasiado aquilo que estávamos a comer, então não conseguimos controlar isso e já eram...já comia...começa-se aos bocados, mas depois já é...comece-se demais, em excesso e...e só se come para vomitar e passava a tarde se calhar a comer e a vomitar e...foi, foi muito...foi duro para mim, foi duro para os meus pais, eles tiveram que esconder comida...foi duro, até eu mesmo sair de casa. N16

Segue-se uma fase em que as jovens perseguem objectivos de natureza pessoal, arriscando participar em novos projectos ou desafios e pondo à prova as suas capacidades: **Fase III da recuperação: Arriscar novos desafios e investir em projectos pessoais.** É uma fase marcada por vitórias pessoais, ao nível da autonomia/mestria, bem como ao nível de realizações na dimensão interpessoal. A maioria das jovens relata ainda a importância de iniciar uma relação de namoro para a sua recuperação ou para a prevenção de recaídas. Dada a idiosincrasia desta fase e a extensão dos excertos, iremos analisar esta etapa caso a caso, analisando o discurso de cada participante individualmente.

Se a Matilde, como vimos no início, retrata vitórias na sua vida profissional ao decidir aceitar o desafio de dar aulas, apesar da sua dificuldade em falar em público, a Maria relata vitórias na sua vida académica, quando começou a “arriscar mais e a ter feedback positivo” dos professores.

[N23] *Quando eu comecei a arriscar mais e a ter feedback positivo. (...) Tipo “ai não estou preparada o suficiente, não estudei o suficiente, mas vamos lá, vou tentar, vamos ver o que é que sai”. E até saiu. (...) Mesmo assim era muito difícil, era muito difícil dar esse passo. O que é que ajudava? ... Começou a ser mais importante tentar que não tentar. Enquanto eu não tentava, não tentava, não tentava, era sempre igual. Começou a ser mais importante testar-me, deixa-me “como é que tu vais saber se tu não fizeres”, tipo “pelo menos vais saber que não fizeste desta vez, tenta!”. Antes disso foram importantes algumas pequenas experiências (...) Lembro-me de uma aula em que o Prof. B. era um Prof. que me assustava bastante e na cadeira de x eu tinha que apresentar lá uma parte e ter estado bem. E eu fui apresentar naquela aula muito posta em causa. As minhas colegas, eu tinha feito a minha parte à parte das delas, cada uma fez uma parte, e elas disseram que eu não tinha lido bem os artigos, que eu não tinha feito bem e eu comecei a chorar e fui para a casa de banho triste e muito insegura “fogo, eu se calhar, elas têm razão, não li o suficiente” e depois na parte da apresentação a minha parte foi a parte mais, como é que eu hei-de dizer, (...) que mais saliência teve no trabalho de grupo, e eu senti isso da parte do professor, e ele fez-me perguntas e eu soube responder, não me engasguei como as outras, e não sei quê, então eu comecei “então elas melhores médias, estão mais à frente e tu...” e depois na disciplina Y também. Tipo estar toda a gente a falar e a prof. S. mandar a turma calar e dizer “Ouçam o que a B. está a dizer”, porque era importante o que eu estava a dizer. Sabes? Também com um grupo que também tinha andado para a frente. Então eu pensar se calhar não é assim tão... os professores deram-me pistas boas.*

Também a Paula, após ter decidido seguir o plano alimentar para poder entrar numa equipa desportiva, relata o seu sentimento de realização, neste caso, ao «começar outra vez a relacionar-se» com os pares e com o sexo oposto.

[N4] *E a partir daí já não foram capítulos. Porque do género, pronto, se isto foi até aqui agora é ir para a frente. E foi então que surgiu aquela parte do hóquei que eu cheguei ao peso mínimo. E quando cheguei ao peso mínimo penso que foi mais uma vitória, também, porque eu senti-me contente, por ir para um grupo e começar outra vez a relacionar-me. Porque foi muito bom porque éramos a primeira equipa de hóquei feminino aqui na terra, então era uma festa, e depois íamos com os rapazes para todos o lado, foi muito giro. E eu comecei a abstrair-me da doença.*

Já a Susana, nesta fase, decidiu envolver-se em lutas por causas que lhe deram um sentido de realização e de mestria.

[N8] *depois comecei a ter sonhos de fazer voluntariado, ser médica e fazer voluntariado, depois comecei a ter outros sonhos, comecei a ler revistas de ambiente, e fiquei uma fanática da ecologia. E devorava tudo, tudo, tudo e então o meu sonho era ser engenheira ambiental. Tinha alturas em que motivava, depois formei um clube de ecologia lá na escola. Tinha 14. Fiz uns cartazes: quem quiser fazer parte do clube natura. Eu estava toda contente, porque na altura tinha energia. Eu acho que desde a anorexia, como eu me tinha posto tão de lado, depois era capaz de sacrificar tempo de prazer e de lazer que as outras pessoas prezam muito, que eu não tinha, por exemplo, cinemas, saídas com amigos ou isso, como naquela fase eu tinha aprendido a prescindir, depois o que me ajudou a safar-me foi ter objectivos e ter disciplina para os atingir.*

A relação com o sexo oposto é algo muito referido nestas narrativas nesta fase da recuperação. Vejamos agora o caso da Nini que fala no aparecimento do seu anjo da guarda, o seu primeiro namorado, que a ajudou a recuperar, alguém que de certa forma substituíria a ausência do seu pai.

[N15] *acho que se calhar na altura o meu namorado na altura se calhar deu-me auto-estima, que não tinha, não é? Se calhar foi... Ele apareceu-me do nada e...foi ele e a minha mãe. A minha mãe também o adorava. Eu acho que ele substituiu um bocado o papel do meu pai. O meu pai afastou-se (...) ele não sabia muito bem como reagir. Fazia de conta que não se estava a passar nada. Prontos e na altura...(...) Era a ele [referindo-se ao seu primeiro namorado] que eu ligava, era ele que me fazia sair do sofá (risos)... ele simplesmente caçava-me na mão e anda (risos). (...) Para sair, para ver outras pessoas, para ir a outros sítios... porque eu queria era estar em casa. (...) Como ele tinha já os objectivos dele também mais definidos e ele sempre me disse "tu danças bem, tu não sei quê... Pronto, se calhar também me ajudou nesse sentido e também a conhecer outro lado da vida, mais artístico... Porque ele, eu lembro-me de ele dizer "é pá, tu não vês que passas na rua e toda a gente, os homens olham todos para ti e não sei quê" e outras coisas...E às vezes pequenos pormenores...*

Não só se iniciam novas experiências de amizade e de namoro e como também nesta fase processa-se o desenvolvimento da intimidade com o sexo oposto, que é feito de forma lenta e progressiva, como a Beatriz nos explica.

[N18] *e quando estava a fazer melhorias, no início de 2001 foi aí que eu me reencontrei com o meu namorado e começamos, passado uns meses, começamos a namorar e isso para mim foi muito importante, entrei, entrei, lembro-me que nessa altura a Psicologia ainda não me passava assim muito pela cabeça... mas também foi um processo, por exemplo a nível de intimidade foi devagarinho e ele foi a pessoa perfeita... (...) Já tinha outra maturidade para estar numa relação e ele foi um apoio incondicional e, prontos foi, foi...eu tive a certeza que gostava mesmo dele e que queria entrar numa relação séria e, mas as questões do corpo também foi trabalhado! A ideia de chegar ao ponto de lhe conseguir mostrar as minhas pernas, que eu andava sempre de calças ou de saia comprida, foi aos poucos, ele foi, teve uma paciência e sempre foi, sempre foi fantástico... porque ele sempre me foi dizendo que gostava de mim tal como eu era, que me achava, ele é uma pessoa que ainda hoje, passado 8 anos e meio de relação que assim do nada me diz todos os dias, assim numa situação assim perfeitamente normal que eu, fico a olhar para mim, que eu sou linda ou e...para quem não se acha assim muito, essas coisas foram-me fortalecendo...*

Como podemos constatar a partir destes dois últimos depoimentos, a aceitação e valorização percebida pelas jovens por parte do namorado em relação à sua aparência parece ser a chave para a recuperação da auto-estima algumas perdida. Nestas narrativas aparece ainda o tema da autonomia como estando relacionado com a recuperação das jovens. Como vimos, algumas jovens afirmam a necessidade de irem viver sozinhas para fora, de fazerem as suas próprias escolhas. Vejamos o caso da Paula.

[N4] *Eu achava que precisava de sair daqui. Porque eu tinha médias para entrar onde quisesse. (...) Eu queria mesmo sair daqui. Era do género: quero sair daqui por uns tempos. Era se calhar ir ver outras pessoas, algo diferente. Era a aventura, do género: Olha, vou e seja o que Deus quiser. E também de mostrar também que conseguia viver sozinha. E que já estava boa. Porque o medo dos meus pais era eu ir para Coimbra e não controlarem se eu comia se eu não comia. E foi também uma forma de eu mostrar: não, eu estou bem. (...)E foi a aventura, foi tudo novo. Acho que foi bom por isso.(...) Era autónoma já. Parecia que a fase da doença nunca tinha passado. Já era uma pessoa adulta, já andava por minha conta. Já saía à noite, com quem quer que fosse, chegada à hora que chegava.*

Vejamos ainda o caso da Belicha, que a certa altura decide ir viver para outro local, longe dos rótulos, com o intuito de recomeçar/mudar de vida:

[N16] *Nessa altura mesmo já estava desempregada, estava-me a custar conseguir trabalho porque depois também eu vivo num, num...numa cidade em que toda a gente se conhece e eu já era a menina que estava doente. Toda a gente que me conhecia... (...) E eu precisava de sair dali e que olhassem para mim como eu era, não como eu fui. E então foi muito importante eu ter saído dali e de ter saído de casa...falei com o meu pai assim também na brincadeira “olha ó papi, eu acho que...estava a pensar ir para T.” – “Para T.? O que é que vais fazer para T.?” E eu “olha eu acho que vou para lá tentar arranjar trabalho já que aqui não arranjo...” – “E então vais com quem? Vais sozinha?” e eu disse “não, olha vou com a M.” E ele disse, ele ficou assim a olhar para mim “olha, se quiseres ir vai”. Pronto, aquilo para mim foi...e eu “então eu vou”. (...) eu chorei todo o caminho (risos). “O que é que vai ser de mim? E agora estou sozinha...” Estava com receio, claro. Nem tinha trabalho, vou para um sítio onde não conheço ninguém, só a M..*

I – O que é que lhe deu coragem de ir mesmo assim com esses receios?

B – Foi mesmo eu querer mudar a minha vida. Eu quero ficar boa. (...) eu já não aguento mais viver assim...Em T, pronto, aprendi muito, conheci boas pessoas e conheci pessoas que olhassem para mim da maneira que eu era...ganhei muitos amigos.

Também a Nini decide ir viver para outra cidade para seguir o seu sonho profissional, apesar da separação da mãe, recentemente divorciada do seu pai e das dificuldades iniciais de adaptação:

[N15] *acabei o curso no ballet-teatro e tinha a hipótese, ou acabava o curso x ou continuava a seguir...E então a decisão já estava...Mas no prim...lá está, no primeiro ano de qualquer curso, de adaptação...eu não conhecia ninguém, vim para cá sozinha...e os lisboetas são horríveis (risos). Aquela coisa, não é? O pessoal do Porto e Lisboa...(risos)*

I. E o que é que a manteve?

N. O querer...o querer isto. Era essa a única coisa que eu queria.(...) A partir do segundo ano já...também comecei a gostar mais do curso e já criei raízes, um grupo de amigos...isso ajudou. A minha mãe “ah, quando é que vens ao Porto?” (risos). Mas acho que tanto eu como ela já nos habituamos. E é aproveitar depois momentos em que estamos juntas e...

Em algumas jovens, segue-se ou sucede em simultâneo a esta fase III de novas descobertas, de novas escolhas e vivências, uma fase de altos e baixos em relação ao peso, acusando algumas jovens de aumento excessivo de peso que acaba por ser controlado pelas próprias.

Quadro 53

Fase III da recuperação: Altos e baixos alimentares

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Fases da recuperação”, Sub-categoria “Altos e baixos alimentares”.
<i>Até do segundo ao último ano da universidade eu estava gordinha. Comecei a engordar, estava parada, comia, ia para as borgas, e entretanto naqueles anos eu nem me lembrava do que tinha passado. Porque foi mesmo assim, a minha recuperação foi do género passou, passou, vamos andar para a frente. O primeiro ano custou um bocadinho porque é aquela parte psicológica do come não come, estou a ficar gorda, mas eu comecei a ultrapassar isso e depois houve uma altura que eu até estava gordinha e os meus pais até me diziam de uma maneira tipo: eu acho que tu devias fazer algum desporto, porque eu depois parei o hóquei para ir para a universidade, e comecei a engordar, porque eu fazia desporto todos os dias 2 horas, mais o fim-de-semana, parei e comecei a engordar. E os meus pais: ai, eu acho que devias começar a fazer outra vez desporto, ir para um ginásio, e eu não me sentia mal, porquê?, eu dizia: eu prefiro estar assim, do que estar como já estive. E no fundo se calhar há alturas em que é verdade, eu não gosto de me sentir gorda, e nessa altura eu não me sentia bem, ia a uma loja e não gostava de me ver com a roupa, mas não entrei em exageros. Comecei a ir ao ginásio, a fazer desporto, a cortar em certas coisas. N4</i>
<i>Teve altos e baixos. É difícil porque depois a relação com a comida fica muito complicada, muito complicada mesmo. É complicado ir jantar e ir almoçar e tomar o pequeno-almoço e que produtos escolher. E eu antes só conseguia comer determinados produtos. (...) Depois acho que também fiquei um bocadinho descompensada. Comia demasiados doces e restringia outras coisas. Não era uma alimentação equilibrada. Até há pouco tempo atrás não tinha uma alimentação equilibrada. N6</i>
<i>Entretanto depois de ter curado há um ano..., ter sido dada como curada, tive uns comportamentos meio bulímicos que nunca foram diagnosticados, mas eu acho que passei por bulimia, se bem que nunca vomitei. Tentava purgar com exercício físico e isso foi um ou dois anos a seguir à anorexia e durou 1 ano, mais ou menos e depois passou. (...) Depois ao longo do 10 e 11º engordei um bocado e no 12º também, mas ... pronto achava-me um bocado gorda e foi aí que comecei a entrar um bocado na bulimia. Olhava-me ao espelho e dizia: ai, estás gorda nas coxas, não sei o quê, devias emagrecer. E se calhar tinha episódios em que comia muito pão e depois ia horas para a bicicleta, uma hora e meia para a bicicleta a pensar nisso. Mas não foi nada que interferisse na minha actividade diária. Com os estudos, nada. Nos estudos, pensava nos estudos. Com os amigos, pensava nos amigos. Acho que não era ainda assim claramente patológico. No primeiro ano da faculdade, mantive, estava normal e já não tive esses comportamentos. No segundo ano da faculdade voltei a entrar um bocado nisso e depois no terceiro normal. N8</i>

Na última fase, a **Fase IV da recuperação: Relacionar-se de forma diferente consigo e com os outros**, as jovens sentem-se cada vez mais capazes de se relacionar de forma diferente consigo próprias e com os outros, descrevendo várias vitórias de natureza interpessoal bem como de transformação/flexibilização de alguns dos seus traços psicológicos considerados como rígidos e exteriores às suas escolhas. Esta fase é descrita pela participantes como uma etapa de transformação que se iniciou no passado mas que se mantém até à situação actual, motivo pelo qual estas transformações serão descritas no ponto que se segue.

Para já, fiquemos com a sistematização das fases de recuperação descritas nas trajetórias relacionais, na figura abaixo apresentada:

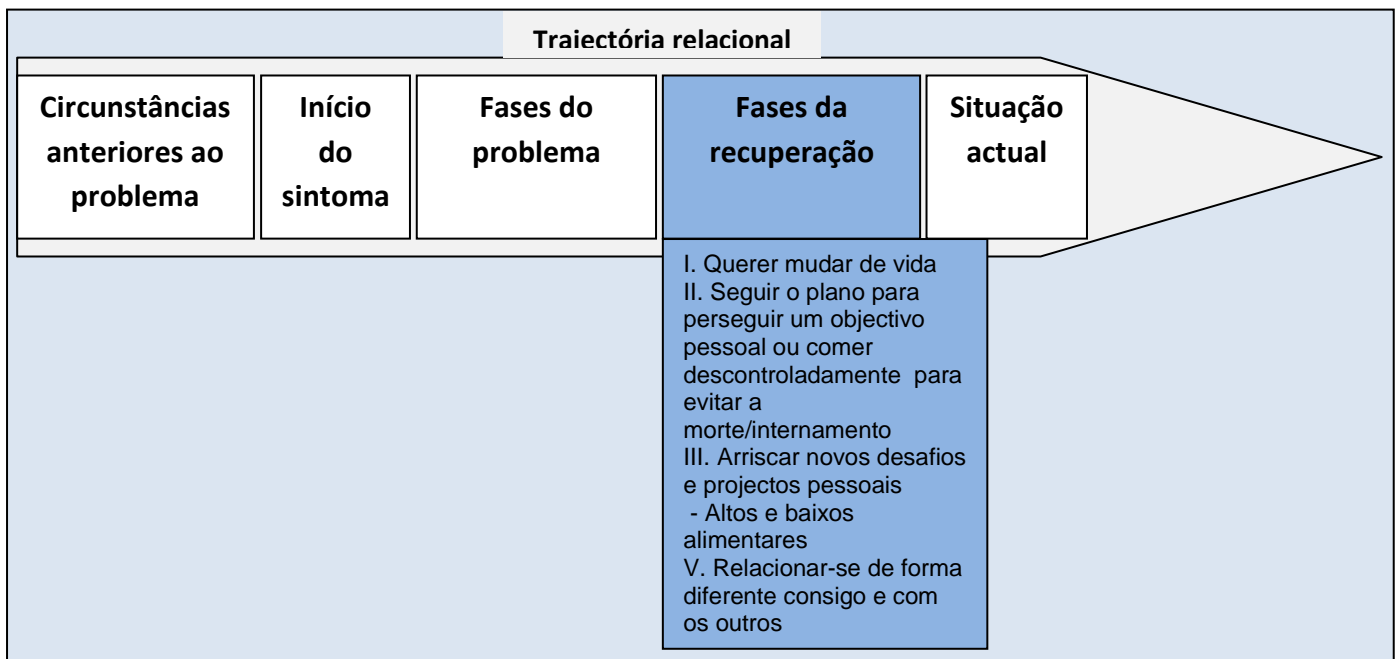


Figura 21. Representação gráfica das trajectórias relacionais: Fase da recuperação

2.2.2.5. Situação actual

As jovens relatam mudanças ao nível da sua relação com os outros e consigo próprias, para além das mudanças na relação com o peso, corpo e alimentação. Mostram ainda consciência dos aspectos que necessitam ainda de vir a melhorar ao nível da sua personalidade. Com efeito, o resultado final destas trajectórias vai muito para além da regressão sintomática, já que implica a transformação do seu funcionamento psicológico e interpessoal. A maior parte destas narrativas incluem o termo “cresci” para representarem a situação actual, como se este período de doença e recuperação fosse um período de aprendizagens e de transformação pessoal, ou como diria Beatriz:

[N18] *acho que o processo foi longo, mas modelou-me, a nível de personalidade, a nível da pessoa que eu sou hoje. Mas modelou-me, porque começou-me a trabalhar esses aspectos da personalidade, de ir ao encontro de uma maior segurança, de mais estabilidade, emocional também, de conseguir afastar-me cada vez mais daquilo e acredito que se não tivesse estado doente e, eu acho que seria diferente actualmente (...) Porque saí mais forte...saí...acho que, acho que saí mais forte, saí com uma experiência que muita gente na minha idade não tem e não passou por isso, porque não foi só a anorexia, foi mesmo uma batalha comigo, com a minha personalidade, com o meio em que eu estava, tentar conquistar um novo lugar no mundo. Quem é que eu quero ser? Foi muito isso, foi um trabalho, quem é que eu quero ser afinal? Se até então eu não tinha sido nada daquilo que eu queria ser! Mesmo quando eu era tão dócil ou...quem é que eu quero ser? Portanto, e isso foi uma experiência muito importante para mim, para eu decidir e fazer esse trabalho...*

Há portanto a concepção de crescimento enquanto pessoa, alicerçado a uma capacidade de assumirem um maior protagonismo nas suas vidas, nas várias jovens entrevistadas:

Quadro 54

Situação actual nas trajectórias relacionais: Cresci/fortaleci-me como pessoa

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Situação actual”, sub-categoria “Cresci/fortaleci-me como pessoa”.
<i>Eu acho que cresci muito, mesmo em termos de pessoa. E agora, tenho aquela posição de costas direitas, aquela posição de partir em frente, e não de partir à aventura não derrotada logo, a ver aquilo que dá, eu já tomo essa atitude, já não estou ali com medo: olhe se faz favor. Tento dar um pouco a volta por cima. Depois da anorexia, lá está, é a M. que conheço agora. A M. muito mais forte, apesar de haver momentos que são mesmo pobres e que ainda vêm ao de cima, e fazem vir ao de cima a doença, tanto a anorexia, como a bulimia, mas não tomam posse felizmente, mas vejo que sou diferente. Vejo que eu quero é ser alguém, ser alguém entre aspas, quero poder lutar, poder ter isto, poder ter aqueloutro, poder fazer isto, fazer bem às pessoas, poder ajudar as pessoas, ajudar-me a mim, poder ter uma vida, animar o dia, e não estar à espera que no dia cinzento nasça o sol. N2</i>
<i>Não consigo explicar numa palavra só o que eu aprendi com aquilo, sinto é que de alguma forma cresci. (...) De resto, acho que amadureci. Tenho colegas minhas da mesma idade que eu que eu acho que em certos pontos eu acho que eu tenho uma maneira de ver as coisas que elas ainda não conseguem ver. N4</i>
<i>Porque acho que estas situações todas nos vão fazendo crescer e moldando o tipo de pessoa que somos. (...) E acho que foi uma questão de crescimento. N6</i>
<i>Porque saí mais forte...saí...acho que, acho que saí mais forte, saí com uma experiência que muita gente na minha idade não tem e não passou por isso, porque não foi só a anorexia, foi mesmo uma batalha comigo, com a minha personalidade, com o meio em que eu estava, tentar conquistar um novo lugar no mundo. Quem é que eu quero ser? Foi muito isso, foi um trabalho, quem é que eu quero ser afinal? Se até então eu não tinha sido nada daquilo que eu queria ser! Mesmo quando eu era tão dócil ou...quem é que eu quero ser? Portanto, e isso foi uma experiência muito importante para mim, para eu decidir e fazer esse trabalho... N18</i>
<i>Foi um processo contínuo em que...foi isto tudo... Eu afastar-me deles foi muito importante, cresci muito e...a nível interior e foi a tal situação de eu ter de olhar para mim e não...não achar que...que “se eu não os tenho ao meu lado, eu vou morrer ou assim”, é “eu sozinha sou capaz de...”. E foi pouco a pouco...comecei...e foi um processo. Tem sido longo, já tenho 30 anos, mas que eu acho que tem sido produtivo para mim e estou super contente. N16</i>
<i>Estou muito mais forte e...basicamente é isso. (...) Para enfrentar...sei lá, acho que...eu vejo, sei lá, amigas minhas com um problemazinho fazem uma tempestade “ai meu Deus, vou morrer” ou qualquer coisa e...acho que é um bocado o enfrentar depois os problemas que “não é nada, isso passa”. Eu penso “se já ultrapassei uma anorexia consigo ultrapassar qualquer coisa”. N15</i>

Uma das mudanças muito referenciadas por estas jovens é o facto de com todo este processo terem conseguido definir o seu próprio sistema de referências, o que as faz sentirem menos pressão face às influências externas e sentirem que já não vivem em função dos outros. Esta diferenciação do self revela-se também na capacidade de se afirmarem por si, sem temerem o julgamento externo e mantendo uma identidade própria coerente.

Quadro 55

Situação actual nas trajectórias relacionais: Diferenciação do self

<p>Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Situação actual”, sub-categoria “Diferenciação do self”</p>
<p>Como as modelos. Mas isso eu agora sei, ainda por cima com Photoshop, não é? É impossível. I – Em que há todas... N18 – Mas agora eu sei lidar muito bem com isso e aliás desvalorizo totalmente as coisas que vejo, até sou capaz de criticar e até de gozar, mas uma pessoa quando é adolescente não consegue. N18</p>
<p>Eu acho que antes tinha uma maneira de falar com os outros muito dócil, é engraçado que muitas pessoas, eu sei, quer amigos, quer família, pessoas que já comentaram com a minha mãe que eu, que a B. antes era tão dócil e agora já não é tanto, já é mais...mas onde as pessoas vêm isso, não compreendem o que é que havia antes...e onde as pessoas viam uma pessoa dócil, eu via uma pessoa que não tinha qualquer segurança, auto-estima, zero...totalmente...eu dependia dos outros para me sentir minimamente bem... E – Era quase como se o seu sistema de referência fosse os outros? N18 – Sim, os outros é que me comandavam, eu não comandava nada! Nem os outros, nem eu, nem nada. E – E agora é diferente? N18 – Eu só comandava, prontos, aqueles factores, aqueles factos que eu disse há bocado? Do estudo e pronto, de querer ser perfeita, mas a nível de vontade própria, de auto-estima nada. Portanto, aí, as pessoas viam nisso docilidade, mas não era isso que existia, eu tinha era medo, medo de ser criticada e de, de que os outros não gostassem de mim e eu deixei de o ser e pela primeira vez quando não gostam, digo que não gosto e agrado a quem agradar e quem não gostar azar... isso mudou, em mim mudou muita coisa, mudou a minha forma de estar a nível de segurança, do que eu quero e falo o que é que quero e luto por isso e já tenho opinião, mesmo quando, já não tenho vergonha em discordar, em dar a minha opinião, mudou! É por isso que pode parecer aos outros uma coisa absurda, mas a série mudou-me, fez-me sentir mulher. (...) E sei o que quero e falo e...quer gostem, quer não e às vezes até confesso que posso ser um bocadinho bruta a falar, mas...mas não... (...) e tenho plena consciência que às vezes sou um bocado dura nas coisas que digo, mas é mesmo isso! Eu acho que às vezes digo as coisas que as pessoas pensam, mas não têm coragem para dizer, mas também tive que trabalhar isso, porque, nesse processo de auto-descoberta...ah...houve ali, acho que houve ali uma fase também houve, eu própria não me estava a sentir bem! Eu, às vezes, ouvia-me a mim própria, “Meu Deus, nem acredito que fui eu que disse isto!”, então “Não, calma, agora antes de falar tens de pensar um bocadinho!”... e eu própria cheguei a um ponto em que também não estava a gostar, porque estava a sentir que não estava a ser eu, “Calma, isto não sou eu...eu também não sou assim!” e tive que ali...fazer um trabalho de casa, comigo própria, diário, para me conseguir equilibrar e dominar, o auto-controlo a nível disso. N18</p>
<p>Era, tinha sempre receio, tinha sempre receio de alguém a olhar para mim a ver... Eu via sempre a minha triste figura. Então agora não. Agora não, quero lá saber. Se olhas para mim... é diferente. Há pessoas que são mesmo do tipo de olhar. Se for mulher ou isso, sou capaz de brincar e virar-me para uma amiga minha e dizer: “olha, deve ter gostado dos sapatos”, ou “deve estar a gostar da minha camisola” e depois sorrio. Sou capaz de brincar com a situação. Antes não, ficava atrás de alguém, escondia-me, ao andar era muito mais insegura, agora consigo andar com as costas direitas. (...) Consigo falar em público. Já não transpiro. Consegui recebê-la sem transpirar. (ri-se) mesmo assim às vezes ainda gaguejo, consoante a situação. Mas antes gaguejava muito e custava-me começar a engrenar para falar. E não falava. Agora não. Agora tenho desafios e depois com a doença melhorei muito. (...) Já consigo por exemplo rir em público e isso gosto de dar a gargalhada, sou capaz de dar uma gargalhada assim mesmo num tom alto, mas se sair sai-me, espontaneamente, e quero lá saber dos outros, se olharem para mim, olha: quem te dera a ti estares-te a rir como eu ou estares tão divertida como eu. E vejo-me assim. N2</p>
<p>Eu procuro não ter objectivos egoístas, mas se os meus objectivos forem altruístas e eu os conseguir atingir, fico muito contente, não preciso que os outros me dêem uma palmadinha nas costas ou um sorriso. Já não preciso disso. Acho que isso passou. (...) Acho que soube definir o meu sistema de referências (...) Já não pretendo satisfazer ninguém mas sim a mim própria. Agradar a mim. N8</p>
<p>Mas uma altura em que eu senti que mudei mesmo foi quando tinha um amigo, que era muito meu amigo, e eu sabia que ele era apaixonado por mim, e eu tinha tudo para ter uma relação com ele mas eu não gostava dele, e ele convidou-me para jantar e criou ali um contexto para ver se dava e eu disse que não, disse que não e que não e que não e foi sempre não e não aconteceu nada. E eu lembro-me de ter chegado a casa e ter escrito... eu tinha um diário, um diário de consultas, e nessa altura eu lembro-me de ter ficado mesmo satisfeita. Sabes o que é tipo... já me aconteceu duas coisas: ou eu fazia... em duas situações que eu estava mesmo</p>

com vontade de ter uma relação com aquelas pessoas... ou eu fazia o que elas queriam porque queria tanto que elas gostassem de mim, sabes? E depois eles não queriam nada comigo e eu ia para a janela e esperava que eles passassem, estava sempre a olhar para o telemóvel, ou telefonava ou passava pelo emprego deles ou ia à faculdade deles e eles iam-se rir de mim e eu sofria imenso ou acontecia outras situações que era de eu apanhar pessoas que gostavam muito de mim e então "Com estas eu se calhar tenho de fazer, porque elas gostam tanto de mim". N23

O meu pai, ainda esta semana com esta história de eu me afastar do meu namorado...para o meu pai fez-lhe um bocado de confusão e...e "Ó B., tudo bem, tu vais para casa e sabes que em casa há regras" e...e eu deixei-o falar e depois ao fim disse-lhe "Pronto, já me perguntaste o que é que eu quero...nós falamos amanhã.". Telefonou-me no dia seguinte "Olha, pronto eu te telefono no..." e pronto, estava sempre a adiar a conversa... E até que decidi mesmo conversar e eu disse "Não, pronto, é assim: vocês precisam de se aperceber que eu cresci...eu não sou mais criança e eu agradeço imenso, do fundo do coração toda a ajuda que vocês me derem, mas neste momento eu tenho de conseguir ultrapassar os meus problemas, os meus problemas e...e eu tenho de estar sozinha, preciso de estar sozinha, percebam isso, já me estão a ajudar muito e naquilo que eu precisar, eu vou ter com vocês e eu vou-vos pedir, mas sou eu que tenho de resolver isto, não são vocês.". E, pronto, "Sim, B., tens razão" (...) eu sempre dependi muitos dos meus pais... E eles diziam "É assim, assim, assim" e nós fazíamos. "Aquilo é que está certo". E nunca defendíamos muito os nossos ideais, os nossos...os pais eram os nossos...os pais eram os nossos ideais e se eles diziam que sim, era que sim e se fosse que não, era que não...

I – E hoje é diferente?

B – Hoje é diferente. Pelo menos da minha parte. (...) E acho que isso é importante em cada um de nós, porque eles também têm a vida deles, eles também têm os gostos deles e defendem aquilo que eles acham e têm que respeitar também a minha parte e eu vou respeitar a deles. N16

Há também nestas narrativas alusão a transformações familiares importantes. Em dois casos (N15, N18) houve divórcio/separação dos pais durante o processo de recuperação. Num dos casos (N6) é relatado o reforço da relação conjugal dos pais, do ponto de vista da entrevistada. Em metade destas narrativas (N4, N18, N16, N15), as entrevistadas foram viver fora do seio familiar por opção própria. A relação entre as jovens e os progenitores saiu reforçada em algumas narrativas (N4,N23,N8), numa delas a relação com o pai rompeu-se (N18) e noutra distanciou-se (N2). Algumas jovens relatam ainda mudanças nos pais relativamente aos estilos de educação parental adoptados, passando estes a serem mais liberais e flexíveis (N2, N4). Relatam ainda mudanças delas na relação com os pais, sendo mais capazes de reservar o seu espaço privado (N23, N15) ou de aceitar as opções de um dos progenitores (N4, N6, N18) ou de ter outras estratégias para lidar com ele (N2, N16).

Quadro 56

Situação actual nas trajectórias relacionais: Transformações nas relações familiares

Excertos de narrativas relacionais, Categoria "Situação actual", sub-categoria "Transformações nas relações familiares"

Sinto isso e assumo isso e se calhar há pessoas que podem ficar chocadas com isso, mas é mesmo isso! Era o que eu precisava, era fazer o funeral do meu pai! E o meu pai que me criou, que tive quando era pequenina já não existe! E aceito isso, eu fiz mesmo o funeral do meu pai! Prontos, aquela pessoa é o meu pai biológico, mas não é o meu pai.(...) Eu aqui também tenho, há coisas que não estão sob o meu controlo, há coisas que eu tenho de deixar ir, e se isto é a vontade da minha mãe, a vida que ela escolheu, é o que ela quer e tenho que a deixar ir, ela é maior e vacinada e tem que decidir, eu por muito que deseje outra coisa para a minha mãe tenho que respeitar a vontade dela e as opções dela. E tenho a minha vida para

<i>fazer o que eu quero, o que a minha mãe quiser, tem sempre o meu apoio, mas...tem-me sempre ao lado, sempre que precisar, mas é ela que decide o que ela quer para ela, prontos, e foi bom eu ver isso e aceitar isso. N18</i>
<i>Porque eu se calhar como eu passei pelo que passei, agora com o meu irmão noto que ela está diferente. E noto que a minha mãe está muito mais liberal com o meu irmão, tanto nas tarefas domésticas, porque ele não faz nada e na liberdade. (...) Está mais liberal, não é daquelas mães que quer saber tudo. Não, o que eu contar tudo bem, o que não contar... Agora com o meu irmão noto que o deixam andar, deixam-no tomar decisões. Se calhar, porque já me tiveram a mim e já passaram por isso, e como eu estive doente nesta altura, não querem que se volte a repetir e deixam-no viver ao ritmo dele. (...) Por exemplo, com amigos na altura, a minha mãe não gostava que eu trouxesse amigos cá em casa e não gostava que eu fosse a casa das minhas amigas. Com o meu irmão é completamente diferente. Isto hoje está calmo, mas o normal ao sábado são 5/6 rapazes aqui dentro, ali a jogar computador ou ele vai para casa dos amigos. Se calhar, também porque a fase da vida dos meus pais está mais calma, está mais estável e têm mais tempo para viver esta fase do meu irmão e estão muito mais abertos a estas situações. N4</i>
<i>A relação, por exemplo, dos meus pais, eles têm uma relação muito melhor, o que é mais tranquilizante. N6</i>
<i>Houve uma altura que eu criticava muito a minha mãe porque achava que ela estava muito estagnada e tinha de evoluir e tinha de ser diferente e ter outros objectivos, mas agora vejo as coisas de uma maneira diferente. A minha mãe sempre se dedicou muito aos filhos e sempre teve muita atenção e acho que sempre se pôs muito em segundo plano para que nós pudéssemos estar melhor (chora). E quando uma pessoa se começa a aperceber disto tudo, custa percebermos que nós estamos a contribuir para que ela fique triste. (...) Foi uma das coisas que de facto custou. (...) Se calhar... (pausa) Eu agora por exemplo qualquer coisa que eu sei que vai deixar a minha mãe triste custa-me imenso. Mesmo muito. E por exemplo agora nesta fase, o meu namorado comprou uma casa e não sei o quê, e eu pensar sair de casa e deixar a minha mãe, custa-me imenso, mesmo, porque vou sentir que ela vai ficar mais sozinha (chora) e fica mais triste com isso. (pausa) É quase como... houve um momento em não compreendia as opções e agora é quase como sentisse alguma lealdade com esta opção da mãe. N6</i>
<i>Eu já não conto tudo à minha mãe. N23</i>
<i>[referindo-se à relação actual com a mãe] Transformar, transformar, eu se calhar não diria. Porque há sempre crítica. Aliás fomos a um psiquiatra que nos disse mesmo: Vocês são muito parecidas e por serem tão parecidas e pensarem tanto o mesmo, andam, andam, faíscam um pouco. Mas é aquela pessoa que eu sei que me posso arreliar. Mas agora ...pronto... agora vejo que arrelio-me e às vezes custa, fico muito zangada mas depois tento fazer as pazes e nessas alturas... saía, gritava muito e agora... tento não fazer tanto isso. Tento sei lá... tento, dar a volta à situação. N2</i>
<i>Eu...por exemplo, eu com o meu irmão mais novo...ele...temos um laço mesmo muito, muito forte. Estamos completamente unidos. E com o meu pai também sinto isso. Com a minha mãe tem sido um trabalho contínuo. Mas neste momento já está bem melhor... N16</i>

Outras mudanças que se encontram nestas narrativas prendem-se com transformações nas relações de amizade, em que as jovens descrevem um processo em que começam a distinguir os verdadeiros amigos dos outros e optam por ter poucas mas boas amizades.

Quadro 57

Situação actual nas trajectórias relacionais: Transformações nas relações de amizade

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Situação actual”, sub-categoria “Transformações nas relações de amizade”
<i>Tive a sorte de, pronto, entretanto comecei a namorar e com o meu namorado, pessoas que ele conhecia, que eu também, e que eu passei a conhecer, criamos ali um grupo de amigos, mas eu dou-me bem assim dentro desse grupo de amigos! Não sou uma pessoa que faça amigos...aliás eu acabei a minha licenciatura só com uma pessoa com quem eu me senti...e ainda hoje é minha amiga e...porque eu separo muito as coisas. Já tinha o meu grupo de amigos fora...separo, não consigo...ah, e atribuo isso ao que se passou, ao que me afectou a nível social...</i>
<i>E – Hum, hum...Alguma desilusão que possa ter tido com alguns amigos ou ao facto de antes ter de estar bem com toda a gente?</i>

N18 – Não, compreendo...não, compreendo, mas deixei de...não só, não sei, às vezes sinto que também não me faz falta, estou bem com o grupinho pequenino de pessoas que tenho à minha volta e chega-me. E realmente se a gente for a ver à volta conhecemos muitas pessoas, mas amigos, amigos há poucos...

E – Hum, hum...Portanto, é quase para si já tivesse esta distinção entre quem é...

N18 – Sim, sim...aprendi a distinguir muito bem quem é e quem não é e quem não é não me faz falta...não faço esforço em, para manter as pessoas e ser, não! Tenho os meus amigos e sei que eles o são...e com esses eu faço, também tenho directamente e deliberadamente faço esforços para os manter na minha vida. Mas não sou uma pessoa que precise de...prontos... N18

Hoje tenho consciência que não é por ser mais gorda ou mais magra que vou ter mais ou menos amigos. Quer dizer se calhar até tenho mais amigos não quer dizer é que sejam os mais importantes. Porque para mim... aprendi a avaliar as relações de maneira diferente. Deixou de ser tão importante aquelas amizades para sair e não sei o quê, e eu tenho um grupo de amigos que eu considero mesmo meus amigos, dos quais eu conto para sair para me divertir mas também para os momentos em que eu estou mal. E quando eu estou mal e chateio-me com o meu namorado ou coisa do género, eu não tenho qualquer problema em pegar no telefone e falar. Porque eu tenho consciência que eles vão estar ali e vão ouvir. Esses para mim são meus amigos. Agora aqueles colegas, pronto são bons para sair para falar, não sei o quê, mas aprendi... a conhecer melhor as pessoas e isso deixou-me... de certo modo comecei a conhecer melhor as pessoas e sinto que conheço e tenho mais sensibilidade para determinadas coisas que acho que não teria. (...) E consigo manter uma relação com aquelas que são circunstanciais e mesmo com quem não gosto consigo ter uma relação de boa educação. N6

Por último, é importante salientar que em várias entrevistas são descritas mudanças ao nível de determinados traços psicológicos, nomeadamente a redução do perfeccionismo, da obsessividade, da tendência para evitamento e para o autoritarismo, e o aumento da extroversão e da capacidade de enfrentar e resolver as situações do dia-a-dia.

Quadro 58

Situação actual nas trajectórias relacionais: Mudanças ao nível de determinados traços psicológicos

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Situação actual”, sub-categoria “Mudanças ao nível de determinados traços psicológicos”.
<i>Agora? Agora estou bem. Sinto-me optimista, confiante. Tenho mais maturidade ao olhar para os problemas. Não desisto à primeira. E sobretudo a ideia de que não há problemas sem solução. Se eu passei aquilo, se eu fui capaz de ultrapassar aquela dificuldade, eu sou capaz de ultrapassar qualquer dificuldade. Ou seja, perante um problema já não vacilo tanto. N8</i>
<i>Já me tento desenrascar de uma maneira totalmente diferente. N2</i>
<i>Às vezes quando lá está, aquela fase do pó, quando estou a entrar, tento dar a volta, e fazer outra coisa e não ver aquela zona, senão sei que começo a entrar em delírio. Como estou mal e aí vejo logo quando fico nervosa e em stress, e sei que estou a entrar em depressão, infelizmente sei quais são os sintomas, então tento dar a volta, fazer outra coisa, para não cair nessa tentação. E agora mesmo tenho exame e já... já não vou tão nervosa, já não é uma obsessão...N2</i>
<i>porque eu era uma miúda muito metida comigo mesma. Não falava com ninguém. Ia a uma festa e ficava num canto. Eu passava por antipática por ser muito tímida, muito introvertida, muito fechada para o mundo. (...) Não é que veja um desconhecido e vá ter com ele. Mas se alguém precisar de ajuda eu vou lá e pergunto “quer ajuda”. Já fazia mas com muito receio. Agora não, se preciso vou pedir, não tenho aquela vergonha. Consigo estar... consigo quando vou com as minhas amigas e está alguém desconhecido, mais amigo delas, eu já não me afasto. Passado um bocado já estou a conversar também com elas, já estou a conversar também com as pessoas que começam a falar connosco. N2</i>
<i>Sou uma rapariga normal, sou nervosa, exigente, acho que já fui mais perfeccionista. N4</i>
<i>Sinto-me mais confiante. Sinto-me bem comigo. N6</i>
<i>Principalmente o meu “eu” interior, é eu olhar para mim e gostar de mim. N16</i>

Para além destas transformações ao nível do seu funcionamento psicológico e interpessoal, as entrevistadas relatam ainda mudanças ao nível da relação com a alimentação e da relação com o corpo, como ilustram o seguinte quadro

Quadro 59

Situação actual nas trajectórias relacionais: Mudanças na relação com a alimentação/corpo

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Situação actual”, sub-categoria “Mudanças na relação com a alimentação/corpo”
<i>Já que já não ando a pensar nisto e naquilo...cuido-me. Sim, cuido da minha alimentação, mas não com essas preocupações. E agora até acho que é o oposto, engordei...até ao Natal eu engordei assim uns quilos: estava nos 52/53 e fui até aos 58. Estava toda feliz, toda contente. E agora com isto de estar a separar-me do meu namorado e estar a começar...o trabalho também é um bocado puxado para mim... Emagreci 2kg...estou toda triste, porque já emagreci 2kg e tenho que os recuperar... Mas sinto-me bem comigo e gosto de...de olhar para mim... N16</i>
<i>Na auto-imagem também acho que amadureci, não pretendo atingir nenhum ideal de perfeição, tenho noção dos meus limites, mas também sei que sou capaz de muito, como qualquer pessoa que tem potencial. N8</i>
<i>Devo à anorexia hábitos que ainda hoje os tenho, mas são hábitos saudáveis, que eu os transformei de negativos para hábitos saudáveis e que ainda hoje os mantenho. (...) Dou preferência se houver pão integral e pão branco, como o pão integral, mas porque gosto! Não há nada que eu faça dentro dessa alimentação tida como saudável que faça por obrigação ou porque é saudável, tenho de comer, não! Só como o que gosto. Há coisas que eu não gosto, não como! Seja saudável, seja...mesmo que não seja... N18</i>
<i>Embora há muito pouco tempo comecei a comer certo tipo de coisas, ou seja, passados dez anos. Mas lá está era o que eu dizia: também não é por aí, porque croissants. Lá está, hoje ainda não há um dia em que eu consiga ir a uma pastelaria comer um bolo. Não consigo. Mas eu também penso, também não é por aí. Não me faz diferença. Mas se for alguém for e comer metade, eu já como. É uma coisa que não tem explicação. Não sei explicar. É dessas pequeninas coisas que ainda ficam. Mas acho que a minha recuperação foi boa por isso. N4</i>
<i>Eu agora já nem penso nisso. Os iogurtes que eu agora bebo até nem são magros. Tento manter uma alimentação saudável. N6</i>
<i>Não é aquele drama, tipo, visto um bikini não fico tão bem com ele mas pronto paciência, não vou ficar fechada em casa ou deixar de ir à piscina ou à praia por causa disso. Há pouco tempo atrás as coisas não eram assim, eu sentia-me mesmo muito mal. N6</i>
<i>Eu adoro doçaria, aprecio mesmo, não é comer por comer, quer dizer, aprecio, gosto de saborear, gosto, mas eu era daquelas pessoas que mesmo que gostasse às vezes as pessoas tinham de trazer para junto de mim as coisas para eu comer. Eu ficava num canto, eu não falava com ninguém (...) Agora não. Eu agora consigo. (...) Já se quero comer, já consigo comer no restaurante. Eu não fazia isso. Eu tinha de trazer todas as refeições para casa. Tinha que... ou se não houvesse mais nenhum sítio eu tinha de comer num cantinho. Agora não. Agora já consigo estar ali no meio, digamos do restaurante, e estar ali a saborear. N2</i>
<i>E já me visto também de maneira a gostar da imagem. E às vezes ando mais deprimida, e não cuido tanto da imagem. Então tento cuidar. E às vezes então quando se sai mais com a minha amiga ou com o meu namorado à noite, quando se sai todos os dias, acaba por ser banal, mas digo: Não, não, vai mais gente, tu vais, tens de estar bem arranjada. N2</i>

As jovens consideram que passaram a ter hábitos de alimentação mais saudável, mantendo alguns cuidados com a alimentação mas arriscando provar determinados alimentos “anteriormente proibidos” como os doces e manifestam um decréscimo com a preocupação em emagrecer, querendo até engordar um pouco mais. Passam também a ter uma relação diferente com o corpo na medida em que começam a cuidar mais da sua imagem, a gostarem de olhar para si próprias, mesmo tendo noção dos seus limites.

Por último, algumas narrativas relacionais apresentam descrições de mudança/desafios que as ex-pacientes consideram que ainda poderão atingir tendo em conta o processo que já atravessaram e aquilo que ainda gostariam de adquirir, nomeadamente um aumento da auto-confiança e diminuição da obsessividade e da impulsividade na relação com os outros.

Quadro 60

Situação actual nas trajectórias relacionais: Mudanças por realizar

Excertos de narrativas relacionais, Categoria “Situação actual”, sub-categoria “Mudanças por realizar”.
<i>Acho que ainda preciso de auto-confiança e de ser menos obsessiva. Tenho essa tendência. Para um problema ser depois aquele grande problema e afinal não é e tenho de saber relativizar melhor. N8</i>
<i>E às vezes, pronto, tenho os meus senãos, que é pensar mais nos outros do que em mim... Isso... Mas pelo menos apercebo-me das coisas e tento cuidar-me e tento... N16</i>
<i>Eu por exemplo quando discuto com a minha mãe sei onde é que lhe hei-de tocar e então magoo. E eu depois arrependo-me. E isso eu fiquei com a anorexia. Porque eu não era assim. Eu discutia, disparatava, mas não magoava. E noto que não consigo. É algo que ficou que eu... e as pessoas já nem ligam. E eu não consigo lidar porque sai-me, sou muito impulsiva e eu noto que isso ficou, ainda são aquelas arestazinhas por limar. Porque eu noto que quando ando nervosa eu não consigo controlar, eu sou muito impulsiva, onde eu ataco é a minha mãe, é a pessoa que é logo atingida, e agora o meu namorado, às vezes também sente um bocado, mas ele não sabe o que está para trás porque não viveu. A minha mãe sente. Ela diz: essa agressividade ainda é do que está lá atrás. E era uma coisa que eu gostava de tentar mudar mas ainda não consigo. Tento mas é escusado. N4</i>
<i>Às vezes quando lá está, aquela fase do pó, quando estou a entrar, tento dar a volta, e fazer outra coisa e não ver aquela zona, senão sei que começo a entrar em delírio. Como estou mal e aí vejo logo quando fico nervosa e em stress, e sei que estou a entrar em depressão, infelizmente sei quais são os sintomas, então tento dar a volta, fazer outra coisa, para não cair nessa tentação. N2</i>

Ao invés de trajectórias de recuperação, estas serão denominadas por **trajectórias de transformação**, já que o processo de recuperação nestas trajectórias relacionais vai muito para além da regressão sintomática, implicando, como foi referido, um conjunto de transformações ao nível do funcionamento pessoal e interpessoal, como a seguinte figura sistematiza:

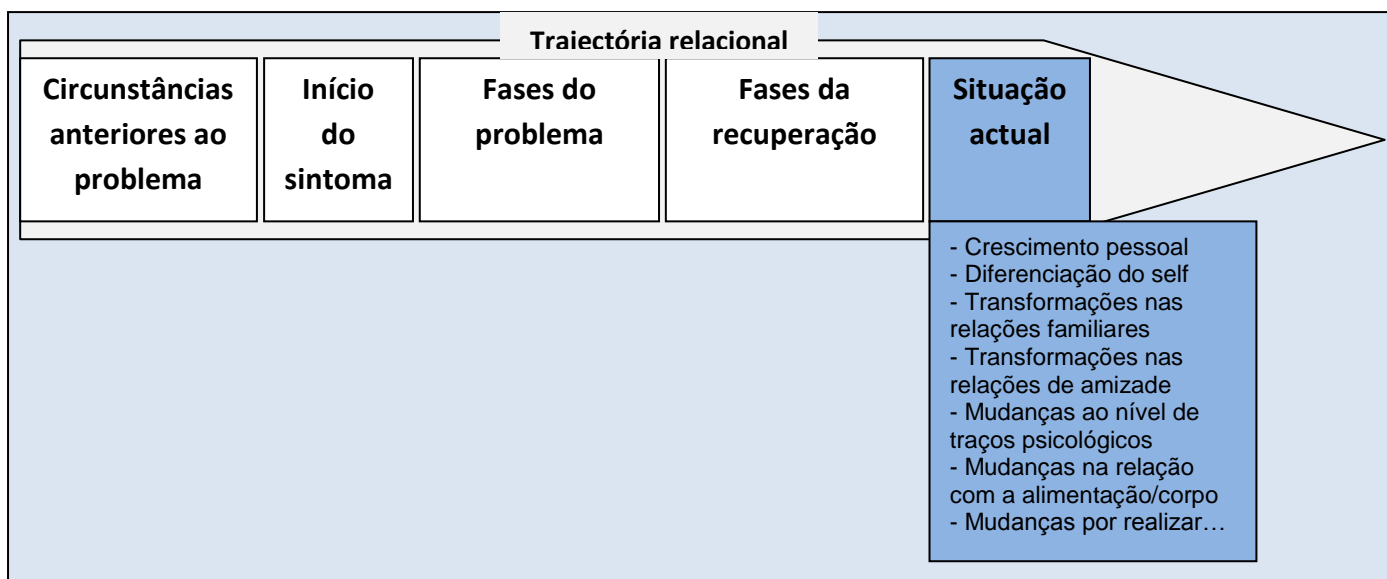


Figura 22. Representação gráfica das trajetórias relacionais: Situação actual

O quadro que se segue fará um resumo das trajetórias relacionadas, nas dimensões temporais analisadas, ao qual se irá seguir um quadro-síntese do ponto 2.2.2.

Quadro 61

Quadro resumo das “Trajetórias relacionais”

Trajetórias de transformação					
N	Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema	Início do problema	Trajetória do problema	Trajetória da recuperação	Situação actual
2	<ul style="list-style-type: none"> - Doença/morte de familiar próximo - Dificuldade do pai ao nível dos afectos /ausência - Dificuldades no diálogo com os pais / sentimento de ser incompreendida pelos pais - Não aprovação de escolhas pessoais / imposição de opções pela família - Percepção de injustiça familiar - Sentimento de ser criticada - Desejo de ser perfeita - Auto-estima baixa 	Ocasional (Transformo u-se num trunfo contra a mãe)	<p>Fase 1: Querer continuar a impor-se aos outros/ querer conseguir controlar o mundo através da restrição alimentar</p> <p>Fase 2: Perder a capacidade de controlar e de se impor</p> <p>Fase 3: Deixar de acreditar, de querer lutar/viver (Depressão)</p>		

	/má relação com o corpo/ pouca confiança em si - Fraca rede de amigos			Fase 4: Querer mudar de vida	
4	- Falta de liberdade - Proximidade e dificuldades na relação com a mãe - Sobrecarga de responsabilidades/expectativas/objectivos	Ocasional (Transformo u-se num trunfo contra a mãe)		Fase 5: Seguir o plano para perseguir objectivo pessoal (N4, N8, N15) ou comer descontroladamente e para evitar a morte/internamento (N2,N18, N23, N16, N6)	
18	- Clima familiar instável e imprevisível - Relação de grande conflito com o pai - Desejo de ser perfeita para evitar ser criticada - Auto-estima baixa/má relação com o corpo - Perda de pessoas significativas	Ocasional (numas férias uma amiga desafiou-a a fazer dieta, algo que ela nunca tinha pensado em fazer) O clima familiar melhorou		Fase 6: Arriscar novos desafios e desenvolver projectos pessoais (Todas) - Altos e baixos alimentares (N2, N4, N6, N8,N15)	
23	- Desejo de ser perfeita - Altas expectativas - Intrusão e rigidez familiar	Ocasional (transforma-se numa forma de poder)		Fase 7: Sentir-se capaz de se relacionar de forma diferente consigo e com os outros (Todas) (- Sentir-se mais bonita)	- Tenho o meu próprio sistema de referências - Sou capaz de me afirmar sem temer o julgamento externo - Sinto-me mais protagonista da minha vida - Sou menos obsessiva, mais extrovertida, mais autónoma, menos perfeccionista, menos autoritária, mais tolerante
16	- Ausência dos pais - Sobrecarga de responsabilidades - Dificuldades interpessoais com os pares	Depressão		- Ser capaz de se impor, de seguir o próprio caminho, de ter o próprio sistema de referências (diferenciação do self)	
15	- Não aprovação de escolhas pessoais / imposição de opções pela família	Depressão		- Ter uma relação diferente com os familiares e com os amigos	- As relações familiares alteraram-se
6	- Mudança de casa - Doença/morte de familiar próximo - Ausência de significativo (pai) - Problemas conjugais e financeiros dos pais - Falta de apoio/ Insegurança - Sobrecarga de responsabilidades/expectativas	Ocasional (herpes) A vida melhorou			- Distingo melhor as minhas amizades verdadeiras - Tenho uma melhor relação com o meu corpo e alimentação - Tento cuidar mais da minha imagem
8	- Perda de amiga - Altas expectativas - ...	Desejo de ser magra para ser aceite/ bem sucedida			- Sei que ainda preciso de...

Quadro 62

Trajectórias relacionais: Quadro-síntese dos resultados

Quadro-síntese dos resultados:
1. As participantes que descrevem trajectórias relacionais mencionam várias circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao início do problema e estabelecem conexões entre estas e o sintoma (com base no significado relacional deste)
2. O início do sintoma é descrito como algo ocasional ou inexplicável, que depois ganha um significado relacional, proporcionando prazer/realização.
3. Se inicialmente as jovens usam a restrição alimentar como forma de se imporem aos outros ou de sentirem que controlam o mundo que as rodeia, a partir de certa altura perdem este controlo/imposição. Numa fase posterior as participantes relatam uma fase em que deixam de acreditar na vida ou de querer lutar por ela, período que antecede a viragem para a recuperação.
4. A recuperação afigura-se como um processo longo e sinuoso. Inicia-se com o desejo de querer mudar de vida, após uma fase de depressão. Algumas jovens optam por seguir o plano alimentar para perseguir um objectivo pessoal, outras optam por comer descontroladamente como forma de evitar a morte ou internamento. Segue-se uma fase de arriscar novos desafios e projectos pessoais, que para algumas participantes é acompanhada de altos e baixos alimentares. O processo de recuperação ainda implica numa fase posterior um período de transformação relacional.
5. A recuperação é descrita como um processo de transformação a vários níveis: a nível da diferenciação do self, das relação com os outros, nomeadamente com os familiares e amigos, ao nível da mudanças de determinados traços psicológicos, ficando em aberto novas mudanças desejadas para este processo de transformação inacabado.

Se até agora fizemos recair a nossa atenção nas trajectórias que se enquadravam no eixo estético e com uma duração curta e nas trajectórias que se enquadravam no eixo relacional, com uma duração longa, representadas na figura abaixo apresentada, pelos círculos azuis, constatamos que algumas narrativas não se enquadram plenamente nestes dois eixos, emergindo um novo grupo de trajectórias, possivelmente híbridas, que denominamos por trajectórias “centradas no self”, sobre as quais nos debruçaremos já de seguida.

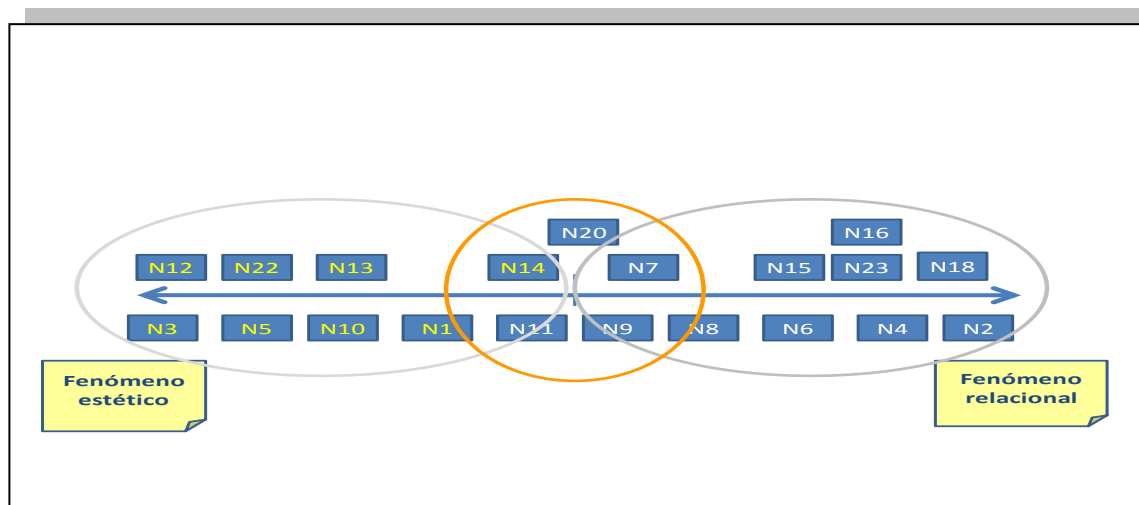


Figura 23. Emergência de um grupo de trajectórias híbridas

2.2.3. Trajectórias centradas no self (ou híbridas)

Filipa é uma jovem de 20 anos. Os primeiros sintomas de Anorexia Nervosa começaram a manifestar-se aos 13 anos, ainda que o diagnóstico só viesse a ser concluído com 14 anos. Filipa relata o facto de, nesta altura, ter terminado repentinamente e sem razão o namoro com um rapaz, mas deixa esta ponta solta, não relacionando com o início da restrição alimentar. Relata ainda outra circunstância importante anterior à restrição alimentar, relacionada com um tumor que a Filipa descobre que tem aos 10 anos. Ousarei agora partilhar com a Filipa a minha versão sobre a sua história de recuperação²⁰.

Ouçote atentamente e sinto-me tocada pelas tuas lágrimas que enchem os teus olhos vivos e que persistentemente tentas que não extravasem de lá. Percebo como deve ter sido difícil teres sido confrontada aos 12 anos com a possibilidade de teres de ser operada, cirurgia que comportava um risco elevado, já que podias ficar paralisada. Ainda que digas que não tinhas *“grande consciência”*, percebi que sentiste medo, medo de não ficar bem. Esta ponta da tua narrativa também fica solta, na medida em que não chegas a estabelecer uma relação entre esta circunstância e o início da restrição. Por momentos, parece que a vais estabelecer quando falas na recusa do *“porquê eu”*, mas a conexão morre por aí, ficando a tua concepção sobre o fenómeno algures no terreno do inexplicável, de *“algo que aconteceu e que agora não consegues explicar o porque é que aconteceu”*. Percebo ainda pela história do problema que me contas que sempre foste muito perfeccionista e que este traço se agudizou na altura da doença, em que após uma dieta que iniciaste no Verão, como tantas jovens da tua idade, iniciaste uma competição contigo própria, que já não conseguiste parar, apesar de por vezes sentires que *“já não estavas a tomar os caminhos mais certos”*. Nesta fase, em que o problema te começou a dominar, começaste a andar triste e cada vez mais isolada de todos: *“Pronto, comecei-me a afastar dos amigos, não sei bem porquê mas..., não tinha grande vontade de andar com as pessoas, sentia-me muito cansada...”* Até que um dia, perante uma nova ameaça da vida, ao ouvires o teu médico dizer: *“Se isto continuar assim não tarda estás a fazer diálise”*, disseste chega! Pediste ajuda aos outros: *“vocês enfiem-me a comida, nem que eu não queira comer, enfiem-me a comida”*, nomeadamente à tua mãe, para recomeçares a alimentar-te e assim se iniciou a tua recuperação. A partir daqui, a tua recuperação foi curta e linear. Percebo que foi importante teres assumido o teu problema perante os teus colegas de turma, para ficares livre dos seus eventuais julgamentos e poderes contar com o seu apoio, no desafio que tinhas decidido travar. E explicaste aos teus colegas que *estavas “a recuperar e que tinhas que comer e que se vissem que te estavas a afastar, para*

²⁰ À semelhança das apresentações anteriores, sob a forma de carta terapêutica, conforme proposto por White e Epsom (1993).

insistirem” contigo. Aos poucos e poucos a tua alegria voltou, mudaste de contexto, de amigos, arranjaste outro namorado, começaste a investir mais nos estudos e levaste a tua recuperação física a bom porto, “sem retrocessos”, apenas com alguns cuidados adicionais. E esta tua recuperação até ficou imune a algo difícil que ocorreu na tua família que foi a saída repentina da tua irmã mais velha de casa, que na altura tinha acabado de fazer 18 anos, como explicas: “Hoje está casada e para já está tudo a correr bem mas na altura... na altura foi um bocado “a F. está a começar...e vem isto”. Mas a nível da minha alimentação acho que não...acho que isso não me influenciou.” Hoje em dia, apesar de achares que tens alguns cuidados com o corpo/alimentação que algumas das tua colegas não têm, já comes de tudo, “sem problema nenhum”. Cresceste com a doença e uma das diferenças que notas é que já não és tão perfeccionista, algo que se nota nos cadernos que agora “já não são assim também”.

Propomos agora a análise das restantes narrativas situadas num ponto central do continuum e denominadas por trajectórias centradas no self, a partir das etapas do percurso consideradas nas análises anteriores.

2.2.3.1. Circunstâncias pessoais e familiares

Nestas narrativas estão presentes algumas circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema. Apenas algumas circunstâncias pessoais anteriores ao problema são relacionadas com o início do sintoma, nomeadamente com características pessoais como o perfeccionismo ou estados psicológicos, como a depressão. Como vimos, através do caso apresentado da Filipa, algumas circunstâncias ficam soltas na narrativa, não havendo a concretização da conexão, ainda que esta seja quase delineada. Vejamos a título de exemplo o caso da Lurdes que fala da pressão exterior que sentia face a determinadas escolhas vocacionais, antes do início do sintoma.

[N7] a escola era a obrigação, eu tinha de tirar boas notas e pronto. E para a minha mãe, para o meu pai, para os meus avós, tudo. Era estudar para eles. E eles queriam que eu fosse para um curso bom, entre aspas bom. Medicina, economia. Esses cursos que supostamente são os melhores. Mas eu, pronto eu não sabia o que é que eu queria.

Gostava de teatro, gostava de cozinhar. Mas eu nem se quer sabia que havia um curso de cozinha. Não sabia, não me tinha informado. Depois vi que havia os profissionais, mas isso. Pronto. Não era suficiente para os meus pais e isso. Então pronto fui para o superior. Mas estudei como se fosse para Medicina, que era para eles não me chatearem. E então fui a primeira colocada na escola, mas fui para um curso que eu queria. Pus em segundo lugar Medicina, mas primeiro eu já sabia que entrava, podia pôr à vontade, porque eu cortava os pulsos se fosse para Medicina. Para Medicina? Nunca na vida.

Ao escutarmos as suas palavras, ficamos intrigados. Apesar de parecer disposta a “cortar os pulsos” para não ir para Medicina, mesmo assim não deixou de colocar em

segundo lugar no seu boletim de candidatura. É notório este sentimento de pressão parental para uma determinada escolha vocacional e esta tentativa de lhes corresponder (“*Depois vi que havia os profissionais, mas isso. Pronto. Não era suficiente para os meus pais e isso. Então pronto fui para o superior*”) e por outro lado a vontade de impor as suas próprias escolhas, nem que para tal tivesse de “cortar os pulsos”. Apesar desta circunstância ser referida como anterior ao sintoma e de parte da trajectória de recuperação ser atribuída à entrada num outro curso - a preferência vocacional desta jovem - em nenhum momento é estabelecida uma relação entre esta circunstância e o início do sintoma. O início do sintoma, como vamos ver de seguida, é descrito como algo que aconteceu sem razão aparente, como uma constipação.

Também no caso da Leonor há referência a uma circunstância familiar curiosa. A Leonor explicita na sua narrativa a super-protecção do seu pai em relação a si, como algo que antecedeu o sintoma e refere também a melhoria do pai neste aspecto como resultado da trajectória de recuperação. Contudo, em nenhum momento estabelece alguma relação entre esta característica familiar e o seu sintoma, atribuindo-o apenas a uma característica pessoal – o seu perfeccionismo, como veremos no ponto a seguir.

[N14] Tipo, o meu pai é uma pessoa muito preocupada comigo...muito, muito, muito... O meu pai é assim. Desde que eu sou pequenita, tipo, às vezes eu ia ao médico por causa duma gripe, e ele já não queria ir, porque tinha medo que o médico lhe dissesse alguma coisa de mais...

Tal como a Leonor, também a Lurdes, a Cristina e a Filipa referem ainda o facto de antes de o sintoma já serem muito perfeccionistas e terem altas expectativas para si próprias.

Quadro 63

Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema

<p>Excertos de narrativas centradas no self, Categoria “Circunstâncias pessoais anteriores ao problema”</p>
<p><i>Dantes mais valia o 20. N7</i></p>
<p><i>Como é que eu hei-de...Eu acho que sempre fui uma pessoa muito...sempre...sempre a fazer planos...“o que é que eu vou fazer?”...listas...muito...não sei... E, claro, isso...a doença, a rigidez era quase como fazer uma lista daquilo que vais fazer, os exercícios...e a comida, pronto, isso aí nem se fala.</i></p> <p><i>I – É como se já tivesse um pequeno treino para isso?</i></p> <p><i>C – Sim, sim. Eu própria já era assim. Claro que... N11</i></p>
<p><i>I – Já queria ir para medicina nessa altura?</i></p> <p><i>L – Não é que queria ir para medicina...eu...Eu nunca defini “Ah, quero ir para medicina”, só que eu pensava para mim “Ah, quero ter o máximo de notas possível, para poder ter...poder escolher aquilo que quiser”. Pronto, lá no fundo “Ah, medicina...” N14</i></p>
<p><i>Sou perfeccionista, sempre fui e acho que nessa altura então era mesmo! N20</i></p>

Em jeito de sistematização, apresentamos a figura seguinte com o diagrama da trajectória híbrida que será sucessivamente completado.



Figura 24. Representação gráfica das trajetórias centradas no self: Circunstâncias anteriores ao problema

2.2.3.2. Início do sintoma

Nestas narrativas, o início do sintoma é narrado como algo que acontece de forma inexplicável, sem nenhuma razão aparente. Não é descrito como um desejo intencional de ficar mais magra (como nas trajetórias estéticas), nem como uma forma de afirmação perante os outros ou de controlo parente o meio envolvente (como nas trajetórias relacionais). As jovens enfatizam o lado inexplicável do início, pelo facto de não terem desejado ser mais magras. Vejamos então os seguintes quadros com extractos ilustrativos:

Quadro 64

Trajectórias centradas no self: Início do sintoma como algo inexplicável

<p>Excertos de trajetórias centradas no self, categoria “Início do problema”, Sub-categoria: “Algo inexplicável”.</p>
<p><i>Eu comecei a emagrecer mas na altura não me lembro de me achar gorda. Não sei muito bem o que aconteceu. (...) Nunca fui gorda. Nunca me lembro de olhar e achar-me gorda por isso é que eu não me lembro muito bem do que é que aconteceu. Aconteceu (...) Depois nessa fase, não sei se foi por me ter começado a centrar mais na imagem, ou isso, sentia-me mal, era o que vestia, achava-me feia, não era o achar-me gorda, era o achar-me feia mesmo, e foi à volta disso. Foi um período mau da minha vida. Não tenho explicação para o que aconteceu. N9</i></p>
<p><i>Eu sabia que era magra, mas, pronto, foi experiência. Nunca ninguém me disse que era gorda, porque estaria a mentir e eu sabia. Não sei, foi completamente...foi estranho. (riso) N11</i></p>
<p><i>Correu tudo muito bem. Não tive sozinha, a minha melhor amiga também foi comigo... Adaptei-me super bem...Arranjei... Adorei a escola... Por isso... É assim, eu não tenho explicação, aconteceu... Não tenho assim... Nunca ambicionei ser magra, nem me achava gorda. (...) Eu não sei muito bem porque é que aconteceu...Eu nunca fui de ligar muito a...Não foi pelos motivos que se costumam falar na televisão de querer ser bonita, querer ficar mais magra, porque eu nunca liguei muito a isso. Eu não percebo bem porque é que aconteceu... (breve pausa) E... (pausa) E também não percebo muito bem como é que uma pessoa, sabendo que aquilo faz mal, que o que está a fazer faz mal, não consegue mudar...nem parar...que eu não consegui mesmo... N14</i></p>
<p><i>Aconteceu! Uma doença como uma constipação. Qualquer um pode apanhar. Não me parece que haja uma razão específica nem tipo uma razão para toda a gente. Acho ... sei lá... acontece. N7</i></p>

Como é que eu vejo? Não sei, foi algo que aconteceu e que agora eu não consigo explicar o porque é que aconteceu. E... é difícil como é que eu cheguei até àquele ponto. E quando vejo outras pessoas na mesma situação, apetece-me ir lá e ... abaná-las! Acho que, pronto na altura uma pessoa não se apercebe e vai, vai-se deixando levar e... É algo do foro psíquico, nada físico. Que tem consequências físicas mas que não é físico para ser mais exacto. Hum...que pode acontecer a qualquer pessoa magra, gorda, muito gorda, de qualquer extracto social, e que... não sei, pode acontecer pelos mais diversos, eu não sei porque razão é que me aconteceu, hum... se calhar já me tentaram explicar, se calhar faz sentido o porquê mas... não tem que surgir por nada em concreto. É algo, é psicológico, acontece e não sei como. N20

Quatro das cinco entrevistadas complementam esta descrição do início do sintoma como algo inexplicável, com a conexão com algumas das suas características psicológicas, nomeadamente o perfeccionismo e a baixa auto-estima.

Quadro 65

Trajectórias centradas no self: Início do sintoma como reflexo do perfeccionismo/baixa auto-estima

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Início do problema”, sub-categoria “Reflexo do meu perfeccionismo/controlo/baixa auto-estima”.
<i>Foi um bocado o reflexo de um perfeccionismo, em tudo, nos estudos, não sei quê. N7</i>
<i>Eu controlava tudo. É assim, eu controlo muitas coisas, tipo: estudar, tenho aquelas horas...tem de ser mesmo tudo...super controlado. E então acho que isso também se repercutiu na comida...E só podia comer aquilo e aquilo... Depois, eu lembro-me, de às vezes de ir...estar a estudar... e às vezes estou a estudar e “Ah, vou comer qualquer coisa”... Eu tipo, levanto-me e dá-me essa vontade e chego à beira do frigorífico e não comia, tipo, não comia... Definia mesmo que não... Não porque “Ah, vou ficar gorda se comer isto”, não. Simplesmente não comia. (...) E acho que era... Também acho que era esse aspecto de controlar... Não sei... N14</i>
<i>Depois nessa fase, não sei se foi por me ter começado a centrar mais na imagem, ou isso, sentia-me mal, era o que vestia, achava-me feia, não era o achar-me gorda, era o achar-me feia mesmo, e foi à volta disso. N9</i>
<i>Sei lá...a procura pela perfeição...Eu, pelo menos, sou perfeccionista e nesse aspecto também continuava a ser perfeccionista, quer com o meu corpo, quer com aquilo que comia, tudo analisado ao pormenor... (...) Para mim foi. Não sei se para outros, mas no meu caso, eu não procurava atenção... Inicialmente, nem sequer procurava uma imagem...como é que eu hei-de explicar...porque eu já era magra e sabia que era magra...nem de perto, nem de longe tão magra que eu agora sei que fui, isso nem pensar, mas sabia que era uma pessoa magra, mas daquele magro...normal, pode-se assim dizer...mas queria mais um bocadinho e tal, e não sei quê...Mas depois, claro, isso envolvia um grande controlo, implicava, sem dúvida...controlo, acima de tudo uma rigidez incrível, incrível. Ainda hoje fico espantada como é que era capaz. N11</i>

Nestas narrativas, são descritas reacções parentais ao sintoma que não parecem alimentar o sintoma, porque exacerbam algo que as jovens já não gostavam de sentir. Assim, o sintoma não parece trazer ganhos relacionais, pelo contrário parece acarretar consequências relacionais negativas.

Quadro 66

Trajectórias centradas no self: Reacção inicial dos familiares ao sintoma

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Início do problema”, sub-categoria “Reacção dos pais ao início do sintoma”.
<i>A minha mãe mal me via a comer menos fazia desde ... via-me a comer menos um bocadinho e já fazia uma festa. (...) Uma festa no sentido: Ai que tu ficas doente, e não sei o quê. (...) Porque a minha mãe começou-me logo a bombardear com aquelas coisas um bocado hipocondríacas. Mas... pensei logo nisso. Ao início acho que ouvia mas não achava. N7</i>
<i>Com o meu pai nunca foi muito problema. Era mais com a minha mãe. Porque a minha mãe</i>

<i>pressionava-me mais. E dizia: ah, estás feia. E fazia-me sempre sentir pior. N9</i>
<i>Até foi ela (a mãe) que me levou ao médico, ao pediatra, quando eu ainda nem sequer tinha perdido peso. Ou seja, ela já achava que estava magra, portanto quando eu perdi... (riso) Aquilo foi assim uma coisa fora de série... N11</i>
<i>Ele disse-me que aquilo foi um terror para ele... E não chegou a metade daquilo que certas pessoas passaram. Ele diz que aquilo foi mesmo um terror para ele... (...) Ele diz que se não fosse a minha mãe, que...que tinha saído de casa, que não aguentava mesmo como me via... N14</i>

Vejamos agora representado na figura abaixo apresentada a síntese do início do sintoma conforme descrito por estas participantes.

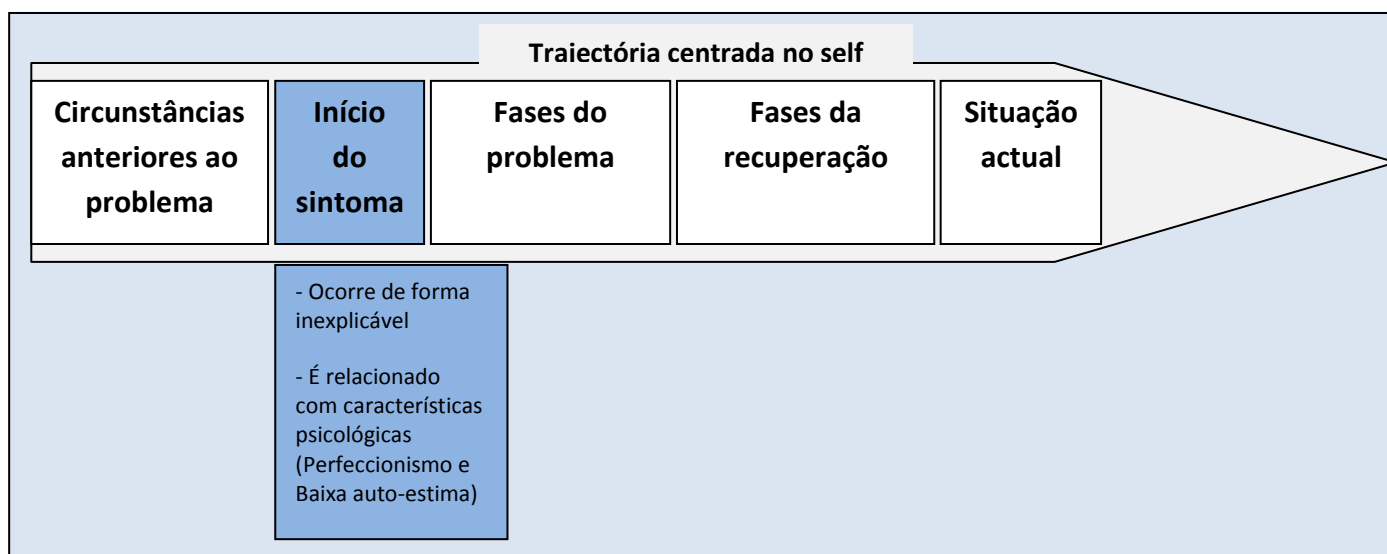


Figura 25. Representação gráfica das trajetórias centradas no self: Início do sintoma

2.2.3.3. Fases do problema

A primeira fase do problema é o início da restrição alimentar, que acontece de forma inexplicável, sem que as jovens assumam o protagonismo por tal e que continuam movidas pelo seu perfeccionismo ou devido à sua baixa auto-estima.

Quadro 67

Fase I do problema: Restrição alimentar movida pelo perfeccionismo/ Baixa auto-estima

Excertos de trajetórias centradas no self, categoria “Fase do problema”, sub-categoria “Restrição alimentar movida pelo perfeccionismo/baixa auto-estima”
<i>Eu fazia desporto e tudo. Achava que comer menos um bocadinho não me ia fazer mal. Só por um bocadinho, depois começou mais, era aquela coisa do perfeccionismo, querer comer menos um bocadinho, menos um bocadinho, menos um bocadinho. N7</i>
<i>Depois comecei a emagrecer muito. Depois perdi a auto-estima, depois isolava-me, depois começavam-me a pressionar, a andar toda a gente à minha volta, depois chegou a um ponto em que não estava com bom aspecto, não gostava do que comia, ao espelho não gostava da minha cara, não gostava do meu corpo, depois já tinha vergonha de ir às aulas. N9</i>
<i>E depois comecei a pensar “E se eu perdesse mais um, como é que eu ficava?”, “E se eu</i>

perdesse outro?”. Eu não tinha muito para perder, porque eu já era de facto magra e antes de pôr o aparelho a minha mãe já estava preocupada “Tu és tão magra para a tua idade!” “Não se preocupe”, dizia o médico, mas de facto depois de perder aqueles 8kg, mais ou menos, para uma pessoa muito magra, já fiquei... N11

Só que depois começou a ser e depois tive o... (breve pausa) fiquei mais magra e queria ainda ficar mais magra e...não é que eu quisesse ficar mais magra, mas não queria comer...e isso...não queria comer, não era para ficar magra, era por não querer comer...tipo, ao não querer comer, ficava mais magra... E depois, se havia um dia em que comia uma quantidade, no dia seguinte não podia comer mais do que essa quantidade... e então isso ainda fez com que ficasse pior. N14

Segue-se, conforme todas as outras trajectórias, uma fase em que há perda de controlo relativamente à restrição alimentar.

Quadro 68

Fase II do problema: Perda de controlo da restrição alimentar

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Fase do problema”, sub-categoria “Perda de controlo da restrição alimentar”.

Quando comecei a ir ao psicólogo e ao psiquiatra e ele a dizer que me ia internar e não sei o quê. Só que nessa altura já era muito complicado eu voltar a fazer ao contrário.

Tipo voltar a comer outra vez. Até porque como me tiraram do basquete, que era o desporto que eu fazia há bué de anos, e eu sentia que se eu comesse, e não fosse a seguir treinar ou qualquer coisa, ia engordar bué. Então era complicado. E além disso na altura tomava bué de comprimidos que não me fazia muito bem ao sistema. Eu acho (ri-se). Estava a tomar tipo 7 comprimidos por dia, uma coisa bué exagerada. N7

Depois era uma bola de neve, quanto menos comia, mais feia ficava, mais feia me achava, mais comida ficava, menos comia, depois sempre aquela pressão . E depois quando cheguei a um ponto em que comia pouco mas achava que se voltasse a comer normal ia engordar muito. Foi depois de já estar muito magra. N9

E eu não conseguir controlar depois...saber que nos faz mal...não conseguir fazer...ter atitudes que nos façam ficar melhores. Apesar de saber de tudo... É isso... é mais forte do que nós...o que a nossa cabeça pensa... N14

Eu acho que não, quer dizer depois de eu ir às consultas e assim, eu às vezes acho que tinha momentos em que sentia que... que não estava, que aquilo não estava a tomar os caminhos mais certos, mas também sentia que não conseguia ir contra

Segue-se uma terceira fase, coincidente com a fase de isolamento narrada em algumas trajectórias estéticas (N20) e coincidente com a fase da depressão (nos casos de N7 e N9), semelhante à terceira fase das trajectórias relacionais, uma fase de depressão em que as jovens relatam sintomas como tristeza, anedonia e desesperança, não contendo contudo descrição de comportamentos auto-destrutivos, como apareciam em algumas narrativas relacionais anteriormente expostas.

Quadro 69

Fase III do problema: Isolamento/Depressão

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Fase do problema”, sub-categorias “Isolamento” e “Depressão”

Não tinha vontade, andava ali com comprimidos, eu não tinha vontade nenhuma, eu queria era dormir e estudar. N7

Eu sentia que ninguém me conseguia ajudar. Não havia maneira de me conseguirem ajudar. Então começava-me a sentir no beco sem saída. Achava que nunca ia conseguir ficar melhor,

porque eu sentia-me mal, depois sentia-me mal mas também não via maneira de depois me sentir melhor. Então começava a sentir que não tinha nenhuma solução para mim, porque não via nenhum fim à vista para aquilo melhorar. Depois sentia um grande isolamento, depois cheguei a um ponto em que não tinha gosto nenhum, pela vida, por nada, não gostava de fazer nada, só queria ficar em casa para ninguém me chatear, ninguém me ver. (...) Porque estava era deprimida, era mais essa a questão. N9

Comecei-me a afastar dos amigos, não sei bem porquê mas..., não tinha grande vontade de andar com as pessoas, sentia-me muito cansada... porque apesar de eu ter desistido da natação, continua a fazer exercícios, não é? Em casa. Mas depois chegou a uma altura em que já nem isso conseguia fazer porque já estava mesmo debilitada. E pronto, acho que fui-me afastando. Toda a gente diz que eu andava triste. (...) Não tinha vontade, estava sempre triste, então... só falava com aquele amigo. N20

Eu era como era, e queria estar sempre isolada. N14

Vejamos agora a sistematização das fases do problema na seguinte figura:

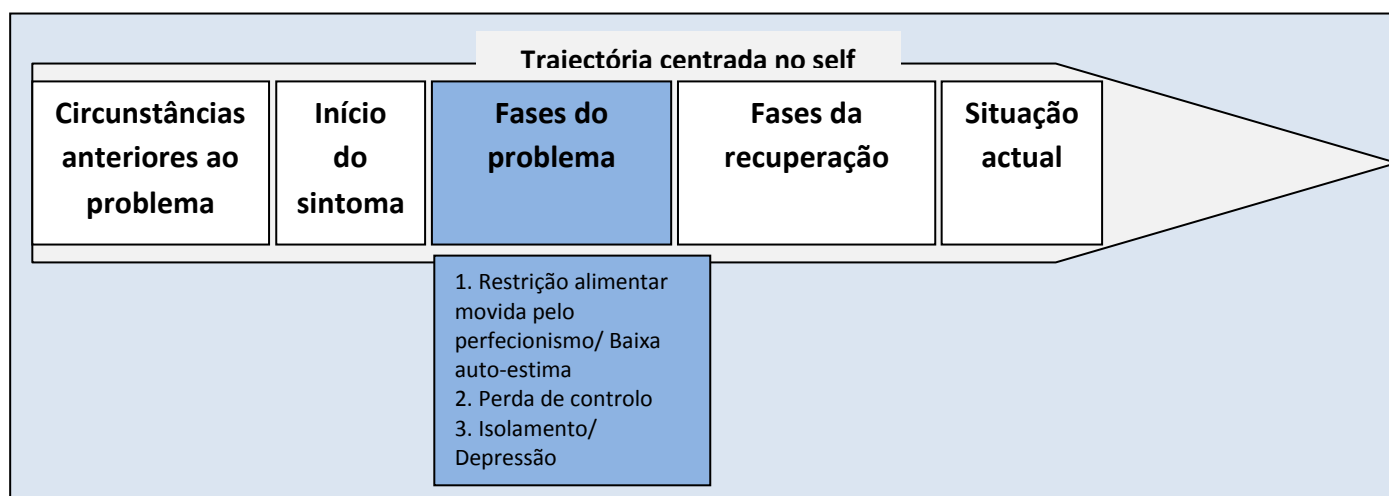


Figura 26. Representação gráfica das trajetórias centradas no self: Fases do problema

2.2.3.4. Fases da recuperação

Se em algumas destas trajetórias a fase do problema é relativamente longa, a fase de recuperação propriamente dita nestas trajetórias é descrita como simples e curta, como esta entrevistada nos esclarece:

[N11] *Iria começar quando eu entrei aqui (referindo-se à entrada nas consultas de comportamento alimentar) ...Porque o caminho que eu percorri, desde que entrei aqui até começar a recuperação efectiva, aquele ganho de peso efectivo, que não retrocede... esse caminho foi muito mais longo e muito mais complicado, do que o tal início de recuperação efectiva até ter alta, sem dúvida muito mais longo, muito mais complicado, não fazia sentido não estar no livro... (risos)*

Estas trajetórias de recuperação têm características mistas, sendo algumas mais parecidas com as trajetórias estéticas, como o caso de N11 e outras mais parecidas com as trajetórias relacionais, como o caso de N9. Vejamos para já excertos da narrativa de N11:

[N11] *Eu não sei como é que consegui fazer aquilo, mas eu numa semana...aumentei de peso, engordar 1kg... 1kg, isso aí foi assim... Para o Dr. X foi uma coisa fascinante, 1kg, quer dizer... Eu devia aumentar 1,200kg, mas aumentava sempre 100gr, quando aumentava 200gr... E*

aquele quilo para ele foi fascinante...Para mim, foi um horror! (risos) (...) Foi, foi porque geralmente eu tinha sempre o controlo e 1kg... 1kg é sempre um bocadito! Não... Não foi qualquer coisa...foi algo mais... Eu não notei, porque se tivesse notado não tinha deixado... Foi qualquer coisa que eu fiz diferente... Aquilo aterrorizou-me um bocadinho, tanto que eu voltei outra vez a descer... Mas não foi por aí... Mas depois sim, aumentei... Não sei... Primeiro, foi o tal passo pequenino... Fiz... Agora já não me lembro exactamente o quê... Decidi que ia começar a fazer qualquer coisa que ele dizia lá no plano, que eu não fazia normalmente... E só isso foi o suficiente para eu aumentar 600gr, que mantive... E foi a partir daí... "Bom, eu nem estou assim muito mal, até... Eu até já nem..."

A partir do momento em que aceitei que...comecei a aceitar com muita força que estava doente, a recuperação foi sempre no sentido ascendente. Claro que com medo...eu lembro-me de uma consulta dois meses...Eu acho que ele me deu dois meses, dois ou três meses...foi no Verão...há sempre aqueles problemas, férias de uns, férias de outros e...deu-me dois meses e meio, três meses e quando cheguei tinha aumentado 3kg...Eu fiquei assim: "Não! Isto é muito para mim!". E mesmo assim continuava com o índice baixíssimo não, mas baixo. Não podia ter alta de forma nenhuma, mas..."Não, não. Isto é muito. É mesmo muito." Mas se vir, de facto, 3kg eu notei logo na roupa, não é? E eu, então aí, quando comecei a notar muito na roupa, achei que...Mas, não voltei para trás, mesmo assim.

A trajectória de recuperação efectiva desta entrevistada é descrita como curta e linear a partir do momento em que admite o problema e segue o plano, conforme as trajectórias estéticas. A única diferença é que o protagonismo pela recuperação não sucede desde o início. Há inexplicavelmente um aumento de peso que vem catapultar o sentido de agência.

Já a trajectória da Isabel é marcada por altos e baixos alimentares, mesmo após o início da recuperação. Também nesta trajectória não há total assumpção do protagonismo da recuperação. Quase sem reparar a Isabel vai vivendo novas experiências que a fazem sentir-se mais descontraída e pensar menos na restrição alimentar, como ela nos explica:

[N9] *Mas entretanto comecei a praticar um desporto que foi o que me ajudou. Para mim, foi o que me ajudou. (...) Ao almoço não estavam a reparar se eu comia muito ou comia pouco. Não falavam sobre isso, não estavam sempre a falar nem a reparar. Muitas das vezes não falavam mas eu dava conta que estavam a reparar. Ali nos karts não. Ali eu era um piloto como os outros, era mais um. Claro que muitas vezes tinhas as pessoas mais próximas de mim mas sentia-me, não me lembrava que tinha aquele problema. Se fosse naquele dia eu andava completamente descontraída. Falávamos de outras coisas, estávamos a falar de um assunto que me interessava, depois, era outra maneira de falarem comigo também, ninguém reparava se eu comia, deixava de comer, porque era um meio em que eu estava há pouco tempo, então não sabiam como era antes, se eu estava mais magra ou não, não me julgavam por isso.*

No dia em que tinha treino andava completamente descontraída. O que eu queria mesmo mesmo era fazer bons tempos, então tinha de ter força, então comia, era mais ou menos isso. (...) A partir daí comecei a ganhar peso. Ir aos treinos, ir ao ginásio, tinha uma vida normal, as pessoas sem me tratarem como se eu fosse diferente. (...) E íamos à hora de almoço, eu comia uma sandes no bar e íamos. Quando saía do ginásio, mesmo já não sendo a hora de almoço, saía com ele, comíamos umas bolachas depois ainda ia almoçar. Saía do ginásio mais descontraída e depois já comia normalmente, por minha livre vontade.

Depois a terceira fase, comia descontrolada. Comia imenso. Muito, muito, muito e depois fazia-me confusão porque parecia sempre que eu comia muito mais do que as outras pessoas. E comia, eu comia muito mesmo. Mas não me sentia bem se ninguém comesse assim tanto como eu. (...) Depois chegou uma fase em que eu estava mesmo a ficar gorda. Não era gorda, mas estava a ficar mais cheinha. Dessa fase não me lembro muito bem. Só me lembro de achar sempre que comia mais que as outras pessoas, porque comia descontrolada. E depois parecia que quanto mais comia, mais ansiosa ficava e mais comia. Começava a ficar muito ansiosa de estar a comer muito. E depois comia mais e mais e mais. Mas não me lembro o que é que sentia, já não me lembro. Nessa altura às vezes ainda pensava: Oh, comi muito mais do que o plano. Oh, compenso amanhã. Era capaz de fazer isso, mas no dia a seguir voltava a comer

descontrolada. Porque estava com aquela ansiedade de ter de fazer igual ao plano. Já não estava a conseguir, comia coisas fora do plano.

Depois cheguei a um ponto em que eu já não sentia essa ansiedade. Já comia normalmente sem me preocupar se os outros comiam mais ou menos do que eu.

Também nesta trajectória, a recuperação não se inicia como nas trajectórias relacionais com o sentido de agência traduzido no desejo de mudar. Neste caso, a experiência de prazer e de mestria conseguida através da iniciação num novo desporto vem catapultar a necessidade de aumento de peso e desviar a atenção do peso para outro objectivo: os treinos e campeonatos.

Há dois aspectos comuns e particulares às 5 trajectórias centradas no self. O primeiro é o facto da recuperação pressupor o investimento dos estudos, que em nenhum momento foi abandonado e que surge como uma importante forma de canalizar os pensamentos/energias para um objectivo diferente do peso. Vejamos o seguinte quadro:

Quadro 70

Fase da recuperação: Investimento escolar

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Fase da recuperação”, sub-categoria “Investimento escolar”
<i>A escola, sem dúvida. Foi esse o principal ponto que me fez mesmo mudar... Porque, por exemplo, eu até nem queria, isto é um exemplo um bocadinho à parte. Eu nem queria seguir medicina, mas no 10º ano se quisesse tinha-me invalidado...por causa das notas. Porque é muito absorvente esta doença, nós ficamos muito fixados e eu sabia que enquanto continuasse obcecada por aquele controlo, não iria conseguir ter o rendimento. E depois todas as consequências inerentes ao baixo peso... E, pronto, eu não queria, de todo! Mesmo! A escola era o principal, eu tinha que passar isto, tinha que conseguir concentrar e focar-me na escola mesmo... eu queria assegurar, de facto, que depois de tanto trabalho e dedicação, que eu entrava onde quer que eu quisesse... Não consegui bem, mas quase... I – Portanto, mesmo que não precisasse de notas tão altas? C – Exactamente. Para aquilo que eu queria não precisava, de todo, mesmo. As pessoas: “Tu andas a trabalhar para o boneco!”(risos) C – E eu: “Está bem”. I – Mas, o que era? Era uma questão de segurança, para si, era? C – Sim, sim... Ai está, porque eu catalisei...porque uma das coisas mais importantes da minha vida, sem dúvida, é a escola e então eu queria...queria mesmo ter boas notas! Se eu me esforçava, “quero ver isto traduzido nalguma coisa”. (riso) N11</i>
<i>O meu medo também durante a recuperação, quando já estava mais ou menos no: “Já não posso ir para trás...”. Imaginando que eu mudo de ideias e quero ir para medicina... (riso) Eu não tinha média se quisesse, por causa do 10º ano, em que estava pior... e eu não queria,</i>
<i>Eu “Consegui, consegui cá entrar”, porque eu esforcei-me muito, tive medo disso... Até por causa de...o facto de ter tido esta doença...eu sei que eu não parava de estudar, começava às duas da tarde acabava às oito da noite, não parava, não queria parar... Então, tipo, eu sei que me esforcei muito, acho que foi uma recompensa... N14</i>
<i>Quando eu fui praxada, o primeiro semestre eu não tinha aulas, porque eu tinha feito primeiro semestre no outro ano. O segundo semestre é que eu não fiz. Então nesse semestre estava a trabalhar, ia à escola por desporto, ia fazer as aulas de cozinha, porque já tinha feito essa cadeira mas gostava de ir, e cheguei a fazer um estagiozinho pequenino de cozinha. Ia a casa de uma senhora cozinhar também, ela pagava-me para isso. Distribui o jornal, andava no ginásio, ia à praia, tinha sempre coisas para fazer. E pronto. E conheci toda a gente que havia para conhecer eu conheci. Toda a gente do curso, da escola, das redondezas. N7</i>
<i>Mas, a nível dos estudos até foi bom porque eu era assim...era adolescente, queria lá saber. Nunca fui má aluna mas também não me dedicava assim muito. Depois passei-me a dedicar e a partir daí fui sempre boa aluna. N20</i>
<i>Havia dias em que eu saía de casa e olhava para ao espelho e chegava à escola e não tinha</i>

coragem de ir para as aulas. Voltava para trás. (...) Não me pressionavam muito em relação a isso, porque eu também estudava e depois compensava com os estudos, estudava bastante, nunca baixei as notas por causa disso. N9

O outro passo importante nestas trajectórias é a integração num contexto de pares, que permite a saída do isolamento e a conquista de um sentimento de pertença e aceitação e que permite ainda o distanciamento do rótulo de doente ou dos pensamentos relacionados com o peso e comida.

Quadro 71

Fase da recuperação: Integração num novo contexto de pares

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Fase da recuperação”, sub-categoria “Integração num novo contexto de pares”
<i>Depois também conheci pessoas totalmente novas...muita gente nova...entrei para a faculdade, não é? E... E acho que me fez super bem. Por exemplo, uma coisa que eu notei foi que, no início do ano, ainda estava mal, e não queria saber de nada, até desisti da praxe e tudo... Depois, quando comecei a ficar melhor, quis mesmo participar e...e fiz tudo para poder ir lá outra vez, para ter mais convívio com as pessoas e tudo. E acho que...lembro-me de que quando voltei para a praxe foi...um grande passo, que acho que fez com que eu me adaptasse a muitas coisas, tipo, eu tinha que ir, tinha de fazer e...e ia e fazia, não me importava...acho que foi... N14</i>
<i>De chegar à praxe e logo no primeiro dia que cheguei à praxe e estar com os meus amigos, caloiros todos, e cantar aquelas músicas todas com eles, e senti-me igual aos outros. Se calhar foi um dos momentos bons. Voltar à escola e sentir-me igual aos outros. (...) Primeiro cheguei à escola e ninguém me reconheceu porque eu estava bué de diferente, com uns quilos a mais. Depois juntei-me aos outros caloiros e depois quando foram escrever no meu passaporte eu disse o meu nome. E eles: Ah!, tipo lá ficava tudo a olhar para mim. Mas não era aquele olhar de pena, era aquele olhar bom. E depois sei lá. Andei lá aos saltos e a cantar. Senti-me mesmo parte do grupo, lá dentro. Dantes era o grupo e eu fora. E eu agora estava lá dentro e estou, eu agora estou sempre. (...) Ah, estava feliz por ser igual. (...) Sentir-me recuperada é tipo ficar igual aos outros. Em Lisboa só me conheciam doente, cá só me conheciam boa. Cá no Porto. No Estoril eles conheciam-me doente. E viram-me normal e não me reconheceram. N7</i>
<i>alegria acho que voltou logo. Logo passado algum tempo. Os amigos também, mudaram, não é? Porque mudando de escola e assim, mudaram (...) E eu ter ido para uma escola nova não me meteu medo nenhum. Ia...já ia convencida de que ia arranjar amigos, depois até encontrei uma amiga que tinha andado comigo. I. Portanto, foi sozinha a primeira vez...? F. Fui sozinha. I. E estava confiante? F. Estava...quer dizer, há sempre aquele medo de como é que será. Como é que será a turma e como é que será isto. Primeiro dia e...vai ser bom. E fui bem recebida e pronto. N20</i>
<i>Eu ia treinar a B. Já foi para aí há 5 anos. E na altura também começou a correr um rapaz que tinha ficado na minha equipa. Ele era da minha cidade. O pai dele, agora chamo o padrinho pronto, na altura fomos treinar nesse dia, normalmente íamos o dia todo e almoçávamos lá no bar. E ele: tens de comer, tens de comer, se não depois não tens força. Ele foi militar e tinha assim uma maneira de dizer as coisas assim. E insistia muito comigo, mas sem ser daquela maneira que insistiam os meus pais. Era diferente, porque não julgava, só dizia: anda lá, anda lá, come mais esse bocado. Mas era mais na brincadeira, tipo a puxar por mim. Não era tipo: anda lá, tens de comer, tem algum jeito. Era diferente. E lembro-me perfeitamente, que eu sempre que era para ir treinar, principalmente que era lá em B. e eu ia com ele, eu comia normalíssimo o almoço, ainda comia gelado de sobremesa, tudo normal. E foi, onde senti mais, foi nesse dia. E depois a partir daí sentia-me normal, estava completamente descontraída, comia normalíssimo, ainda comia um gelado, sentia-me completamente descontraída em relação à comida, olhava, comia, não ia pensar. Depois quando acabavam os treinos eu ia para casa e via que andava mais descontraída, andava bem. Depois se andava sem treinar, se calhar ficava pior. No dia em que tinha treino andava completamente descontraída. O que eu queria mesmo mesmo era fazer bons tempos, então tinha de ter força, então comia, era mais ou menos isso... N9</i>

Nestas trajectórias *centradas no self*, a recuperação afigura-se como um processo híbrido, entre o relacional e o estético, como sistematiza a seguinte figura:

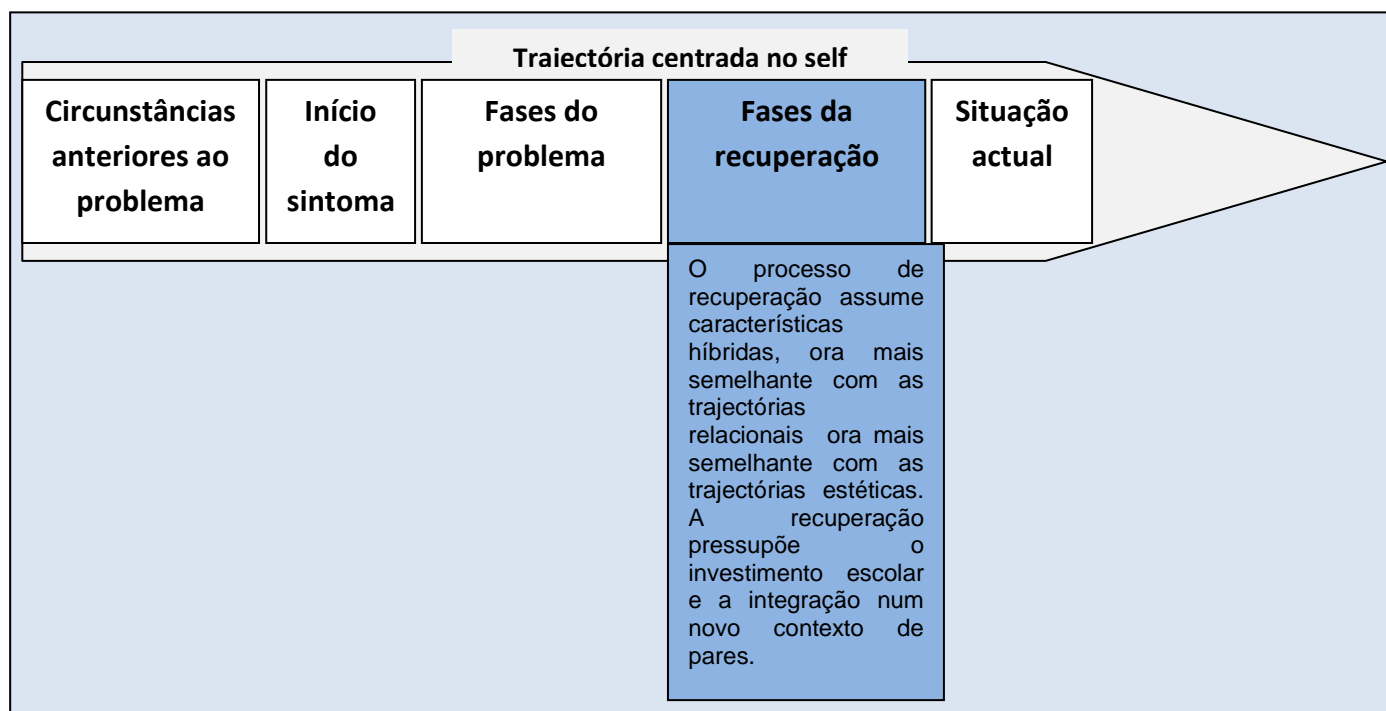


Figura 27. Representação gráfica das trajectórias centradas no self: Fases da recuperação

2.2.3.5. Situação actual

Nestas trajectórias a descrição da situação actual das jovens face ao que lhes aconteceu remete para mudanças ao nível de algumas das suas características pessoais, nomeadamente o abdicar de algum perfeccionismo e controlo e o adoptar de uma postura mais flexível perante as obrigações.

Quadro 72

Situação actual: Mudanças ao nível de determinados traços psicológicos

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Situação actual”, Sub-categoria “Já não sou tão perfeccionista/ Tão controladora/ sou mais flexível!”
<i>Para mim agora um 16 é óptimo. Eu não quero 20. Eu digo. Eu tirei um 13 no ano passado que eu nem sei como e fiquei bué de contente, para mim é óptimo. Claro que era melhor ter mais mas eu acho que é melhor mesmo eu ter as notas que tenho e ter a vida que levo. Porque acho que as notas agora não são tudo. N7</i>
<i>Sou uma pessoa mais calma. Antes exigia muito. Por exemplo, em relação às aulas, eu tinha mesmo depois sentia frustração se não conseguia estudar, ou... uma vez estava a estudar e estava muito cansada e já não conseguia, ou tinha uma crise e já não conseguia estudar, agora se não conseguir penso: hei-de conseguir mais tarde, ou mais logo. Também se não fizer desta vez, faço para o ano ou assim. N9</i>
<i>Ai, do que é que eu já estou bem? (riso) Hum, daquele controlo excessivo, sem dúvida. E continua a haver o medo, não é? Porque isto é algo... não posso dizer que estou</i>

completamente, como se não tivesse acontecido nada, porque estava a mentir. (riso) Mas, pelo menos, hum, sei que aquele controlo que eu tinha, já não tenho, pois nota-se! (riso) Senão... Não, já não... pronto, acho que já consegui ultrapassar isso e... mas não consigo, acho que aquilo que eu perdi de facto foi a força de vontade de levar aquele controlo rígido, aquela coisa toda até ao fim. Isso sim, sem dúvida que perdi. (riso) De resto... N11

A vida destas jovens parece deixar de se mover apenas em função de obrigações para passar a incluir a perseguição de outros interesses, simplesmente pelo prazer que podem proporcionar

Quadro 73

Situação actual: Prazer em fazer coisas

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Situação actual”, Sub-categoria “Faço coisas apenas por prazer”
<i>Os meus hábitos são completamente diferentes. Eu já não vivo só para a escola. Para a escola, claro, mas agora não é escola, é um sonho. Agora é tipo: eu quero ser cozinheira à bué de tempo, desde que sou chavala. E quero mesmo, e vou para as aulas porque gosto, não é porque tem de ser. E faço depois à parte dos trabalhos, sei lá não há uma noite que eu não saia para ir beber café e vou fazer desporto porque gosto, já não é aquela cena do basquete. Eu gostava mesmo do basquete mas agora é de fazer desporto, qualquer que seja, e também vou todos os dias. Faço coisas diferentes. E agora estou lá em baixo, tenho a sorte de ter carro, vou visitar bué de sítios e conheci outro tipo de músicas, vou a concertos, sei lá, faço coisas diferentes das que eu fazia. Já não vou para as compras, outra cena que eu fazia bué. Era capaz de ficar metida num shopping e ir ao cinema. Agora não. Sou capaz de ficar na serra um domingo inteiro. Sou completamente diferente. N7</i>
<i>Eu até quando...eu quando andava...no ano passado estava...não era sempre triste, mas...não tinha vontade de fazer nada. (breve pausa) Eu agora quero sair...eu não saía praticamente com as minhas amigas...nada. Eu não me interessava por fazer isso, também. Agora não, agora quero e gosto e... é totalmente diferente. É só mesmo mais por...agora conviver mais com as pessoas e... N14</i>

Relativamente à relação com a imagem corporal e com a alimentação, estas jovens não revelam dificuldades na relação com a comida, parecendo não apresentar os conflitos de outrora. Contudo nem todas se apresentam satisfeitas com a sua imagem corporal, ainda que procurem aceitar-se tal como são.

Quadro 74

Situação actual: Mudanças na relação com a alimentação, mudanças por realizar na relação com o corpo

Excertos de trajectórias centradas no self, categoria “Situação actual”, Sub-categoria “Não tenho problemas com a alimentação” e Sub-categoria “Falta-me ter a imagem que quero
<i>Falta-me ter a imagem que eu quero, mas não tenho conflitos com a comida. Fisicamente estou bastante mais gorda do que era quando comecei. Mas isso agora é uma coisa que com o tempo vai ao sítio. Mas sei lá, estou mais relaxada, não sei. Mesmo em termos de aparência. Por exemplo, e imaginem que me chamavam gorda e eu não era. Antes de começar a fazer dieta eu não era gorda, eu era normal, tipo, na altura que não era ficava chateada, agora que sou mesmo gorda, podem-me chamar gorda que eu já não me importo. É tipo essas coisas. Isso é bué de diferente. Falta-me conseguir voltar a um peso normal. Sugeriram-me alguns medicamentos para isso mas eu não quero. Então tipo falta-me voltar àquele ritmo normal, porque às vezes não tenho fome nenhuma, às vezes tenho muita fome. E é assim uma coisa esquisita. Falta-me recuperar essas partes mais orgânicas. Mas não tenho grandes conflitos com a comida, muito pelo contrário. N7</i>
<i>Estou bem. Não tenho qualquer tipo de problema com a comida. Às vezes é mais ao contrário, esforço-me para comer, para engordar mais um bocadito. Gostava de engordar mais um</i>

bocado, mas como tudo, tudo, não tenho problema nenhum. Como tudo, qualquer coisa, mesmo. Doces, salgados, fritos, tudo. A esse nível já não há qualquer problema. Há fases em que continuo a achar-me mais feia. Mas já não penso como pensava na altura nem deixo de comer por causa disso. Tento aceitar isso. Melhorou bastante. Não é que não pense, às vezes penso. Nunca fui uma pessoa que me achasse assim... muito bonita, não é? N9

Oh, agora...não tenho a mesma relação com a comida... Antigamente, não ia jantar com os meus amigos, não fazia nada disso, agora vou. Agora todos os dias almoço com eles...antigamente, nada. É por aí... É que eu antigamente...as férias do ano passado foram horríveis, porque a única coisa em que eu consegui pensar era nisto. Estava em casa, tipo não ia para a praia, porque tinha vergonha...Hum...E então, uma pessoa fechada em casa dá em louca, sempre a pensar no mesmo...

I – E a pensar no mesmo, era em quê?

L – Ah! No que comia, no que deixava de comer...Pronto, sempre assim...E agora como...não sei...Agora não tenho tempo para pensar sequer! E eu acho que isso me fez super bem. Estar na faculdade...fiquei tão absorvida em ter que estudar, em...ter com os meus amigos...com tudo de novo que aconteceu, que acho que... (breve pausa) já nem penso... Como, não como... É assim... N14

Apenas uma destas jovens refere mudanças familiares como consequência de todo este processo, a mudança do pai, descrito como “muito muito preocupado” antes do início da doença. Contudo, não descreve enquanto mudança relacional, mas enquanto mudança individual de um dos membros da sua família.

[N14] Pronto, ele sempre foi muito preocupado e então por causa disto...ele...ele mudou tanto a maneira de dar...ou ele dava valor a certas coisas...mudou tanto...e...por causa do que se passou...e foi mesmo...ele... Mas ficou muito melhor, ligeiramente melhor...concordo até com eles...

A figura seguinte sistematiza a situação actual descrita pelas participantes nas trajectórias centradas no self.

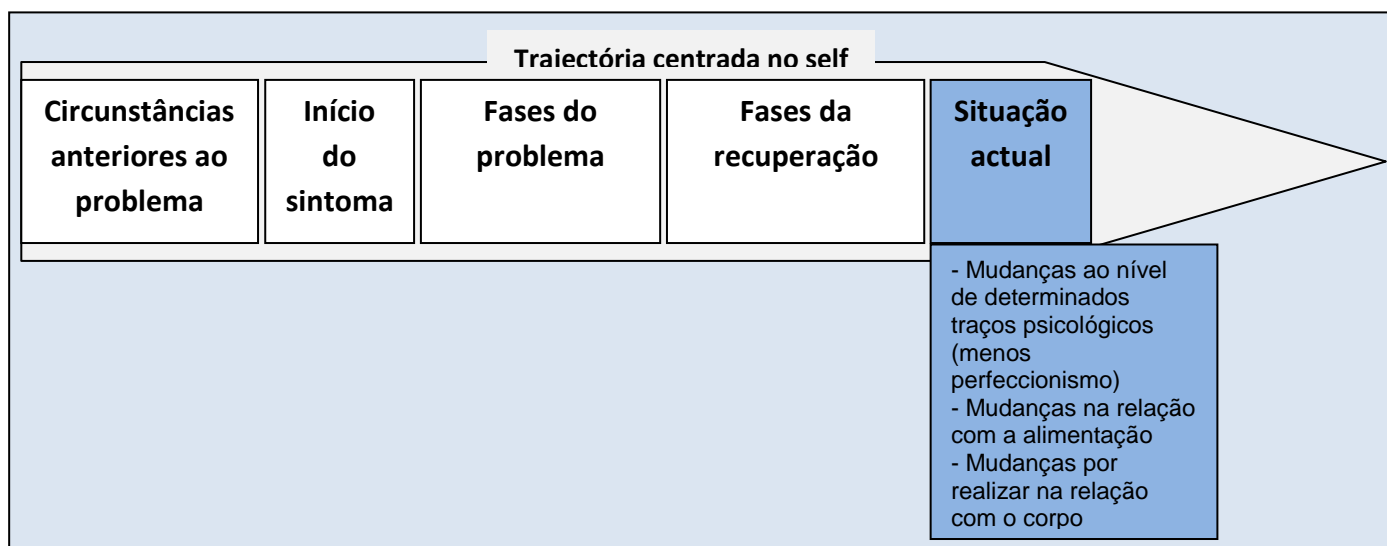


Figura 28. Representação gráfica das trajectórias centradas no self: Situação actual

Em suma, estas trajectórias de recuperação apresentam ora mais semelhanças com as trajectórias estéticas, ora mais semelhanças com as relacionais. O aspecto que mais as distingue de umas e de outras é a narração de um trajecto que se inicia de forma inexplicável, sem adquirir um significado relacional e sem incorporar uma motivação claramente estética, parecendo estar mais relacionado com características

do self. As mudanças que se operam com a recuperação estão centradas nas mudanças na relação com a alimentação, passando por transformações no núcleo do eu, não incluindo transformações familiares. Algumas destas trajectórias são mais lineares como as trajectórias estéticas, outras mais sinuosas, com a presença de excessos alimentares em determinado momento da trajectória, conforme acontece em algumas trajectórias relacionais, como será ilustrado no quadro que se segue.

Quadro 75

Quadro resumo das “Trajectórias centradas no self”

Trajectórias híbridas					
N	Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema	Início do problema	Trajectória do problema	Trajectória da recuperação	Situação actual
7	- Oposição familiar a escolhas/desejos individuais - Perfeccionismo - Auto-exigência e expectativas elevadas	Algo inexplicável	Fase 1: Restrição alimentar movida pelo perfeccionismo/ Baixa auto-estima Fase 2: Perda de controlo	Fase 1: Admitir o problema (N11)/ Querer mudar de vida (N7, N9) Fase 2: Seguir o plano para perseguir objectivo pessoal ou evitar agravamento da doença (N9, N11, N14, N20) /Comer (descontroladamente) para evitar internamento (N7)	- Não tenho conflitos com a alimentação - Falta-me ter a imagem que quero. -Sou menos perfeccionista
9	- Baixa auto-estima - Tristeza/ Isolamento - Auto-exigência e expectativas elevadas	Algo inexplicável	Fase 3: Isolamento (N20, N14) / Depressão (N7/N9)	Fase 1/3: Arriscar novos desafios e desenvolver projectos pessoais (N7,N9) - Altos e baixos alimentares (N7, N9)	
11	- Perfeccionismo - Auto-exigência e expectativas elevadas	Algo inexplicável		Fase 3: Saída do isolamento (N14, N20) e investimento escolar (todas) Fase 4 : Ser capaz de fazer coisas por prazer (N7, N9, N14)	
14	- Auto-exigência e expectativas elevadas - Super-presença do pai	Algo inexplicável			
20	- Perfeccionismo -Imprevisibilidade e insegurança devido a diagnóstico de doença	Algo inexplicável			

Recapitulemos agora os principais elementos caracterizadores destas trajectórias:

Quadro 76

Trajectórias centradas no self: Quadro-síntese dos resultados

Quadro-síntese dos resultados:
1. Apenas as características pessoais anteriores ao aparecimento do sintoma são relacionadas com o problema, nomeadamente o perfeccionismo e a baixa auto-estima. As outras circunstâncias familiares e pessoais anteriores ao problema referidas não aparecem relacionadas com o sintoma.
2. A concepção do problema remete para algo inexplicável.
3. O problema inicia-se com a restrição alimentar que se vai agudizando até à perda de controlo. Algumas narrativas retratam uma fase posterior de isolamento e/ou depressão.
4. O processo de recuperação assume características híbridas, ora mais semelhante com as trajectórias relacionais ora mais semelhante com as trajectórias estéticas.
5. A recuperação é descrita como um processo de transformação de algumas características do núcleo do eu, para além da regressão sintomática.

Após a descrição das trajectórias estéticas e relacionais e deste grupo especial de trajectórias híbridas, que denominados também por trajectórias centradas no self, estamos em condições de representar graficamente este fenómeno da Anorexia Nervosa e da recuperação, a partir da visão das ex-pacientes.

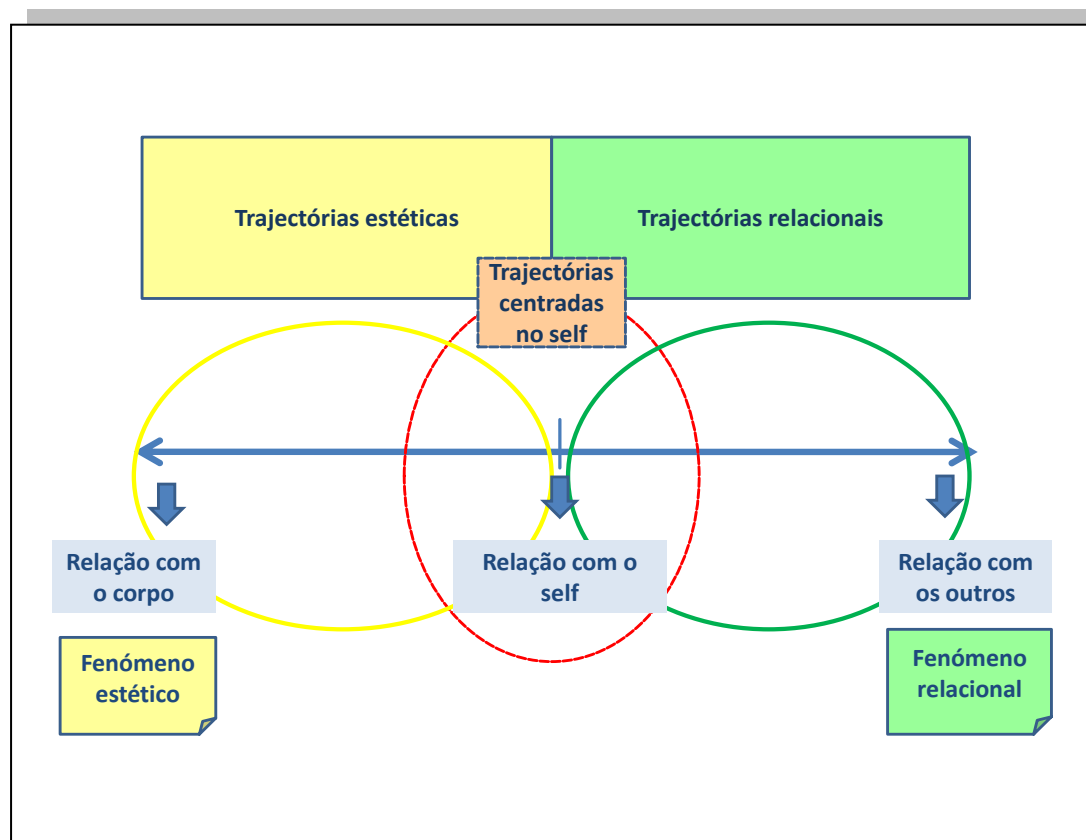


Figura 29. Representação gráfica das trajectórias identificadas

2.2.4. Trajectórias de recuperação – diferenças entre as 3 tipologias

Em jeito de integração, fazemos agora uma síntese comparativa das 3 trajectórias descritas:

Quadro 77

Síntese comparativa das trajectórias estéticas, relacionais e centradas no self

	Trajectórias estéticas	Trajectórias centradas no self	Trajectórias relacionais
Concepção do problema	Fenómeno estético	Fenómeno centrado no self	Fenómeno relacional
Circunstâncias anteriores ao problema	Poucas circunstâncias referidas e não estabelecimento de conexões entre estas circunstâncias e o início do problema.	Poucas circunstâncias referidas e estabelecimento e conexões apenas entre as circunstâncias pessoais e o início do problema	Várias circunstâncias pessoais e familiares referidas e estabelecimento de conexões entre estas circunstâncias e o início do problema.
Início do problema	Acto voluntário para emagrecer.	Algo inexplicável, eventualmente reflexo do perfeccionismo.	Algo ocasional que adquiriu posteriormente um significado relacional (uma batalha/trunfo, uma forma de controlo).
Fases do problema	1. Desejar ser mais magra e iniciar dieta 2. Perder o controlo da restrição alimentar (3. Isolamento)	1. Desejar ser mais magra como reflexo do perfeccionismo 2. Perder o controlo da restrição alimentar 3. Isolamento ou depressão	1. Querer continuar a impor-se aos outros/querer conseguir controlar o mundo através da restrição alimentar 2. Perder o controlo/capacidade de se impor 3. Deixar de acreditar, querer viver (Depressão)
Fases da recuperação	1. Admitir o problema 2. Seguir o plano alimentar (3. Sentir-se mais bonita e melhor como pessoa)	Fases híbridas 1. Admitir o problema ou querer mudar de vida 2. Seguir o plano para perseguir um objectivo pessoal/Comer descontroladamente 3. Arriscar novos desafios (integração num novo contexto de pares) e investimento escolar	1. Querer mudar de vida 2. Seguir o plano para perseguir um objectivo pessoal/Comer descontroladamente 3. Arriscar novos desafios e desenvolver projectos pessoais 4. Relacionar-se de forma diferentes consigo e com os outros
Situação actual	Mudanças na relação com a alimentação/corpo.	Mudanças na relação com a alimentação. Mudanças nas características psicológicas.	Mudanças na relação com a alimentação/corpo Mudanças nas características psicológicas Crescimento como pessoa Diferenciação do self Transformações nas relações familiares e de amizade
	Trajectórias de recuperação	Trajectórias híbridas	Trajectórias de transformação

Vejamos agora que outras diferenças poderão existir entre estas três trajetórias, no que diz respeito à idade das entrevistadas que a narram, à idade de diagnóstico da doença, ao tempo de recuperação e às modalidades de tratamento que usufrui.

O quadro que se segue ilustra a distribuição das trajetórias relativamente à idade da participante no momento da entrevista.

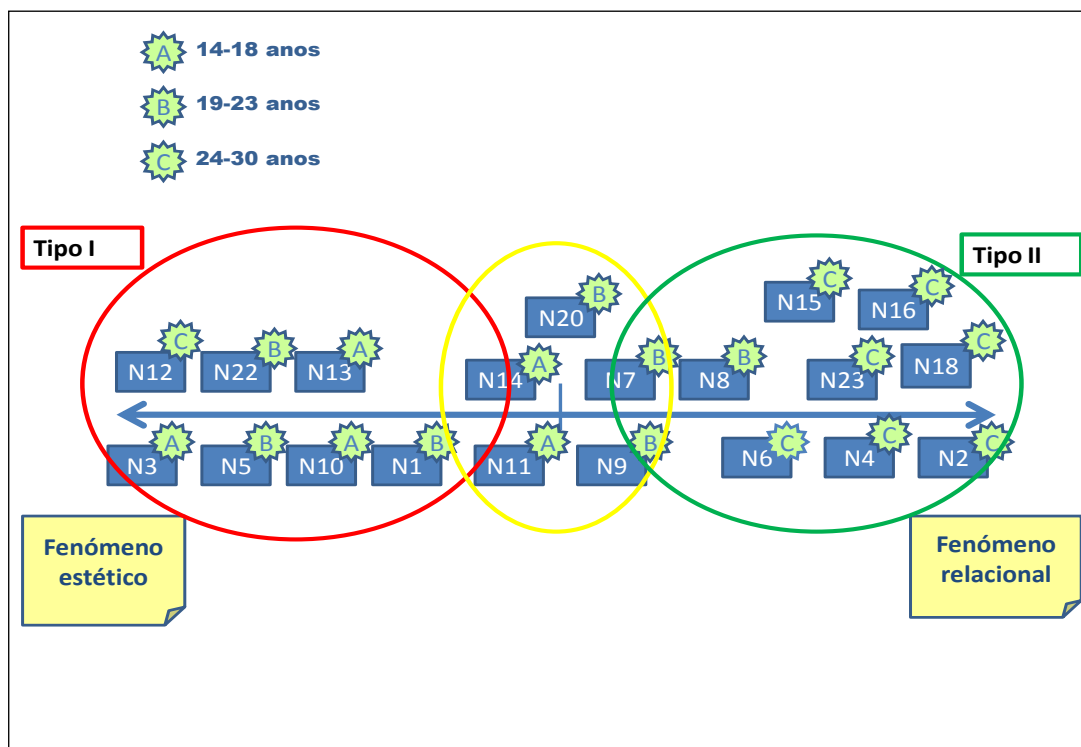


Figura 30. Representação da idade da participante no momento de entrevista por tipo de trajetória narrada

Como esta figura ilustra, há uma tendência para serem as participantes mais velhas, com idades compreendidas entre os 24 e os 30 anos que constroem narrativas relacionais (de tipo II), ainda que no grupo das narrativas estéticas (de tipo I), haja uma participante com idade superior a 24 anos (N12). Não parece haver diferenças entre as narrativas estéticas e as narrativas centradas no self relativamente à idade da participante no momento da entrevista. No que diz respeito à idade em que foi feito o diagnóstico das participantes, a figura seguinte ilustra a distribuição no continuum conceptual.

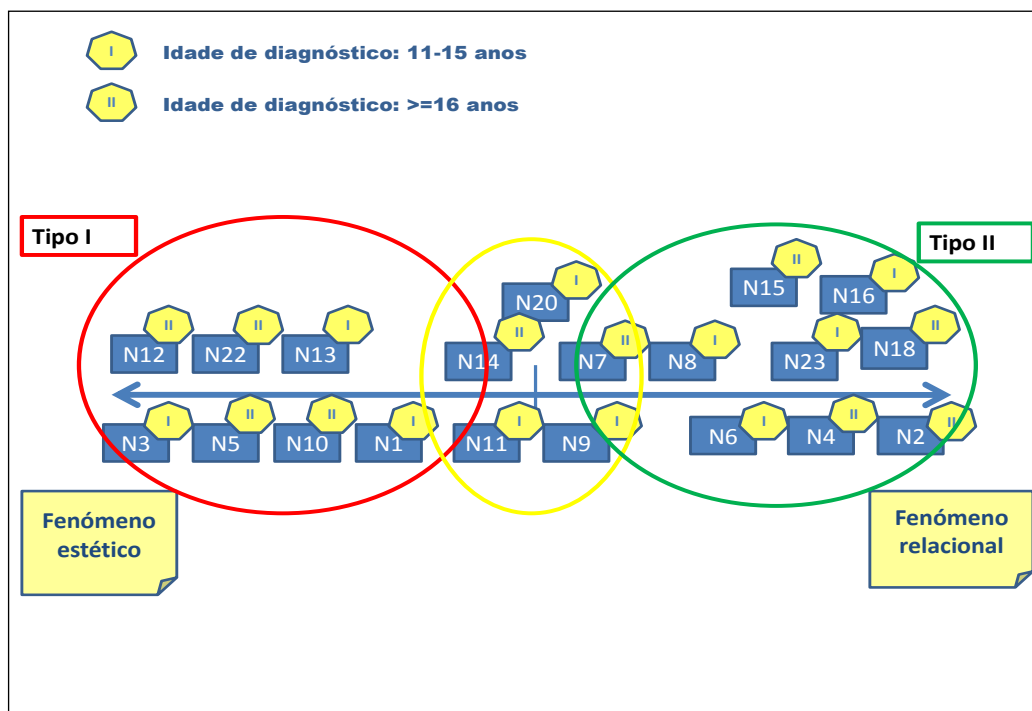


Figura 31. Representação da idade do diagnóstico inicial por tipo de trajetória narrada

Conforme ilustra a figura, não parece haver diferenças entre os grupos no que diz respeito à idade de diagnóstico, não havendo então uma associação entre as narrativas estéticas, relacionadas ou centradas no self e um diagnóstico de Anorexia Nervosa numa idade mais precoce (numa idade inferior a 15 anos) ou mais tardia (igual ou superior a 16 anos). Vejamos agora a distribuição dos grupos relativamente ao tempo que decorreu entre a recuperação das jovens e o momento da entrevista.

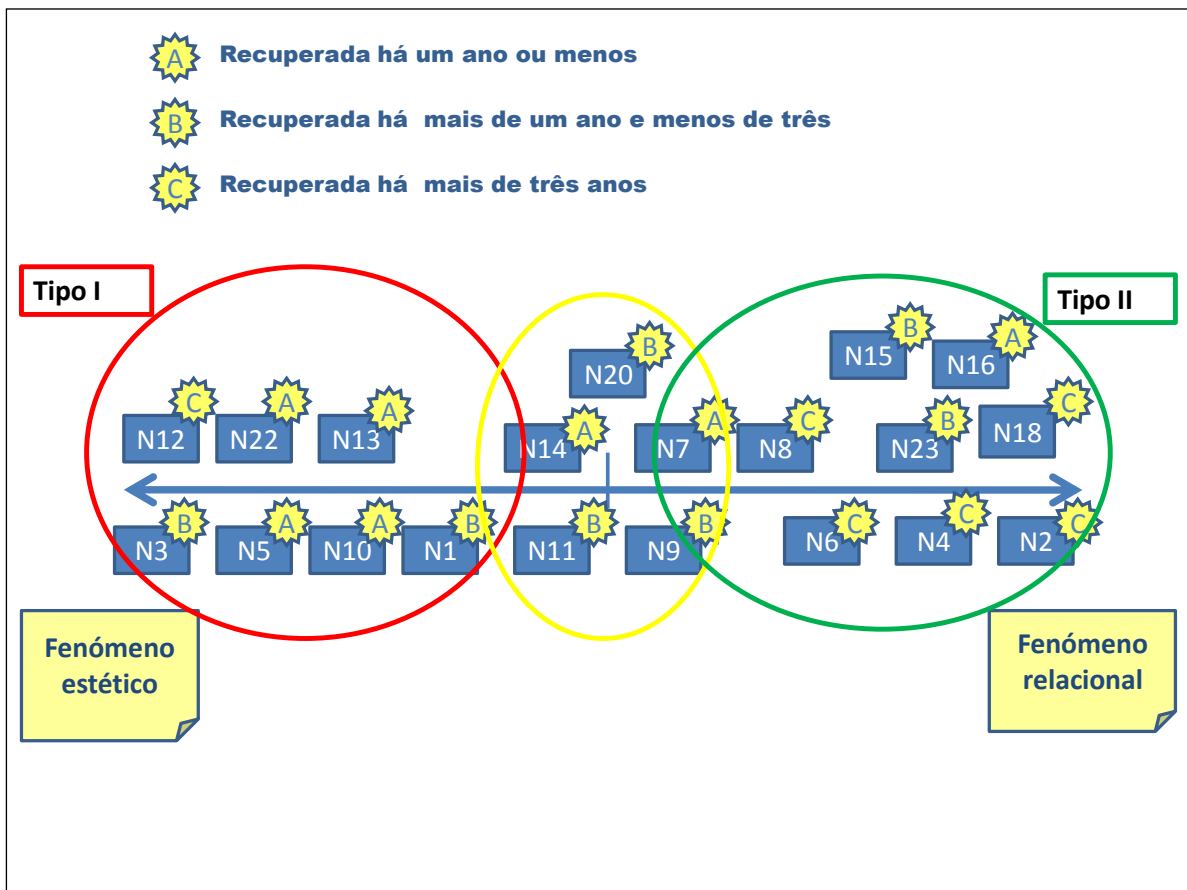


Figura 32. Representação do tempo decorrido de recuperação e o tipo de trajetória narrada

Como a figura ilustra, parece haver alguma tendência para as narrativas estéticas serem construídas por participantes que recuperaram há menos tempo e alguma tendência para as narrativas relacionais serem construídas por participantes que recuperaram há mais tempo, ainda que haja casos de exceção, nomeadamente N12 (recuperada há mais de 3 anos) e N16 (recuperada há um ano ou menos), que constroem narrativas estéticas e relacionais, respectivamente.

Finalmente, vejamos se as 3 tipologias de narrativas de recuperação encontradas estão associadas a diferentes modalidades de tratamento.

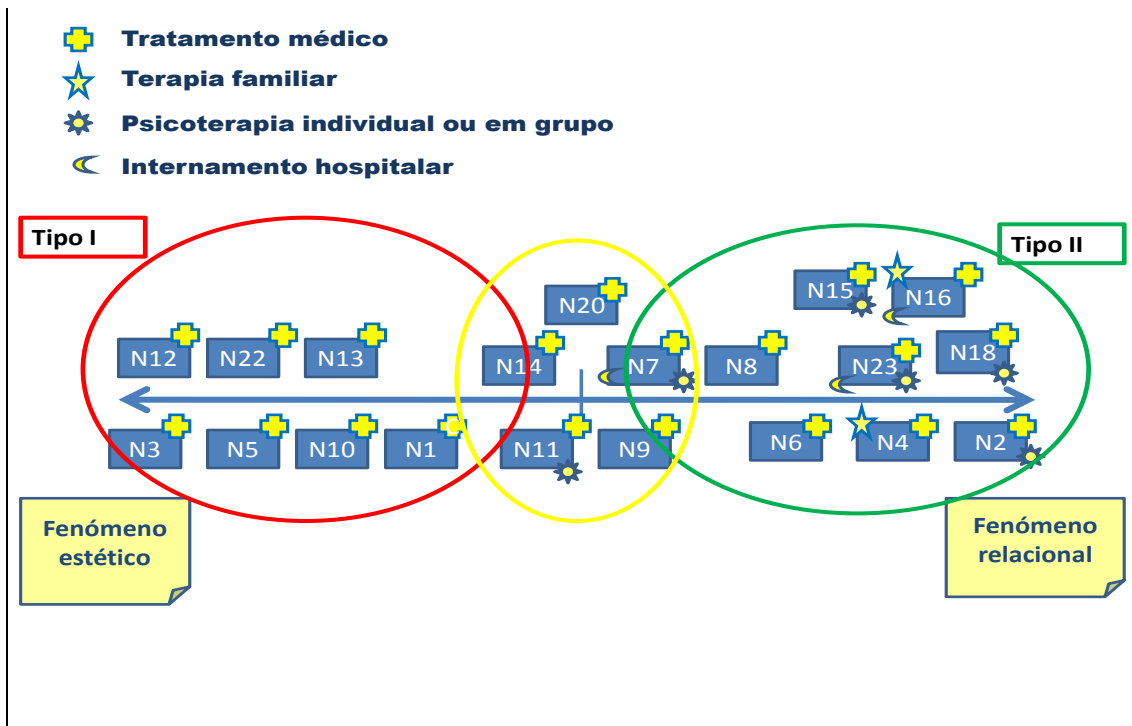


Figura 33. Representação das modalidades de tratamento por tipo de trajetória narrada

Efectivamente, conforme evidencia a figura, enquanto as narrativas estéticas foram construídas por jovens que apenas usufruíram de tratamento médico (cf. capítulo 9), as narrativas relacionais foram construídas tendencialmente por jovens que usufruíram de mais modalidades de tratamento, nomeadamente psicoterapia individual ou em grupo, terapia familiar e internamento. Há contudo duas jovens (N6 e N8) que construíram narrativas relacionais apesar de apenas terem usufruído de tratamento médico.

Em suma, as três trajetórias de recuperação apresentadas diferem não só em relação à concepção sobre o fenómeno problema/recuperação como em relação à duração da trajetória, em relação à idade da participante na entrevista, ao tempo de recuperação decorrido e às modalidades de tratamento usufruídas. Assim, as narrativas estéticas estão associadas a trajetórias mais curtas, são elaboradas tendencialmente por entrevistadas mais jovens, recuperadas há menos tempo e que usufruíram apenas de tratamento médico, enquanto as narrativas relacionais estão associadas a trajetórias mais longas, são elaboradas tendencialmente por entrevistadas com uma idade superior a 24 anos, que estão há mais tempo recuperadas e que usufruíram de mais modalidades de tratamento. Estas 3 últimas diferenças são tendenciais e não absolutas, havendo casos de excepção.

2.3. Narrativas de momentos poéticos

As narrativas de recuperação contêm em si pontos de inflexão, os chamados *turning points*, que são necessariamente marcadores de tempo e de mudança nas narrativas, só podendo ser acessíveis pela evocação da história de recuperação. White e Epton (1993) na sua obra “Meios narrativos para fins terapêuticos” falam em “acontecimentos extraordinários”, também conhecidos por “resultados únicos”, que se podem identificar quando pedimos às pessoas para recordarem feitos ou sucessos que contradigam os efeitos que o problema tem nas suas vidas ou relações (p. 70). São assim episódios de novidade em relação às narrativas até então saturadas, marcadas pela dominância do problema sobre as pessoas. São estes episódios que facilitam a criação de novos significados no presente e que permitem às pessoas rever a sua história pessoal e relacional. Talvez por terem esta função criadora de novos significados é que Marcelo Pakman (2007) fala de momentos poéticos. Em vez de privilegiar o que é dito, que pode ser entendível, Pakman põe o acento no sentir. Para Pakman (2011), os momentos poéticos são momentos que tocam as pessoas corporalmente ao ponto em que estas não podem não responder, produzindo uma descontinuidade de onde se abrem novas possibilidades, já que a descontinuidade será preenchida de forma criativa. Para Pakman, estes momentos são geralmente enigmáticos, impelindo a pessoa a querer entendê-los. São momentos marcantes, traumáticos, que permanecem e são revividos já que as palavras muitas vezes permanecem, sem sofrerem alterações com o curso do tempo.

Propomo-nos agora analisar através destes momentos poéticos, estes pontos de inflexão que deram novos rumos à vida (Pais, 2001), para percebermos de que forma introduzem uma bifurcação, como tocam o corpo e o impelem a responder e em que sentido. Para a análise destes pontos de inflexão, iremos analisar cada momento através das seguintes dimensões que compõem a estrutura narrativa de um episódio:

- Circunstâncias anteriores à acção/ momento da trajectória (Quando?)
- Cenário (Onde?)
- Personagens (Quem?)
- Tema da acção principal narrada (O quê)
- Impacto emocional expresso
- Significação/ Integração dada ao acontecimento

Antes de entrarmos verdadeiramente nos momentos poéticos, é importante procurarmos recapitular os ingredientes das narrativas problemáticas, para percebermos a poesia destes momentos. Assim, se recuarmos um pouco ao problema, lembramos as fases que o compõem, nomeadamente: 1) uma primeira fase de “Não aceitação do diagnóstico médico”, em que as jovens se sentem satisfeitas com o emagrecimento, com o controlo ou batalha que travam com os outros; 2) uma fase seguinte de “Perda de controlo”, em que as jovens começam a sentir que há algo mais forte que elas, que as domina, que as controla, que se impõe a elas ou simplesmente que já não são capazes de controlar/impor a sua vontade; 3) até à fase do “Isolamento” ou mergulho na “Depressão, em que as narrativas se tornam saturadas de sentimentos de tristeza e desesperança. Não querendo ficar mergulhada no problema, e induzindo uma atitude de relaxamento, procurei viajar juntamente com as minhas entrevistadas para um momento de viragem, um momento em que tivessem sentido que de alguma forma já estavam diferentes, um momento de inovação. Pedi-lhes para reviver com elas este episódio, de forma a captar não só o sucedido, como o tom emocional e os pensamentos associados ao momento. Nestas viagens apercebi-me como o destino mais frequente, para além do contexto terapêutico, era a casa dos familiares e como a maioria dos momentos incluía outras personagens, mais frequentemente os pais, irmãos ou tios ou o profissional de saúde. Ainda que os momentos só possam ser perfeitamente compreendidos quando integrados na trajectória idiossincrática de cada participante, percebi haver temas semelhantes entre alguns momentos, que variavam de acordo com a fase da trajectória das entrevistadas. Assim, iremos abordar os momentos de mudança narrados em referência aos seguintes períodos:

- Antes do início da recuperação
- Durante a recuperação
- No final da recuperação.

O posicionamento do momento poético num destes períodos foi realizado a partir do juízo das participantes, ao situarem-nos temporalmente.

2.3.1. Antes do início da recuperação

Ao viajar até ao tempo ainda anterior ao início da recuperação propriamente dita, que se inicia nas jovens com o desejo de querer mudar ou com o admitir do problema, pude reviver através das suas narrativas momentos em que as jovens se sentem

tocadas pelo amor dos outros ao ponto de não poderem mais não responder. Esta demonstração em alguns casos gera no imediato novas possibilidades, noutros cria possibilidades para outros momentos seguintes as gerarem. Viajemos agora através do momento narrado pela Jacinta e deixemo-nos ser igualmente tocados pela “poesia” deste episódio:

[N10] *Recordo-me. Foi no dia de Natal. Foi e...eu estava lá, em minha casa, e eu costumava ser a última a ir para a cama e música nas alturas e sempre a divertir-me e é que animava aquilo tudo. Naquele ano, não, fui a primeira a estar lá sentada, não fazia nada, não queria falar com ninguém (fala emocionada). E, então, ela [referindo-se à madrinha] veio falar comigo e disse que se eu não estivesse bem a podia procurar, que estava ali comigo, abraçou-me, basicamente isso. (...) O que é que eu senti? Que queria que aquele abraço fosse eterno. (pausa) E que se calhar aquela conversa tivesse sido com a minha mãe (emocionada). (...) Que (pausa) que tinha de mudar porque estava a sofrer eu e estavam a sofrer as outras pessoas todas. Eu acho que até foi aí que eu quis mudar. (...) Um momento chave. Foi. No início era, porque lá estava, achava que tinha o controlo da situação, achava que não havia necessidade dessa ajuda, aí sim, não admitia que precisava de ninguém. E acho que também essa conversa com a minha madrinha acabou por me mostrar que realmente precisava de alguém, acho que também ajudou.*

Analisemos agora de que ingredientes é feito este momento. Para situarmos o momento temos de recorrer à etapa da sua trajectória de recuperação. Percebemos que aconteceu antes da Jacinta ter admitido que estava doente e que precisava de ajuda. Neste sentido vamos em busca da fase que aconteceu na sua narrativa imediatamente antes de admitir o problema. Esta busca leva-nos ao encontro de uma fase de isolamento, em que a Jacinta se “*isolava no sentido de não querer falar, nem querer sair, ficar por casa*” (N10).

O cenário do momento é um cenário familiar, na sua casa, no dia de Natal, um dia simbolicamente de união da família. É neste contexto que um abraço da madrinha a vem tocar particularmente. A sua voz emocionada ao falar dele mostra-nos como este abraço a tocou, um abraço que a jovem gostaria que fosse eterno. Pedindo-lhe o pensamento, vivenciamos com mais intensidade o momento, percebendo o desejo que a proximidade sentida em relação à madrinha fosse em relação à mãe. Facilmente reconhecemos a poesia deste momento, que leva a que esta jovem não pudesse mais ignorar o sofrimento dos outros após ter sido tocado pelo verdadeiro amor destes. Foi este momento que parece ter marcado a diferença, a partir do qual a jovem aceita ajuda dos outros.

[N10] *Porque se eu continuasse com a minha mãe nesse braço-de-ferro, por assim dizer, também se calhar nunca tinha pensado na recuperação, se calhar andava ali: ela falava e eu não fazia, ela mandava vir e eu não ligava e continuava nisso. Eu cedi, acabei por passar para o outro lado, por assim dizer, e então pronto. Achei que realmente ela também podia ter razão. Sim e acho que no fim as duas vencem, se alguma delas ceder, acabam por sair as duas vitoriosas.*

Vejamos a análise deste momento, de acordo com as categorias utilizadas, no quadro a seguir apresentado:

Quadro 78.

Análise de um momento poético de N10: Demonstração genuína de amor/preocupação por parte de alguém significativo

	N10
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	Durante a doença, antes de a admitir
Cenário (Onde?)	Casa (no Natal)
Personagens (Quem?)	Jovem e madrinha
Tema (O quê)	Demonstração de amor (“disse que se eu não estivesse bem a podia procurar, que estava ali comigo, abraçou-me”)
Impacto emocional	Negativo Sofrimento perceptível pela voz emocionada e pelas pausas. <i>Que (pausa) que tinha de mudar porque estava a sofrer eu e estavam a sofrer as outras pessoas todas.</i>
Significação/ Integração	“Quería que aquele abraço fosse eterno. (pausa) E que se calhar aquela conversa tivesse sido com a minha mãe” <i>No início era, porque lá estava, achava que tinha o controlo da situação, achava que não havia necessidade dessa ajuda, aí sim, não admitia que precisava de ninguém. E acho que também essa conversa com a minha madrinha acabou por me mostrar que realmente precisava de alguém, acho que também ajudou.</i>

Ao longo das várias entrevistas encontrei várias narrativas de mudança em que as expressões de amor e preocupação sentidas como genuínas por parte dos outros em relação às ex-pacientes as toca, ao ponto de elas começarem a reconhecer perante os outros que algo não está bem com elas e aceitarem ajuda para iniciar a recuperação. Vejamos no quadro que se segue a análise conta dois momentos descritos por N2 que põem a nu o amor/preocupação do irmão e do tio por si (ver em anexo 9 os extractos completos dos momentos poéticos de N2a e N2b).

Quadro 79.

Análise comparativa de 2 momentos poéticos de N2: Demonstração genuína de amor/preocupação por parte de alguém significativo

	N2	N2
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	Durante a doença	Durante a doença, na Páscoa seguinte
Cenário (Onde?)	Casa de banho	?
Personagens (Quem?)	Jovem e irmão	Jovem e tio
Tema (O quê)	Demonstração de amor/ Preocupação <i>(“só te vou repetir uma vez, e é bom que ouças, estás feia de tão magra e foi-se embora”. Mas parecia que eu lhe tinha estragado alguma t-shirt ou alguma coisa que ele gostasse muito. Foi zanga, uma arrelia. Aquelas arrelias interiores, que são as piores. E nunca mais falou comigo. Às vezes tentava magoar e dizia: “mas eu estou mais gorda” e ele nunca mais se pronunciou) (que o meu irmão gostava de mim. Foi isso.)</i>	Demonstração de amor/ Preocupação (O meu tio apercebeu-se e ficou com as lágrimas nos olhos.)

Impacto emocional	Positivo Satisfação com a ideia que não passa despercebida em relação aos outros (<i>Que afinal eu não passava despercebida. Que ele gostava de mim. Eu gostei da atitude do meu irmão</i>)	Negativo Sofrimento ao ver o outro a sofrer (<i>Ele tem filhos mas viu assim a sobrinha. E isso custou-me muito</i>).
Significação/ Integração	<i>Que ele gostava de mim.</i>	<i>Pensei que eram desligados e que não se preocupavam e afinal não, até se preocupavam.</i>

Num território íntimo, no “quarto de banho para ir tomar banho”, assistimos a uma última tentativa do irmão antes de deixar de falar com a irmã sobre o problema (*E nunca mais falou comigo. Às vezes tentava magoar e dizia: “mas eu estou mais gorda” e ele nunca mais se pronunciou*) para a demover das escolhas por ela feitas. Este momento é significado como um gesto de amor, uma confirmação da sua preocupação/amor por si. Neste momento poético com o irmão parece ainda importante ressaltar que neste gesto em que a entrevistada vê amor e preocupação, está contida também uma mudança de atitude, como que uma última tentativa que anuncia uma futura desistência deste em demovê-la da sua restrição alimentar, um tema também bastante frequente noutros momentos poéticos que mais de seguida irei descrever. Esta jovem relata ainda um outro momento envolvendo o tio, que sucedeu posteriormente. Neste episódio há uma alusão do tio como pai de filhos, podendo estar implícita alguma analogia entre o seu tio e o seu pai. Ainda em nenhum momento a jovem relacione a importância destes momentos com o desejo de ser “abraçada pelo pai”, como na narrativa da participante anterior, na trajetória desta jovem está muito presente a distância emocional relativamente ao pai (*“O meu pai nem quer saber, nem... quer dizer, nem quer saber não. Ele com a família... o meu pai não tem jeito nenhum para os afectos (...) e isto dos afectos custa muito porque não dá, não transmite qualquer tipo de carinho”*).

É importante referir ainda que se o momento poético de N10 teve efeitos imediatos, estes dois momentos relatados por N2 foram relatados pela participante como momentos importantes mas que não tiveram logo resultados imediatos ao nível da mudança do comportamento alimentar. Foram recordados mais tarde na trajetória e contribuíram para que outros momentos catapultassem a mudança. No caso específico desta participante, só com o confronto com a doença/morte estes momentos ganham expressão e possibilitam a mudança.

Como já foi referido, ao longo das várias entrevistas viajei várias vezes para este território do amor, em que este surge demonstrado das mais variadas formas. Ainda que a Joana (N5) não fale explicitamente de amor, a jovem revela uma atitude do

irmão que fez a diferença, uma atitude de desespero consigo, um dizer “chega”, momento esse que será analisado no quadro que se segue.

Quadro 80.

Análise de um momento poético de N5: Desistência de alguém significativo/risco de ficar só.

	N5
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	Durante a doença, já a tentar recuperar (<i>Porque nessa altura eu já estava a comer e eu comecei a chorar e a dizer que eu até já comia</i>)
Cenário (Onde?)	No Verão
Personagens (Quem?)	Jovem e irmão
Tema (O quê)	Desistência de alguém significativo/ risco de ficar só (<i>o meu irmão disse-me que não queria sair comigo para a praia, não queria fazer comigo e com os meus pais de férias, etc.</i>)
Impacto emocional	Negativo <i>Na altura aquilo chocou-me</i>
Significação/ Integração	<i>Eu pensei realmente há qualquer coisa que não está a bater certo. (...) Mas depois quando o meu irmão me disse isso, eu cheguei mesmo a dizer: então o meu irmão tem vergonha de mim! Não tinha, eu acho que foi a única forma que ele conseguiu arranjar para me chamar a atenção que eu estava a cometer um erro. Eu acho que foi a melhor maneira que ele arranjou para me chamar a atenção e dizer: Chega, por favor, pára.</i>

Ao contrário das anteriores participantes, o amor do irmão por N5 nunca parece ter sido posto em causa, parecendo esta uma atitude de definição de limites, semelhante em parte à atitude do irmão de N2, que coloca a relação dos dois num outro patamar. Se a jovem enveredar por continuar com a sua restrição alimentar irá colocar em risco, em parte, a relação. Há também uma discrepância que parece ter de ser solucionada, se a jovem acha que o irmão sempre gostou dela e nunca teve vergonha dela, mas diz-lhe que não quer ir com ela para locais públicos, algo se passa. Este é um momento não só de demonstração de amor, mas também de confronto com a possível desistência dos outros (neste caso do irmão) em relação a si e de início de constatação da doença.

As demonstrações de amor aparecem revestidas de diferentes formas, nomeadamente de abraços, de protestos, de lágrimas, de desistências, sempre contudo com um tom de genuinidade (ver em anexo 9 extractos dos momentos poéticos descritos por N18a e N21).

Se vários momentos contêm a descrição de um momento em que as jovens assistiram a alguém significativo, a demonstrar directamente o seu afecto, muitas vezes pela primeira vez (Ex. ver o pai a chorar pela primeira vez), a complexidade de outros momentos vai para além disto e sugere que o âmago reside na decisão desse outro significativo desistir. É como se houvesse uma cedência de uma parte que leva à

cedência da outra. Nestes momentos a mudança opera-se imediatamente após a mudança drástica de atitude do pai/irmão, que as coloca em risco de ficarem sós e confronta-as com a desistência dos outros, como se pode verificar nestes 4 momentos seleccionados (ver em anexo 9 os extractos completos dos momentos de N4a, N5a, N8, N19a) e analisados no quadro que se segue.

Quadro 81.

Análise comparativa de momentos poéticos: Desistência de alguém significativo/ risco de ficar só

	N4	N5	N8	N19
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	Durante a doença, numa fase grave	Durante a doença	Durante a doença, em risco de ser internada	Durante a doença
Cenário (Onde?)	Casa	? Verão	Casa, Cozinha	Evento familiar/ Casa
Personagens principais (Quem?)	Jovem e pai	Jovem e irmão	Jovem e pai	Jovem e pai
Tema (O quê)	Desistência do pai (<i>eu já nem quero saber dela, ela se quer comer come, se não quer, não coma, eu já não quero saber, eu vou viver a vida com a mãe dela, temos mais um filho.</i>)	Desistência do irmão (<i>meu irmão disse-me que não queria sair comigo para a praia, não queria fazer comigo e com os meus pais férias</i>)	Desistência do pai (<i>percebi que aquele foi o dia em que o meu pai disse: se eu não conseguir fazer nada hoje, eu não consigo fazer mais, eu tenho de desistir.</i>)	Risco de ficar só (<i>O meu pai não aguentou... foi para casa...</i>)
Impacto emocional	Negativo Sentimento de perda implícito (<i>eu comecei a ver que eles não me prestavam atenção</i>)	Negativo Surpresa, c cxConfusão, sentimento de perda implícito (<i>é uma pessoa que eu gosto muito e que levo muito em consideração o que ele diz, na altura aquilo chocou-me e eu pensei realmente há qualquer coisa que não está a bater certo; eu cheguei mesmo a dizer: então o meu irmão tem vergonha de mim</i>)	Negativo Comoção/ Culpa implícita (<i>eu percebi na conversa que, o meu pai chorou e tudo, e eu percebi que ele estava a sentir que tinha falhado como pai</i>).	Negativo Comoção/ Culpa implícita (<i>E ver o meu pai assim, quase a chorar, mesmo à minha frente, tocou-me muito; Era um olhar como se me tivessem a culpabilizar pelos meus pais estarem tão em baixo</i>)
Significação/ Integração	Não valia de nada estar assim (<i>E quando comecei a ver da parte deles, que tinham perdido o interesse: queres sair, sai, não queres, não saias, queres comer, come, não queres, não comas, do género, faz o que tu entenderes, aí eu comecei-me a aperceber que não me valia de nada estar assim.</i>)	Para não o perder tinha de mudar. (<i>só que eu acho que foi a melhor maneira que ele arranjou para me chamar a atenção e dizer: Chega, por favor, pára.</i>)	Se o meu pai desiste de lutar por mim, eu não posso desistir. (<i>Foi mesmo no dia em que ele ia desistir que eu apercebi-me que não podia desistir.</i>)	Para não me sentir culpada pelo sofrimento deles, tinha de mudar. (<i>Era um olhar como se me tivessem a culpabilizar pelos meus pais estarem tão em baixo... Então, a partir desse momento achei: "Está na hora de eu tomar uma atitude" e tomei</i>)

Nestes casos, a desistência ocorre sempre por parte de um elemento familiar masculino (pai ou irmão) e marca a impossibilidade da jovem manter o seu comportamento de então e a necessidade de mudar.

O episódio que se analisará de seguida (e que consta no anexo 9 – N1a) apesar de não incluir a desistência ou cedência do outro, também cria uma situação que impele a jovem a ceder para não ficar sozinha.

Quadro 82.

Análise de um momento poético de N1: Risco de ficar só/ Confronto com a doença

	N1
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	Durante a doença
Cenário (Onde?)	Casa
Personagens principais (Quem?)	Jovem e mãe
Tema (O quê)	Risco de ficar só/ Confronto com a doença <i>Para além de estar sozinha em casa, senti que não estava aqui ninguém para me amparar. Porque até à data eu tinha sempre a minha mãe a meter-me o olho em cima até que ela precisou mesmo de sair, o meu pai precisou de trabalhar, e eu fiquei completamente sozinha. Só que naquele dia, naquela hora, naquele momento eu senti como se ninguém estivesse preocupada comigo, ou melhor dizendo, que ninguém estivesse ali para me ajudar, para dizer assim: Tu estás bem? Não tinha ninguém. Depois também me senti desamparada porque parece que eu me queria levantar e parecia que não conseguia porque parecia que não tinha forças</i>
Impacto emocional	Negativo Solidão/ desamparo <i>Senti-me desamparada. Senti-me inútil. Senti-me sozinha</i>
Significação/ Integração	Momento de despertar para admitir a doença e aceitar ajuda <i>Sei que foi um momento assim de despertar que disse: ui, isto assim não pode continuar. E então eu disse: Oh mãe estou com anorexia nervosa. E a minha mãe: O quê? Estás com quê? Estou com a tal doença que o Dr. Y me disse. E a minha mãe: estás a admitir. Tens consciência do que estás a fazer? Eu sei mãe. É que estás a admitir que estás doente.</i>

Este episódio demonstra como este momento permitiu a passagem para a primeira fase da recuperação, a do admitir do problema e a seguinte, a de seguir o plano alimentar, neste caso, com a ajuda da mãe. Contém, ainda que residualmente, um outro tema bastante frequente nalgumas outras narrativas, que é o confronto com a doença, neste caso particular de uma forma um pouco diferente, já que se faz directamente, através da constatação da sua própria debilidade física (*Ex. Depois também me senti desamparada porque parece que eu me queria levantar e parecia que não conseguia porque parecia que não tinha forças*) e não através do outro, como veremos já de seguida.

Até agora vimos que nos momentos poéticos antes do início da recuperação propriamente dita aparecem três temas dominantes: 1) a demonstração genuína de

amor/ preocupação por parte de alguém significativo; 2) a desistência de alguém significativo/ risco de ficar só; e 3) o confronto com a doença/morte através do outro (ver em anexo 9 momentos de N2c, N3a e N7a). Analisemos agora comparativamente, no quadro que se segue, estes 3 momentos.

Quadro 83.

Análise comparativa de momentos poéticos: Confronto com a doença/morte através do outro

	N2	N3	N7
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	(Antes do início da recuperação) <i>Eu tinha calças que era o 32 e eu tinha de andar com cintos que a minha tia deu-me e nunca me serviram aqueles cintos porque eram apertadíssimos, eram 32</i>	(Antes do início da recuperação) <i>Ela veio falar comigo e disse que eu estava muito magra</i>	(Antes do início da recuperação) Durante o internamento
Cenário (Onde?)	Consultório de veterinária	Hospital	Hospital
Personagens principais (Quem?)	Jovem e tartaruga	Jovem e outra paciente	Jovem e outras pacientes
Tema (O quê)	Confronto com a morte <i>A minha tartaruga, essa ajudou-me muito (...) começou a custar-lhe muito comer até que deixou de comer. Aí levamo-la ao veterinário de tartarugas, era especialista em raças exóticas, e ele disse que estava com anemia. E lá está e eu vi-me na tartaruga. Eu revi-me na tartaruga e até chorei. Ela acabou por morrer com uma anemia. E eu sei que a anemia foi provocada pelo facto de não ter comido.</i>	Confronto com a doença <i>Ela [referindo-se a uma paciente] veio falar comigo e disse que eu estava muito magra mas ela estava muito mais magra que eu, só que não tinha consciência.</i>	Confronto com a doença <i>Eu nunca vi tanta gente com o meu problema junto, eu via gente tipo bem pior que eu, e a comer pelo nariz, bem mais magros e não sei o quê, e eu estava um bocado melhor do que eles e senti: bem eu tenho é que dar o fora daqui.</i>
Impacto emocional	Negativo Medo <i>Eu vi-me muito aí, eu vi medo. Consegui ver a tartaruga, olhei para a tartaruga e vi que era o meu processo.</i>	Negativo Choque <i>(...) Senti-me um bocado chocada. E assim, espantada, perceber como ela pensava.</i>	Negativo Estranheza/distância <i>E eu comecei a olhar e comecei-me a sentir um bocado fora daquelas coisas e daquelas maneiras de pensar e daquelas conversas e até me afastava um bocado, das anorécticas, para me juntar às outras, porque não gostava de estar com elas. E comecei a sentir que era um bocado diferente, que aquilo não era o que eu era. Sei lá eu era diferente mesmo e senti que era diferente e tinha de sair e curar-me o mais depressa</i>
Significação/ Integração	<i>Neste caso a tartaruga mostrou- me. Não sei. Eu se não comesse terminava como a tartaruga e vi o sofrimento que foi. Mas se comesse ficava gorda. Mas lá está</i>	<i>Apercebi-me que esta doença tem dois lados. Quando estamos na doença podemos não perceber que estamos magras mas conseguimos perceber que</i>	<i>Tipo: olhava para elas e via- me um bocado a mim e eu não queria ser assim.</i>

	<i>aquela coisinha, ela não comeu, os intestinos dela não funcionaram, ficou congestionada, já não conseguia engolir e acabou por falecer e foi aí que despertei. E olhei muitas vezes ao espelho e chorava porque estava magra.</i>	<i>os outros estão magros, como é o caso dela. Pus-me a pensar que as pessoas estavam a exagerar e estavam a dizer a verdade, por outro lado.</i>	
--	--	---	--

Como percebemos através destes momentos, o confronto com a doença é feito através dos outros pacientes, sejam eles pessoas ou a tartaruga, e tocam nas jovens ao ponto que elas são impelidas a decidir de que lado querem ficar, do lado da doença que pode significar também a morte, ou do lado da vida e, eventualmente, dos outros que “estavam a exagerar” e também “a dizer a verdade”.

Como vimos até agora, os momentos poéticos mais comuns antes do início da recuperação são momentos “de fora” para “dentro”, ou seja, em que a mudança se opera pelo efeito que os outros suscitam na paciente. A demonstração de amor ou preocupação genuína por parte dos outros parece tocar algumas das pacientes sentindo-se impelidas a olharem por si, a admitirem o problema e aceitarem ajuda. A desistência dos outros torna a continuidade do seu comportamento habitual como inútil, correndo o risco de ficarem sós. Finalmente, a visão da gravidade de uma doença no outro impele as jovens a quererem ter um percurso diferente, a quererem demarcar-se da imagem que tiverem de si através dos outros, a quererem mudar.

Ainda nessa etapa da trajectória, um momento poético que é narrado, ainda que não seja o dominante, mas que assume bastante expressividade pela sua força é uma experiência de prazer/mestria vivida pela entrevistada que a faz querer mudar (ver em anexo 9 extracto do momento poético narrado por N9a). Analisemos agora novamente de que ingredientes esse momento é feito:

Quadro 84.

Análise de um momento poético de N9: Experiência de prazer/mestria

	N9
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	<i>Num dia em que eu tinha tido uma crise</i>
Cenário (Onde?)	<i>Quiseram-me tirar de casa Abriu aí um kartódromo novo.</i>
Personagens (Quem?)	Jovem, pais, mecânico, padrinho
Tema (O quê)	Experiência de prazer/mestria <i>Fui para a pista e adorei aquilo. E ele disse: ah então é pouco vulgar acontecer, andarem assim tão bem da primeira vez. Pronto eu fiquei animada</i>
Impacto emocional	Positivo Satisfação/Alegria/ Prazer <i>Adorei. Saí de lá, super animada e tudo o mais.</i>

Significação/ Integração	<i>Foi quando eu comecei a treinar. Entretanto, era o que eu dizia, quando comecei a treinar eu gostava imenso. E andava sempre mais despreocupada. Quando ia treinar esquecia completamente os problemas da comida e tudo mais e depois também por outro lado fez-me ganhar força porque eu queria mesmo ser boa naquilo. Então tinha de ganhar peso, porque tínhamos peso mínimo, tinha de comer para ter energia para conseguir treinar. Foi mais isso.</i>
-----------------------------	--

Há inerente a este episódio um sentimento de mestria e entusiasmo, por oposição ao sentimento dominante até então de tristeza, impotência e desesperança (*“Eu sentia que ninguém me conseguia ajudar. Começava-me a sentir num beco sem saída. Achava que nunca ia conseguir ficar melhor, porque eu sentia-me mal... não via maneira de me sentir melhor (...) não tinha gosto nenhum, pela vida, por nada, não gostava de fazer nada*). Este sentimento de entusiasmo toca a jovem de tal forma (Ex. *Adorei. Saí de lá, super animada e tudo o mais*) que se torna impossível ignorá-lo. É sem dúvida um resultado único, que contradiz a narrativa saturada do problema, e que abre uma nova janela de oportunidade que a jovem decide agarrar.

Como vimos até agora, várias das entrevistadas escolheram narrar um momento poético sucedido ainda antes de se iniciar a trajetória de recuperação propriamente dita, mas que teve efeitos no desejo de querer mudar ou na fase de admitir o problema e aceitar ajuda, fase necessária para a recuperação se iniciar. Ao longo deste capítulo completaremos a figura abaixo representada com o tipo de momentos que parecem ter sido fulcrais para este processo de mudança:

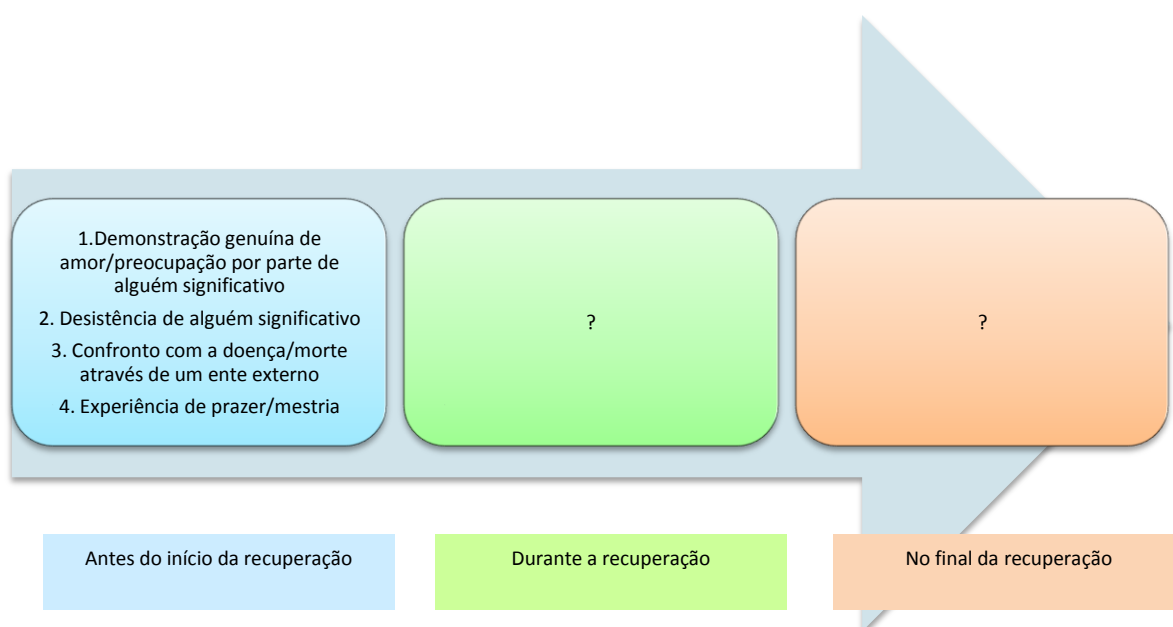


Figura 34. Trajetória dos momentos poéticos ao longo da recuperação (parte 1)

2.3.2. Durante a recuperação

Vejam agora, após a fase de admitirem o problema/ quererem mudar, facilitados pelos momentos anteriormente analisados, que momentos facilitam as fases seguintes da recuperação. Efectivamente, durante a recuperação, as entrevistadas contam episódios poéticos em que pensaram, agiram ou sentiram de modo diferente em relação à narrativa dominante do problema. Assim, surgem os seguintes novos temas nestas narrativas:

1. Arriscar comer ou ter mais peso
2. Arriscar re(entrada) em contextos de socialização

Estes momentos poéticos têm alguns ingredientes em comum, nomeadamente o facto de as jovens a certa altura terem conseguido comer ou aumentar de peso e sentirem um sentimento positivo em relação a isso, um sentimento de alegria/satisfação ou de mestria, muito diferente que anteriormente sentiam quando pensavam em ter de comer, como fica evidente na seguinte análise comparativa, presente no quadro que se segue (ver em anexo 9 extractos completos dos momentos poéticos de N1b, N11, N14a, N4b).

Quadro 85.

Análise comparativa de momentos poéticos: Arriscar comer/ter mais peso

	N1	N11	N14	N4
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	<i>Início da recuperação</i> <i>Ainda estava sensivelmente magra mas já estava com aquela mentalidade que já estava a recuperar</i>	<i>Início da recuperação</i> <i>Estava a iniciar a recuperação</i>	<i>Início da recuperação</i> <i>E tinha mais peso...e tipo eu "Ok", tinha mais peso</i>	<i>Início da recuperação</i> <i>Primeiro começou quando engordei 100 kg. Porque eu comia e não engordava. (1-100gramas?) 100 gramas</i>
Cenário (Onde?)	Casa dos tios	Consulta	Consulta	Consulta
Personagens principais (Quem?)	Família	Médico	Médico	Médico
Tema (O quê)	Arriscar comer/ ter mais peso <i>Só que depois não sei, arrisquei e comi. Soube-me tão bem, tão bem, tão bem. Comi aquilo com a maior da satisfação</i>	Arriscar comer/ ter mais peso <i>Não, não, de facto eu já consegui fazer, mas fiz só aquele passo. E ele. "Pronto, mas pelo menos eu sei que fez aquele passo, porque está</i>	Arriscar comer/ ter mais peso <i>E tinha mais peso...e tipo eu "Ok", tinha mais peso, mas tipo não me fez o incómodo que...que me eu tinha...que me fazia no passado...</i>	Arriscar comer/ ter mais peso <i>Esta semana engordaste 100 gramas. Isto foi um bocadinho tipo: eu gostei e não gostei. Mas eu disse: não, isto vai ter de ir para a frente.(...) Nessa altura lembro-me que conheci uma miúda que jogava hóquei (...). E eu fui ver e adorei. "Ai eu gostava tanto de ir jogar" (...) E então, o que é que era a minha luta, era atingir o peso para poder ir.</i>
Impacto emocional	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo

	<i>Satisfação (Soube-me bem, soube-me muito bem mesmo) andei, brinquei, estava satisfeita, estava consideravelmente cheia, estava bem, não tinha fome e também não sei, estava com um sorriso diferente)</i>	<i>Mestria (Não, não, de facto eu já consegui fazer)</i>	<i>Liberdade (eu achava que não estava...que estava a abrir...)</i>	<i>Alegria/ Mestria (Senti-me contente. Eu sentia-me muito triste. Senti uma alegria. Por um lado senti-me... não foi triste... revoltada porque não queria engordar. Mas por outro senti uma alegria do género: Já estou a conseguir.)</i>
Significação/ Integração	<i>Há muito tempo que não te via assim, tão alegre, tão divertida</i>	<i>Eu acho que esse foi um dos momentos principais, até porque a partir daí subi sempre.</i>	<i>O facto de eu ter mais peso, tipo, ainda me deu mais liberdade Era muito mais importante estar a estudar anatomia... até porque eu...se eu começava a stressar por... é mesmo assim... Eu acho que isso foi a cura mesmo...ter ido para a faculdade, ter-me abstraído de tudo...</i>	<i>Já estou a conseguir.</i>

Como é possível observar neste quadro, nas narrativas de N11, N14 e N4 a ambivalência em relação ao aumento de peso é resolvida através de outros objectivos mais fortes na sua vida, nomeadamente a vontade de investir no curso e a vontade de entrar numa equipa desportiva.

Também a Sofia, movida por um objectivo mais elevado, o de fazer bons tempos nos seus treinos, passou a comer de forma descontraída (ver em anexo 9 momento poético de N9b). A entrada num novo contexto, neste caso, um contexto desportivo, proporcionou a esta jovem várias experiências em que o insistir para comer deixou de ser revestido de julgamento para passar a ser significado como um incentivo, o que permite à jovem não só arriscar comer, como vimos nos depoimentos passados, como também sentir-se normal. Efectivamente, após esta primeira fase de aumento de peso, impulsionada por experiências de alegria/satisfação com o objectivo atingido – o de arriscar comer/aumentar de peso, os momentos poéticos passam a focalizar-se em experiências positivas em contexto de socialização, geralmente com os pares. Durante a recuperação, há várias entrevistadas que escolhem narrar episódios de inovação que envolvem a (re)entrada em contextos de socialização em que experienciam um sentimento de verdadeira integração/aceitação. É comum a expressão “senti-me normal” em alguns destes momentos narrados, não querendo esta expressão querer dizer simplesmente “senti-me normal”, mas antes “senti algo especial por me sentir normal”. Esta experiência das jovens serem aceites pelo que são e valorizadas pelo que mostram, geralmente ocorre fora do contexto familiar e numa fase posterior à doença, já numa fase de recuperação. Em muitos destes episódios, os amigos/colegas são as personagens principais, como podemos ver no quadro seguinte, que compara quatro momentos (ver em anexo 9 momentos de N7b, N14b, N6, N20, N19a).

Quadro 86.

Análise comparativa de momentos poéticos: Arriscar (re)entrada em contextos de socialização

	N7	N14	N6	N20	N19
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	Depois de recuperação de peso <i>Primeiro cheguei à escola e ninguém me reconheceu porque eu estava bué de diferente, com uns quilos a mais.</i>	Durante a recuperação <i>Eu estou a perder coisas... E eu queria tanto ter amigos, eu queria tanto aproveitar...</i>	Depois da recuperação de peso <i>Voltar mais gorda, muito mais gorda</i>	Durante a recuperação de peso <i>Agora que estava a recuperar e que tinha de comer</i>	Durante a recuperação de peso <i>Eu quis lá mostrar que já estava bem, que já estava a recuperar</i>
Cenário (Onde?)	Faculdade (Praxe)	Faculdade (Praxe)	Escola (Regresso à escola)	Escola (Regresso à escola)	Escola (Baile de finalistas)
Personagens principais (Quem?)	Amigos	Amigos	Amigos	Amigos, Professores	Amigos, funcionários da escola
Tema (O quê)	Arriscar entrar na praxe <i>de chegar à praxe e logo no primeiro dia que cheguei à praxe e estar com os meus amigos, caloiros todos, e cantar aquelas músicas todas com eles, e senti-me igual aos outros</i>	Arriscar entrar na praxe <i>Eu senti assim “Ó pá, vais...”. E, de repente, tipo, eu vi-os e percebi que eles divertiam-se tanto com aquilo, que eles gostavam e vi “. Eu quero estar com eles, eu quero ser amiga deles”. E, pronto, eu acho que a praxe...e pronto, fui falar e aceitaram e adorei andar na praxe depois</i>	Arriscar regressar à escola <i>foi quando eu voltei para a escola, foi das primeiras vezes que eu voltei para a escola. E pensar que ia conseguir e naquela altura eu estava ali e senti que: ou me vinha embora ou ficava e se ficasse era para ficar mesmo. acho que foi o momento mais marcante. Foi sair de casa, parar de chorar, chegar à escola e ter ficado lá.</i>	Arriscar regressar à escola, contando o que se tinha passado. <i>Foi o meu regresso à escola. Tinha faltado talvez uma semana... Mas passado uma semana voltei e achei que era obrigação para comigo e para com os outros informar o que é que se estava a passar. Eu lembro-me de muito dizer às pessoas se eu não quiser (comer) vocês... obriguem- me!</i>	Arriscar reentrar na escola <i>la ser finalista, mas como tive internada, reprovei...mas convidaram-me na mesma e então...foi nesse baile. Aceitei muito pronta a ir... Eu quis ir lá mostrar que já estava bem, que já estava recuperar...</i>
Impacto emocional	Positivo <i>foi um dos momentos bons Ah, estava feliz por ser igual.</i>	Positivo <i>Isso foi muito fixe</i>	Positivo/Negativo <i>foi mesmo muito difícil e foi aquela coisa de: ou é ou não é. Lembro-me da sensação. Senti-me muito olhada porque as pessoas já não me viam há muito tempo. E pronto e olhe, lá correu tudo bem.</i>	Positivo <i>Senti-me bem acho que me senti mais aliviada senti que, que eles estavam preocupados e que lhes dei uma alegria, entre aspas</i>	Positivo <i>Foi bom, foi ótimo. Senti-me mesmo bem, senti-me em casa.</i>
Significação/ Integração	<i>Senti-me mesmo parte do grupo, lá dentro. Dantes era</i>	<i>O problema que eu tinha impossibilitava-</i>	<i>Apesar de tudo os meus amigos reuniram-se um</i>	<i>E pronto, comecei- me novamente a aproximar, também</i>	<i>Porque eu mesmo estando fora, tenho noção</i>

	o grupo e eu fora. E eu agora estava lá dentro. Sentir-me recuperada é tipo ficar igual aos outros.	me de conviver. eu quis sair, ao sair tive que estar com as pessoas ..tinha de estar com elas e tinha de jantar/almoçar com elas... Então, tinha de comer. Ponto final. E isso também me ajudou por aí.	bocadinho à minha volta, foram muito queridos e companheiros e isso foi importante. Foi muito importante. Porque eu sentia-me mal mas não senti que eles me criticassem	foi muito importante porque acho que as pessoas ao compreenderem...	de que estava presente, pelo que eles me diziam. tentava mostrar-lhes que era a mesma que era de antes. E eles aceitaram...foi mesmo muito importante.
--	---	---	---	---	--

A re(entrada) em contextos de socialização, geralmente a escola ou a faculdade, constitui um motor importante para a fase seguinte da recuperação, ao proporcionar experiências de aceitação e de pertença a um grupo, como a Leonor conta (ver em anexo 9 extracto de N7b) em que se sentiu *“mesmo parte do grupo, lá dentro”* e *“feliz por ser igual”*, ou a Lurdes relatou com um simples *“adorei andar na praxe depois”* (ver em anexo 9 extracto de N14b). A Mariana também decidiu arriscar ir novamente à escola, e apesar de alguns contra-tempos, sentiu o apoio dos amigos e a sua aceitação (ver em anexo 9 extracto de N6). Tal como a Mariana, a Filipa também decidiu regressar à escola, mas não sem antes assumir perante os colegas o seu problema, para evitar os julgamentos alheios (*“as cusquices”*) e poder contar com a ajuda destes para as fases seguintes da recuperação que tencionava vir a travar (ver em anexo 9 extracto de N20). Com este arriscar a Filipa pôde sentir o apoio dos colegas e os seus incentivos, algo que considerou como uma peça importante na sua recuperação, à semelhança da Margarida que decidiu ir ao baile de finalistas e sentiu-se aceite, uma das chaves desta fase da recuperação (ver em anexo 9 extracto de N19b). Para a (re)entrada nestes novos contextos, algumas das ex-pacientes relataram ainda a importância do voto de confiança/incentivo que lhes foi concedido pelos pais (ver em anexo 9 momentos poéticos de N5b, N17 e N4c)

Como vimos, após uma primeira fase de aumento de peso, impulsionada por experiências de alegria/satisfação com o objectivo atingido – o de arriscar comer/aumentar de peso, os momentos poéticos passam a focalizar-se em experiências de (re)entrada em contextos de socialização, muitas vezes com o incentivo dos pais, usufruindo de sentimentos inovadores de alegria e de aceitação por parte dos colegas. No caso da Inês, esta aceitação é atingida num dos seus contextos de maior investimento - a música, em que o reconhecimento do seu mérito vem proporcionar-lhe um sentimento inovador, de alegria e energia (*“natural”*), contrário ao que era habitual estar presente na sua narrativa problemática. Analisemos agora mais detalhadamente de que ingredientes este momento é feito:

Quadro 87.

Análise de um momento poético de N13: Experiência de prazer/mestria

	N9
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	Durante a recuperação <i>Estava, já estava um bocado depois da mudança, quer dizer, do arranque, ainda estava magra, mas já estava...já, já...</i>
Cenário (Onde?)	Auditório (Contexto “profissional”) <i>Não só estes momentos profissionais, entre aspas</i>
Personagens (Quem?)	Jovem, público, presidente da fundação, mãe
Tema (O quê)	Experiência de prazer/mestria <i>Então fui tocar o estudo, não me enganei uma única vez nessa audição...Correu-me muito bem mesmo, consegui transmitir a música ao público, como deve ser, não é? Toquei e depois as pessoas bateram-me muitas palmas e depois fui outra vez ao palco... E depois foram imensas pessoas dar-me os parabéns e depois o presidente da Fundação Golfinho disse, até disse à minha mãe...perguntou à minha mãe se ela era minha mãe e disse-lhe que não sabia que na Companhia da Música estavam pianistas deste calibre</i>
Impacto emocional	Positivo Alegria, energia <i>Fiquei toda contente!</i> <i>Eu na anorexia também estava enérgica, mas era uma energia quase forçada, não é? Mas aqui estava mesmo com energia natural, não é? Energia interior mesmo, presença, não é? Que isso é importante, não é? Estava diferente aí... Depois, estava mais alegre...</i>
Significação/ Integração	<i>E senti que isto tudo, afinal, hum, o que eu pensava que era um tormento para melhorar...o que eu pensava que era um tormento ficar...engordar, não é? Afinal, não, era uma felicidade, em todos os aspectos</i>

Como fica saliente através desta análise, é o sentimento de mestria sentido por não se ter enganado uma única vez, pelas palmas ouvidas e pelo elogio tecido pelo presidente da Fundação que impele esta jovem a resignificar o acto de “engordar” que deixa de ser um tormento para ser a chave para esta felicidade sentida. Este momento vem impulsionar ainda mais o movimento já iniciado da recuperação.

Recapitulando, nas primeiras fases da recuperação propriamente dita, as entrevistadas narram episódios em que arriscaram comer ou ter mais peso, sendo tocadas por uma emoção de alegria e de mestria e/ou momentos em que arriscaram a (re)entrada em contextos de socialização, sendo tocadas por um profundo sentimento de aceitação pelos outros, como ilustra a seguinte figura:

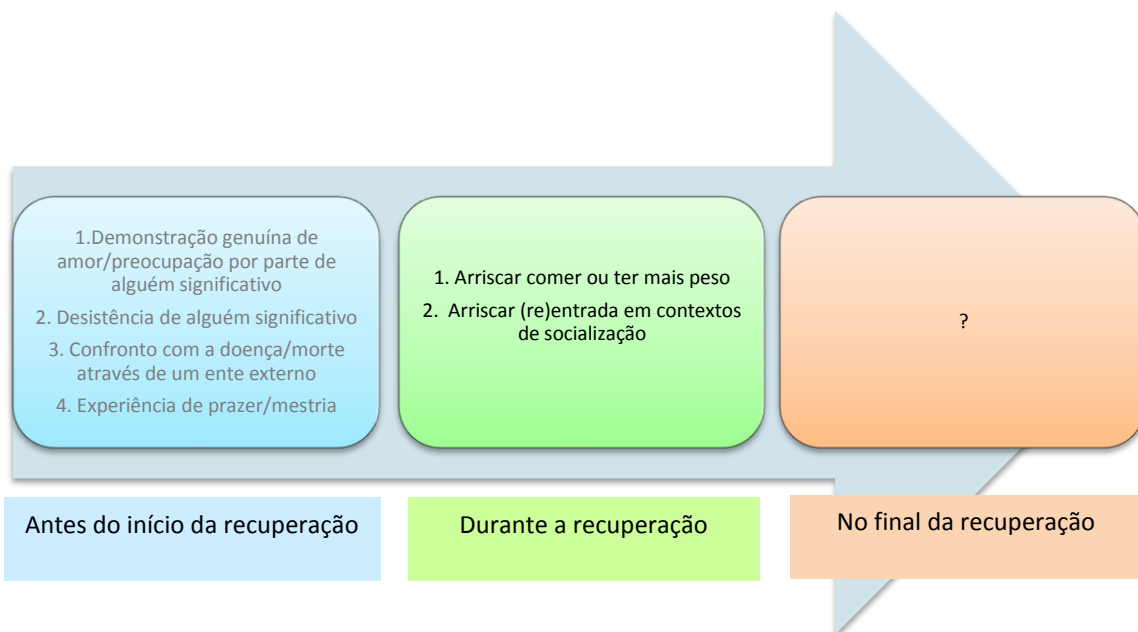


Figura 35. Trajetória dos momentos poéticos ao longo da recuperação (parte 2)

2.3.3. No final da recuperação

No final da recuperação, os temas dos episódios são bastante mais variados e idiossincráticos. Ainda assim, é possível extrair algumas comunalidades entre eles. O momento da alta médica parece ser um momento importante para duas das entrevistadas que marca a desvinculação a um rótulo que a sociedade lhes imprimiu, o rótulo de serem doentes e a confirmação do seu sucesso nesta trajetória, como evidenciam os momentos analisados no quadro apresentado de seguida (ver extractos em anexo 9, N3b e N10).

Quadro 88.

Análise comparativa de momentos poéticos: Alta médica

	N3	N10
Circunstâncias/ momento da trajetória (Quando?)	No final da recuperação A última vez que vim aqui ao consultório	No final da recuperação <i>já tenho aumentado o peso e agora estou bem</i>
Cenário (Onde?)	Hospital	Hospital/ Casa
Personagens (Quem?)	Médico	Médica e amiga
Tema (O quê)	Alta médica <i>só sei que já tinha o peso ideal, o dr. X fez o índice de massa corporal, disse que estava bem, foi quando ele me deixou sair.</i>	Alta médica <i>Então, como é que foi?» e eu disse-lhe «Olha, acho que as consultas já, já nem precisava das consultas» disse-lhe deste modo «Já não precisava das consultas». E ela «então porquê?» e eu disse que «acho que já sou capaz de ter controlo, psicologicamente» Então eu disse-lhe «olha, já tenho aumentado o peso e agora estou bem e a médica até me deu os</i>

		<i>parabéns e disse-me que estava a recuperar e que se...da próxima vez que fosse até tenho alta»</i>
Impacto emocional	Positivo <i>Senti-me feliz</i>	Positivo <i>Senti-me bem..</i>
Significação/ Integração	<i>Senti-me feliz, porque eu não gostava de vir para aqui. Primeiro porque não gosto de médicos, de hospitais, deste ambiente. E então para mais quando se referia a mim, e numa doença que eu tinha, mais difícil.</i>	<i>Senti-me bem, porque acho que era...quando temos uma doença só nos queremos ver livres dela, quanto mais depressa melhor. Então, ter a noção e saber realmente de que estou bem, porque senão a médica não me iria dar alta, não é? Acho que foi uma alegria, foi aquele momento de pensar que estou a conseguir, e consegui e que, como eu, muita gente também pode conseguir</i>

Este reconhecimento do mérito pela própria em relação a si e à sua trajectória, expresso por N10 parece ser extremamente importante já que nalgumas trajectórias parece haver a dificuldade em aceitar ajuda pela necessidade de partilha deste eventual mérito, como as frases seguintes evidenciam:

[N13] *E primeiro fiquei muito frustrada, completamente frustrada, porque pensei que conseguia resolver perfeitamente sozinha, porque é que... E depois isso...isso contribuiu para descer ainda mais, não é? (...) E depois comecei a chorar bués outra vez, mas depois voltei outra vez a ver que...que não, que realmente, ah, a Dra. poderia dar-me... (breve pausa) ajudar-me, não é? Se tinha ajuda porque não aproveitá-la não é? A desculpa era quase...assim eu dizia que não ia receber o mérito todo, era quase uma desculpa.*

[N23] *às vezes acho que estou em paz com o passado, com aquilo que aconteceu, às vezes acho que não. E é difícil ter uma ideia do que mudou em mim, quando durante muito tempo os meus pais, principalmente a minha mãe, dava a ela o mérito da minha mudança.*

Algumas das jovens contam ainda outros momentos poéticos já no final da recuperação em que se aceitam a si próprias, sentindo-se bonitas (ver em anexo 9 extractos de N1 e N12).

Por último, alguns momentos poéticos espelham a descoberta de novas competências em si ou novas possibilidades para o futuro, em que as jovens sentem que podem ser diferentes. Analisemos agora o caso da Matilde, que narra como momento de mudança aquele em que se consegue impor perante uma plateia, vencendo o seu medo de falar em público e de fazer má figura (em anexo 9, N2d).

Quadro 89.

Análise de um momento poético de N2: Descoberta de novas competências

	N2
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	No final da recuperação
Cenário (Onde?)	Contexto profissional
Personagens (Quem?)	Jovem, colegas, público
Tema (O quê)	Descoberta de novas competências: Capacidade de se impor perante uma plateia <i>O anfiteatro já estava totalmente cheio, estava repleto, a rebentar pelas costuras. Os</i>

	<i>pais insistiam. Não havia cadeiras para ninguém. E eu a certa altura disse: “Eu já não aguento isto, daqui a pouco vou estar a tarde toda para uma professora mandar sentar um, a seguir o outro mandar tirar a criança. Então irritei-me e disse: “não vai ter de ser senão isto aqui ninguém impõe respeito”. A certa altura mandei um berro e disse: Agradecia silêncio, agradecia que as pessoas se calassem. E as pessoas ficaram assim. Pararam e toda a gente fez silêncio e ficaram a olhar. E disse: “Isto não pode ser, isto está repleto, (...) os catecistas são quem vai ver a experiência, agradeço que os pais fiquem lá fora e venham daqui a 20 minutos, porque há um novo filme para verem. Por isso, agradeço que saiam.</i>
Impacto emocional	Positivo Mestria (sabor a vitória) <i>Tu conseguiste, tu venceste o teu medo, medo de falar em público. Marcou-me mesmo. Marcou totalmente</i>
Significação/ Integração	Conseguir impor-se/ Ser capaz <i>Eu enfrentei toda a gente, tomei mesmo, aí pensei: N. tu conseguiste. Pronto, posso não ter feito se calhar boa figura, estava sempre a preocupar-me se tinha feito boa figura ou não, mas aí também acabei por não me preocupar tanto. Já estava a atingir assim o extremo. E vi que mudei muito. Dantes ficava lá à espera, nem que fosse uma hora, à espera que as pessoas se organizassem. E não. Impus, impus ordem</i>

Como percebemos, este momento parece comportar em si o sabor da vitória, este vencer o medo, esta constatação de ser capaz de falar em público, de se impor perante uma plateia, que não permite que a jovem volte a ser o que era antes, porque agora já conseguiu, já foi capaz de não estar tão preocupada com a sua “triste figura”. Este momento gera novas possibilidades, em que a jovem pode tentar ignorar este feito, sem o conseguir na totalidade, já que os momentos poéticos são momentos traumáticos, ou seja, como a própria diz: “ *E foi esse berro. (...) Marcou-me mesmo. Marcou totalmente*” ou pode decidir seguir o caminho da mudança que se abriu com este momento.

Tal como a Matilde, cujo berro permaneceu e ecoa até ao presente na sua memória, a Beatriz e a Maria também nos relatam palavras que permanecem, que lhes proporcionaram novas possibilidades para as suas vidas, nomeadamente liberdade. O episódio narrado pela Beatriz (ver em anexo 9, N18c), um momento importante vivido em contexto terapêutico, em que fez com o psicólogo “o funeral do pai”, de um pai que idealizava e que nunca ia conseguir encontrar, expressão essa que permaneceu e que lhe abriu uma nova porta, a porta da liberdade.

Também em contexto terapêutico, a Beatriz foi tocada por outras palavras que permaneceram, a frase tão simples quanto mágica: “*Tu és uma mulher!*”, que lhe abriu um novo mundo que talvez em tempos a entrevistada receasse entrar, alargando-se as opções desta entrevistada para a sua vida, já que “*A tua vida é como um carro, és tu que o tens que guiar*” (ver em anexo 9, N18b).

A Maria, por sua vez, foi tocada em contexto terapêutico por um momento poético quando o terapeuta lhe abriu as portas do livre arbítrio, mostrando-lhe novas

possibilidades de vida, entre o escolher ser ou ser sem escolher (ver em anexo 9 momento poético de N23).

Vejamos agora uma análise comparativa destes 3 momentos para percebermos melhor as suas comunalidades:

Quadro 90.

Análise comparativa de momentos poéticos: Descoberta de novas competências/opções para a vida

	N18	N18	N23
Circunstâncias/ momento da trajectória (Quando?)	No final da recuperação	No final da recuperação	No final da recuperação
Cenário (Onde?)	Contexto terapêutico	Contexto terapêutico	Contexto terapêutico
Personagens principais (Quem?)	Jovem e terapeuta	Jovem e terapeuta	Jovem e terapeuta
Tema (O quê)	Poder decidir <i>E ele disse que achava que eu devia fazer o funeral do meu pai. Eu tinha que decidir, o meu pai quer ser assim então deixa-o ir, deixa-o ser e eu vou seguir o meu caminho! Eu tive que sair do caminho do meu pai! E começar o meu!</i>	Poder decidir <i>E tu tens que seguir, tens 23 anos, tu..." ele até lembro-me que usou a metáfora do carro..." Tu és o carro, tu é que decides para onde é que vais, não é, tu é que..." ou não, como é que? "A tua vida é como um carro, és tu que o tens que guiar, não é deixar as outras pessoas guiar o teu carro, és tu que tens que o guiar, não é?" e foi e ele disse "Tu és uma mulher, tu és uma mulher!"</i>	Poder decidir <i>Ele disse-me que eu podia escolher o que eu queria ser e eu "mas eu posso escolher? Como? Eu não mando no que eu penso." E ele disse que eu não estava a escolher, estás a perceber? Estava a ser passiva. Eu não estava a escolher. Então as coisas eram todas assim um turbilhão e eu podia ser muitas coisas dentro daquelas coisas que eu pensava.</i>
Impacto emocional	Positivo Surpresa <i>que me criou um impacto tão grande em mim, mas foi um impacto positivo...</i>	Positivo Choque <i>senti, prontos quando ele disse senti assim tipo um choque, mas positivo</i>	Positivo Medo <i>E aquilo assustou-me imenso. "Eu posso ser muitas coisas? então aí é que sou completamente, tipo isso é muito".</i>
Significação/ Integração	Poder escolher parar de tentar (mudar o pai) <i>Pára de tentar, ele, prontos, não é o pai que tu querias, não é o pai que tu achavas, que tu vias quando eras criança, quando ainda não percebias as coisas...</i>	Poder escolher o seu próprio caminho <i>A partir daí com tudo isto a nível de personalidade comecei a ficar mais segura, a minha atitude, já não entro assim com uma atitude tímida, não! Mesmo até na minha maneira de vestir, deixei-me de esconder tanto por trás das roupas e visto o que quero...</i>	Poder escolher ser diferente <i>Eu acho que foi um episódio em que senti que podia ser diferente</i>

Em suma, no final da recuperação (ver Figura 35), para além da alta médica que parece ser um momento poético para algumas das entrevistadas, os outros momentos implicam novas descobertas em relação a si, às suas competências e opções para a

vida, que permitem a construção de uma narrativa mais livre e flexível, susceptível de ser reescrita sempre que for necessário.

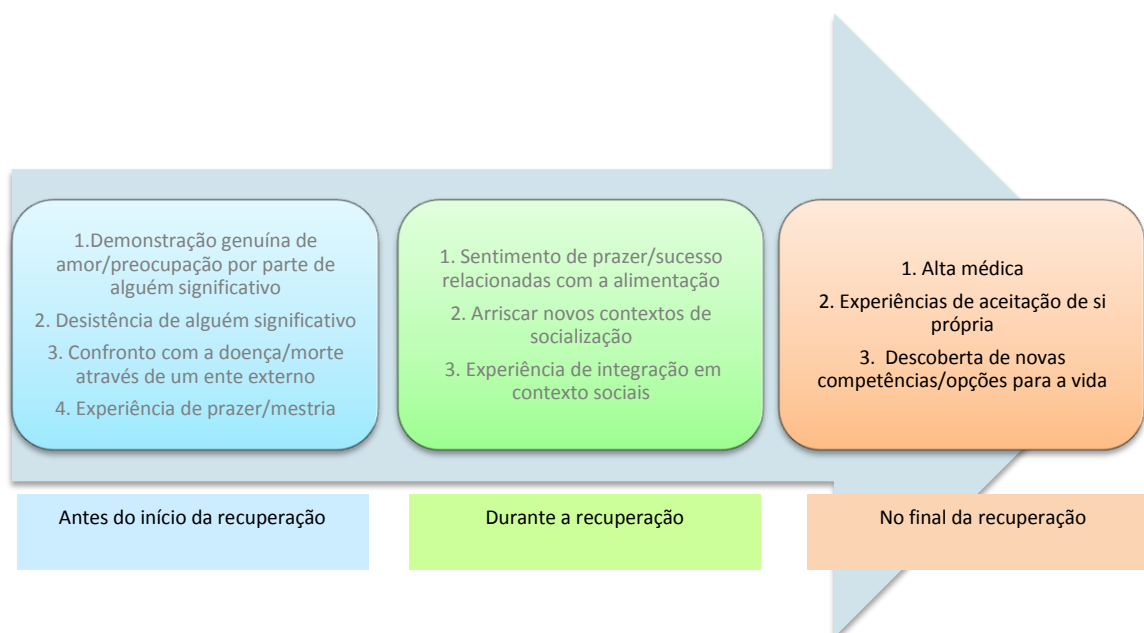


Figura 36. Trajectória dos momentos poéticos ao longo da recuperação (parte 3)

Ao analisarmos os diferentes momentos poéticos narrados referentes a estas 3 fases identificadas percebemos que no início da recuperação a mudança se dá “de fora para dentro”, ou seja, faz-se predominantemente através da ressonância emocional que as acções dos outros tiveram sobre as entrevistadas. Com o evoluir da trajetória, a mudança vai-se tornando de “dentro para fora”, ou seja, as jovens vão assumindo um protagonismo maior nos acontecimentos ao decidirem elas próprias arriscar novos contextos e mobilizar novos recursos, até passar a ser uma mudança muito mais interna, de “dentro para dentro”, em que as jovens descobrem nelas próprias novas competências e opções para as suas vidas, integrando a autoria das suas narrativas de vida.

Após a análise dos momentos poéticos narrados e desta organização por conteúdo, foi feita uma análise comparativa que possibilitasse o cruzamento entre os temas dos momentos narrados com o tipo de trajetória anteriormente identificada. Não se concluiu haver uma associação nítida entre os temas dos momentos codificados e as trajetórias, a não ser a presença de momentos de “aceitação de si própria” e de “alta médica”, apenas nas trajetórias estéticas; e de momentos de “descoberta de novas competências/opções para a vida” apenas nas trajetórias relacionais (Ver em anexo 10 cruzamento dos momentos poéticos com tipo de trajetória).

Estivemos até agora sobretudo centrados nos temas dos momentos de acordo com a fase da trajetória das jovens, tentaremos agora prender particularmente a nossa atenção nas personagens e cenários mais presentes neste processo de mudança.

2.3.4. Personagens

Ao analisarmos os diferentes momentos poéticos, concluímos que havia maior presença de determinadas personagens, como ilustra a figura que segue.

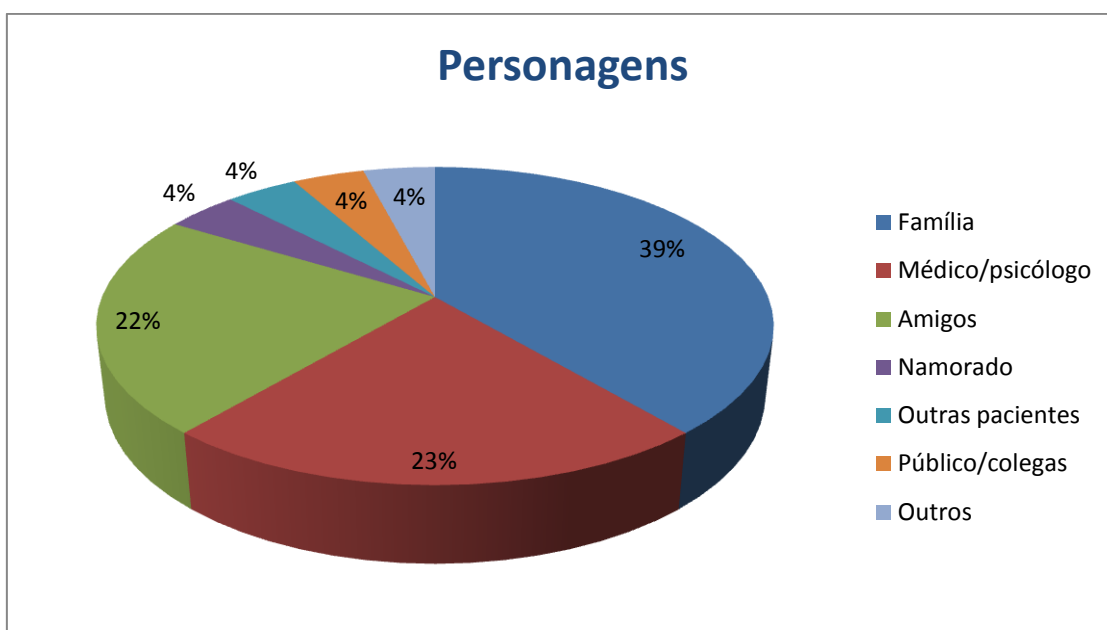


Figura 37. Frequência relativa percentual das diferentes personagens nos momentos poéticos narrados

Como a figura evidencia, as personagens mais frequentemente mencionadas nos momentos poéticos são os familiares (39% dos momentos poéticos fazem referência aos familiares), seguidos dos profissionais de saúde (23%) e dos amigos (22%).

No que diz respeito às personagens mais vezes mencionadas em relação a cada uma das fases de recuperação, vejamos o seguinte gráfico:

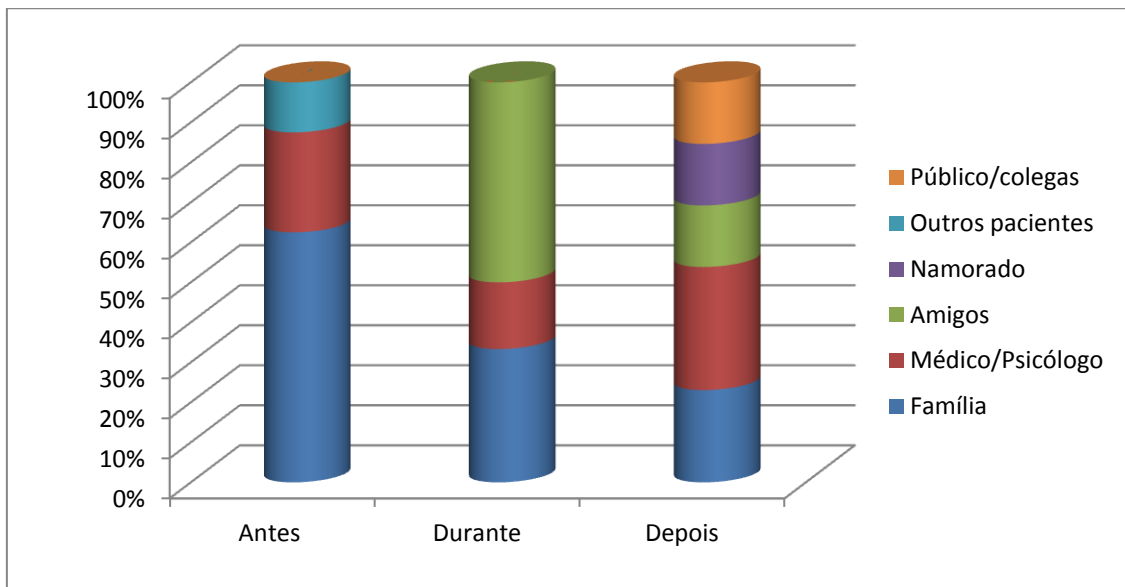


Figura 38. Frequência relativa percentual das diferentes personagens nos momentos poéticos, ao longo da trajetória de recuperação

Conforme a figura evidencia, na fase “antes” do início da recuperação do peso, as personagens mais presentes nas narrativas de mudança são os familiares (presentes em 59% dos momentos poéticos), seguidos dos profissionais de saúde (presentes em 24%). Alguns momentos fazem ainda referência a “outros pacientes” (12%). Durante a recuperação, os amigos ganham uma grande saliência nos momentos narrados (64%), a família continua presente ainda que com menos saliência (43%), e os profissionais de saúde mantêm-se relativamente salientes ao longo de todas as fases da recuperação. Depois da recuperação propriamente dita, surgem novas personagens, nomeadamente os namorados (22%) e os colegas/público (22%), permanecendo com alguma saliência a família (33%), os profissionais de saúde (44%) e os amigos (22%).

Este papel preponderante da família no início e esta perda de importância numa fase posterior são explicados por uma das entrevistadas como necessários para que a própria jovem seja capaz de reclamar para si o protagonismo da sua recuperação.

[N23] *Eu acho que os meus pais foram importantes, é claro. Nesta parte da aceitação incondicional. Mas depois eles não conseguem deixar de ser sempre importantes. E aí...*

I- Isso teria sido importante?

N23- sim.

I- Eles deixarem de ser tão importantes?

N23- Sim, até para me darem alguma importância a mim.

I- Ah, para teres algum protagonismo.

N23- sim, sim.

I- O que me estás a dizer é que foram muito importantes numa fase inicial mas teria sido importante que depois...

N23- deixassem de ser tão importantes. Serem mais importantes do que eu na minha recuperação. Percebes? Estás aqui por minha causa, estás aqui. Tipo o mérito não é teu. És tu no colo deles. Então isso não...

2.3.5. Cenários

Relativamente aos cenários mais frequentemente mencionadas, vejamos o seguinte gráfico ilustrativo:

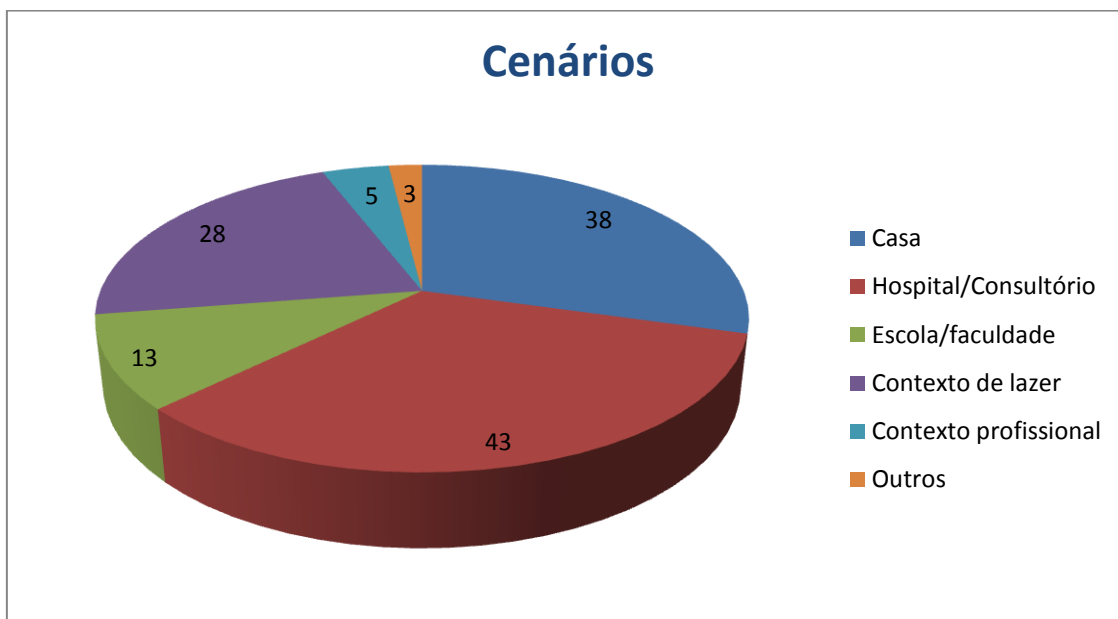


Figura 39. Frequência relativa percentual dos diferentes cenários nos momentos poéticos

Como a figura ilustra, é o contexto terapêutico (43%) e o contexto familiar do lar (38%) os que surgem mais vezes relatados nos momentos poéticos narrados.

No que diz respeito aos cenários mais frequentemente mencionadas em relação a cada uma das fases de recuperação (antes, durante e depois), vejamos o seguinte gráfico:

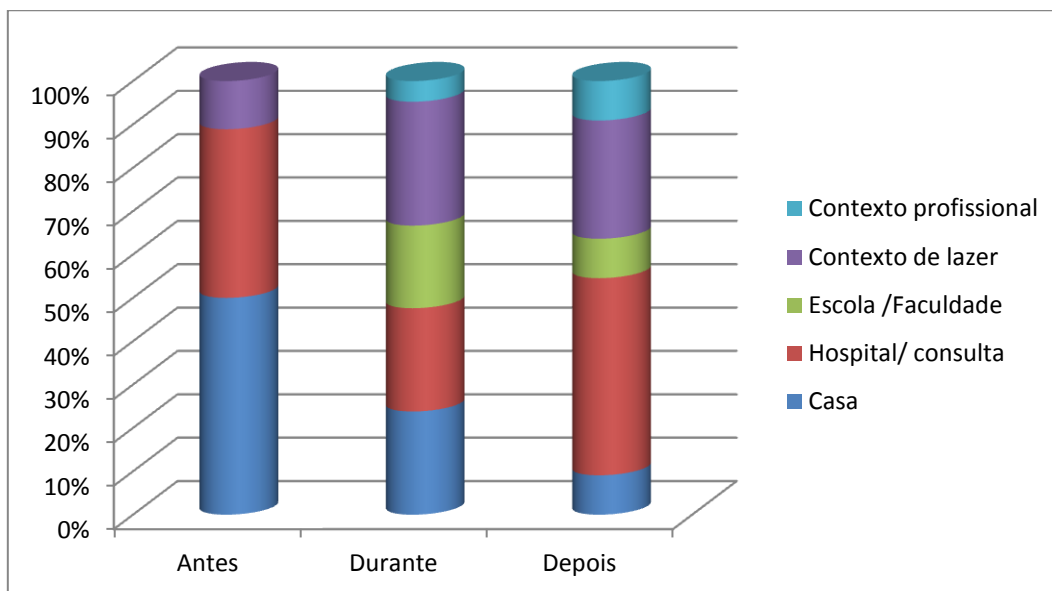


Figura 40. Frequência relativa percentual dos diferentes cenários nos momentos poéticos, por cada fase da recuperação

Na fase que antecede o início da recuperação, os cenários mais referidos são a casa (50%) e o contexto terapêutico (39%), na fase da recuperação propriamente dita, os cenários diversificam-se passando a ter também um destaque considerável os contextos de lazer (29%) e a escola/faculdade (19%) como cenários de mudança e, numa última fase da recuperação (“Depois”), o contexto terapêutico ganha de novo relevo (46%), continuando os contextos de lazer (33%) a assumir uma saliência considerável (27%).

2.3.6. Impacto emocional

Mergulhemos agora novamente sobre os momentos no sentido de tentar captar o seu tom emocional. Como vimos quando analisámos os temas, os episódios presentes nos momentos poéticos parecem ter: a) um impacto predominantemente positivo em termos emocionais, nomeadamente aqueles que proporcionam sentimentos de alegria, mestria, prazer, alívio; b) um impacto predominantemente negativo, nomeadamente aqueles que provocam medo, desamparo, solidão, culpa e, c) um impacto onde coexistem de forma equivalente os dois tipos de impacto: positivo/negativo (ver em anexo 11 quadros com exemplos ilustrativos do impacto emocional positivo ou negativo de alguns momentos poéticos).

O impacto emocional dos momentos poéticos narrados nem sempre aparece explícito, havendo pouca discriminação verbal dos sentimentos predominando o “Senti-me bem”

ou havendo apenas a identificação da emoção sem grandes explicações. Há também algumas entrevistadas que andam à procura das emoções, talvez porque o que mais nos marca é difícil de definir. No entanto, apesar destas dificuldades, há algumas expressões como por exemplo “Mas graças a Deus!” ou as pausas e a voz emocionada que nos levam para o território do sentir e nos mostram se o impacto emocional foi positivo ou negativo. O quadro que se segue evidencia a proporção de momentos narrados com um impacto positivo, negativo, ou positivo/negativo no início, durante e na fase final da recuperação:

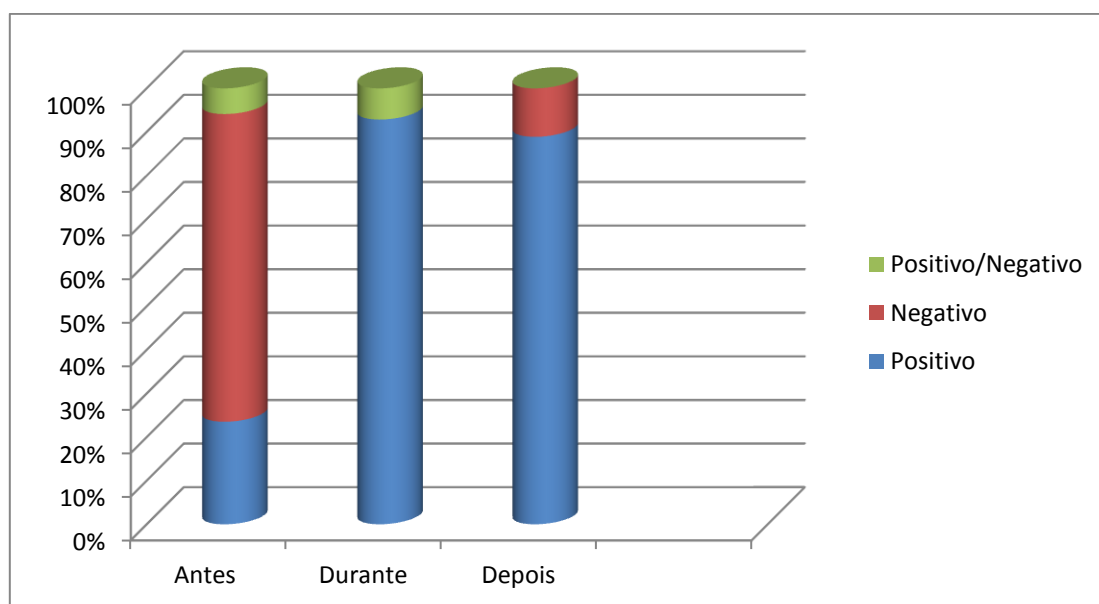


Figura 41. Frequência relativa percentual do tipo de impacto emocional presente nos momentos poéticos, por cada fase da recuperação

Como podemos ver pela figura, antes de se iniciar a mudança do comportamento alimentar os momentos poéticos tem predominantemente um tom emocional negativo, enquanto durante e no final da recuperação o tom da mudança é essencialmente positivo.

2.3.7. Significações

As significações ou integrações dadas aos momentos poéticos narrados pelas próprias ex-pacientes ainda que idiossincráticas apresentam alguns padrões que importa ressaltar, que foram ficando evidentes ao longo da análise dos momentos poéticos.

Com efeito, *antes do início da recuperação* são frequentes as significações dadas aos episódios enquanto momentos que permitiram às jovens constatar o amor dos outros ou tomar consciência do desejo de expressão de afectos por parte dos outros em relação a elas mesmas, o que as leva a querer mudar e a pedir ajuda. *Durante a recuperação*, alguns episódios mostram às jovens que comer ao invés de ter consequências negativas pode trazer benefícios e que há outros objectivos que se podem tornar mais importantes do que não comer. Para além disso, alguns episódios levam as jovens a tomar consciência como é possível sentirem-se felizes ao serem iguais aos outros e como ao partilharem experiência com os pares se podem sentir aceites e valorizadas. No *final da trajectória da recuperação*, os momentos poéticos permitiram às jovens perceberem que já não estavam doentes, que tinham vencido/dominado o problema. Permitiram-lhes ainda constatar que era capazes de ser bem sucedidas e que podiam escolher o rumo da sua vida, tendo livre arbítrio em relação a si próprias e até ao poder que os outros podem ou não ter sobre elas.

Em jeito de síntese, o quadro que se segue representa uma sistematização de todas as análises realizadas às narrativas de momentos poéticos organizadas de acordo com o percurso das trajectórias de recuperação ao longo do tempo:

Quadro 91

Momentos poéticos: Quadro-síntese dos resultados

Quadro-síntese dos resultados:			
	Antes do início	Durante a recuperação	No final da recuperação
Temas	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração genuína de amor/preocupação - Desistência de alguém significativo - Confronto com a doença/morte - Experiência de prazer/mestria 	<ul style="list-style-type: none"> - Arriscar comer ou ter mais peso - Arriscar (re)entrada em contextos de socialização 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta médica - Experiências de aceitação do self - Descoberta de novas competências/ opções de vida.
Personagens mais presentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Família 2. Médico 3. Outros pacientes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amigos 2. Família 3. Médico 	Todas, à excepção de "Outros pacientes"
Cenários	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casa 2. Hospital/ Consulta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lazer 2. Casa 3. Hospital 4. Escola/Faculdade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital/ Consulta 2. Lazer
Impacto emocional	Negativo	Positivo	Positivo
Significação	Os outros afinal gostam de mim	Comer pode trazer coisas boas	Já não sou doente
	Sinto falta que os outros expressem os seus afectos	É mais importante lutar por um objectivo do que lutar para não comer	Sou capaz
	Não estou bem, preciso de ajuda	Sou feliz por ser igual aos outros	Posso escolher
	Não quero estar do lado da doença	Os outros aceitam-me, valorizam-me	

2.4. Factores de recuperação

Enquanto ouvia as narrativas de recuperação das ex-pacientes que entrevistei, vários factores de recuperação iam sobressaindo no seu discurso, sob a forma de explicação, agradecimento, constatação. No final da narrativa da trajectória pedi a todas o mesmo exercício, que destacassem os factores/pessoas mais importantes durante a trajectória narrada. Foram todos estes factores, quer os destacados pelas próprias no final da entrevista, quer aqueles que ao longo da entrevista foram sobressaindo que foram alvo desta análise que se seguirá. Procurei perceber não só quais os factores mas de que forma tinham sido úteis. Para tal, comecei por codificá-los na grelha elaborada a partir da revisão teórica realizada (cf. capítulo 4), acrescentando novas categorias à grelha para os factores que não se encaixavam em nenhuma das categorias pré-existentes. Os resultados a seguir apresentados irão remeter para o conjunto de factores identificados pelas 23 entrevistadas, organizados em 2 categorias principais, com as seguintes respectivas sub-categorias:

Quadro 92.

Factores de recuperação: sub-categorias

Categorias de factores de recuperação:	Sub-categorias:
Factores relacionados com o tratamento	Factores terapêuticos
	Modalidades terapêuticas
Factores extra-tratamento	Relações significativas:
	- Família
	- Amigos
	- Namorado
	- Outras pessoas significativas
	Factores individuais
	Mudança de contexto
	Investimento/ Sucesso académico
	Confronto com a morte/outra doença
	Meios de comunicação social
Fé	

No final, irá ser realizada uma sistematização destes factores em 3 fases da trajectória de recuperação: antes do início da mudança do comportamento alimentar, ou seja, antes do desejo de mudança ou de iniciar o plano alimentar; durante a recuperação do peso e no final da recuperação, ou seja, no final do processo terapêutico e/ou no

momento da alta médica. Vejamos por agora cada uma das sub-categorias identificadas.

2.4.1. Factores relacionados com o tratamento

2.4.1.1. Factores terapêuticos

De 20 narrativas de jovens recuperadas, 19 destacam factores terapêuticos importantes para a recuperação, nomeadamente determinadas qualidades do terapeuta que as seguiu. Para além das qualidades *ditas* rogerianas, como a aceitação incondicional, a genuinidade e a capacidade empática, algumas jovens valorizam ainda o sentido de humor do terapeuta.

Quadro 93.

Factores terapêuticos relacionadas com as qualidades do terapeuta

	Extractos ilustrativos na Categoria “Factores de recuperação terapêuticos”, Sub-categoria “Qualidades do terapeuta”
Aceitação/ Não julgamento/ Compreensão/	[N6] <i>Porque enquanto mais ninguém percebia, havia alguém que percebia o que se passava comigo. Que não me julgava, que era imparcial.</i> [N23] <i>O Dr., Y nunca me diz que eu tenho de ser nada daquilo que eu sou. Ele nunca. Percebes? Essa exigência. Eu já tentei explicar à minha mãe que eu tenho um padrão de exigência interno mas ela não compreende. Para ele, eu não tenho de ser nada, eu estou bem assim. Isso é fantástico. Qualquer coisa que eu ache que tenho, olha vou dormir até mais tarde, ele “oh, que maravilha, vai haver dias em que não vai poder ir dormir até mais tarde”. E eu fico massacrar-me, “dormi até mais tarde”. Percebes? É uma coisa muito pequenina, mas coisas do género.</i>
Genuinidade e dedicação	[N18] <i>A minha médica, porque, por aquela relação também de que ela, ela via-me, tinha os filhos dela, tinha a família dela, mas dedicou muito dela por mim...Eu via que ela gostava mesmo de mim, sempre gostou! (...) Porque eu sabia que era genuína a preocupação, não era por eu estar a pagar a consulta e ela estar a fazer o dever dela. (I – E para si isto fazia diferença?) Sim, totalmente!</i>
Neutralidade/ser digno de confiança	[N6] <i>Enquanto a Dra. I. na altura funcionava como um ponto neutro. Eu podia falar, eu podia chorar, eu podia dizer que me sentia mal (...) Era uma pessoa totalmente imparcial. Eu confiava. E de facto era o que ela me dizia: podes ser gorda ou magra, desde que tenhas saúde tudo bem.</i>
Sentido de humor	[N1] <i>O bom humor do Dr. X. foi muito importante.</i> [N18] <i>ele tem um estilo mesmo muito paradoxal e usa muito humor e é muito, às vezes consegue ser muito...muito perspicaz e tocar no ponto mesmo e eu ou até tem um humor às vezes até negro... I – Provocador? É nesse sentido!? N18 – Mas que para pessoas como eu é o que funciona para a gente acordar, para eu acordar.</i>

Há contudo entrevistadas que têm dificuldade em perceber exactamente o que fez com que determinado terapeuta fosse importante, ainda que não tenham dúvidas que o foi, como o caso da Júlia.

[N12] *Não sei, a mim não sei o que é que foi ali que... não sei, porque eu também podia perfeitamente ter chegado lá e ressabiada e não querer, mas entrou-me bem e quis ser tratada por ela... Foi mais isso. Agora, o que ela fez...não sei qual foi ali o factor...foi a voz dela assim...suave.*

Ainda assim, parece que um grande factor que contribui para a recuperação é a aliança terapêutica desenvolvida, que gera expectativas que a Júlia não queria defraudar:

[N12] *eu não queria falhar com ela e acho que isso também é bom, uma pessoa... e fui comer imenso Chocapic, imenso Chocapic, para chegar lá e ter o peso, porque gostava de lhe agradar. Lembro-me disso e não era bom se “Ah, eu estou pouco preocupada se chegar lá com o peso ou não!”. Eu não, eu queria chegar lá com o peso que ela queria.*

Se várias entrevistadas destacam determinadas qualidades inerentes à pessoa do terapeuta que constituíram importantes factores para a sua recuperação, parece que, por vezes, o simples facto do terapeuta ser assumidamente uma autoridade científica na matéria é o bastante para poder ajudar, na medida em que ocupa um papel isento, contrário aos pais.

[N8] *Se fossem os meus pais a dizerem para eu comer isso, eu não acreditava. Mas vindo alguém com autoridade científica sobre a matéria a pessoa aceita e acabou.*

Para além de serem relatadas como importantes as qualidades do terapeuta, são também destacadas como importantes determinadas atitudes e comportamentos específicos que este adopta. Ao longo das várias entrevistas fui escutando como tinha sido importante o terapeuta ter uma atitude de apoio e tranquilização:

[N4] *Mas depois na fase da recuperação, ele ajudou-me imenso. Porque ele dizia: já engordaste 100 kg, vês estás a conseguir, tens que continuar. O facto de ele me dizer: “Ninguém te quer gorda, ninguém te quer obesa”. Também ajudou. Só queremos que tenha o peso mínimo de uma pessoa normal. Só queremos que coma o que é preciso para sobreviver. E isso ajudava-me. Porque o meu medo era ficar gorda. E ele dizia: Não, mas ninguém quer que tu fiques gorda, ou que tu comas este mundo e o outro.*

[N6] *Percebeu, acompanhou, viu que eu tinha de voltar às rotinas e tentar recuperar mas deu-me tempo, um espaço, não exigiu que eu fizesse isso de um dia para o outro. Porque se alguém decide fazer uma coisa de um dia para o outro não é porque alguém lhe diz tem de ser por vontade própria. Não é por alguém dizer: “Amanhã vamos começar”. Não resulta. Uma pessoa tem de sentir. E ela deu-me esse espaço. Se eu faltava às aulas, ela justificava-me as faltas. Depois notou que eu estava deprimida. Deu-me anti-depressivos. Deu-me o que eu precisava na altura.*

Se para algumas participantes foi importante, como este último depoimento mostrou, a capacidade do terapeuta respeitar o ritmo da mudança da própria, dando o tempo e o espaço necessários, outras valorizaram o facto de o terapeuta ser mais interventivo e definir objectivos:

N4] *E aquele objectivo que ele me colocou: Não, só vais para o hóquei quando atingires o peso mínimo. Aí ele colocou-me um objectivo. E a partir daí eu queria era engordar para ir para o hóquei. E acho que também foi por aí.*

Apesar de valorizarem globalmente atitudes de apoio, compreensão e aceitação incondicional, algumas das entrevistadas acharam importante o terapeuta no início do tratamento não lhes dar demasiada importância, como tão bem nos explicam as palavras da Paula:

[N4] *Foi importante porque ele não me dava a importância que eu queria. Porque eu no fundo queria ter importância, chamar a atenção, e não, ele pesava-me, dizia-me 3 ou 4 de uma vez, e dizia: Não te adianta nada estar aí a chorar. É assim, é assim. Achas que é assim? O que é que se passa? O que é que sentes? No fundo, o tratamento que ele tinha comigo, ajudava-me a que eu me sentisse mal e quisesse ficar boa, eu não sabia era como. Era o que eu lhe dizia: eu não sei como é que hei-de sair disto.*

Se antes do início da recuperação parece poder ser importante este “Não dar demasiada importância ao paciente” ou o “Apoiar/tranquilizar”, com o evoluir da recuperação as entrevistadas valorizam o facto de os terapeutas fazerem balanços, monitorizarem o peso e reforçarem os pequenos progressos, como podemos perceber através do seguinte testemunho.

[N11] *foi muito importante ter as consultas aqui...Eram...era a altura da semana e que eu fazia o...sei lá...voltava...via tudo aquilo que tinha feito durante a semana...porque o médico assim obrigava...Fazia os balanços...Era importante...Hum... Sim e...havia sempre um...um incentivo, porque...”O que é que aconteceu naquela semana?”... Ele quando começava a fazer o balanço comigo: “Mas agora, esta semana, talvez não tenha sido tão complicado. Pelos vistos, como fez aquilo...”; “Não, de facto, já foi mais calmo, já não houve tantas discussões”; “Isso é bom, não é?”; “É, é muito bom, acho que estou tentada a seguir em frente”.*

Outras das atitudes dos terapeutas valorizada pelas ex-pacientes foi a capacidade de dar confiança e de acreditar na recuperação, como a Raquel e a Leonor nos revelam:

[N1] *E ele: a única coisa que te posso dizer é que estás a ir por um bom caminho, estás quase lá. Mas ainda te falta uma ou duas vindas cá. De mim não te livras facilmente. E eu ria-me, tínhamos uma boa conversa. Era um incentivo.*

[N14] *acima de tudo ela [referindo-se à Dra. Y] confiava. Ela dizia para os meus pais que ela estava a fazer aquilo, porque eu era capaz. E é mesmo... E se eu não queria mudar, então não valia a pena, porque não eram eles que me iriam mudar...*

A Raquel também considerou importante o cuidado especial do terapeuta com a linguagem, procurando sempre substituir a palavra “engordar” por “recuperar peso”.

[N1] *uma coisa que eu gostei muito do Dr. X é que ele nunca disse eu que tinha engordado. Ele disse que eu tinha recuperado os quilos. Porque uma pessoa que passou ou está a passar por anorexia ouvir a palavra engordar, mexe muito. Porque “Ei, engordei, ei, já tenho que emagrecer 3 ou 4, outra vez. É muito ruim ouvir isso, é muito mau, eu passei por isso e sei o que custa ouvir “engordaste”, uma pessoa na altura não vê que está demasiado magra, um palito autêntico. Engordar mexe muito. E então ele sempre me disse com as pessoas que estão no teu caso eu não utilizo nem nunca irei utilizar porque sei que isso custa. Então vou dizer: tu recuperaste.*

Por fim, algumas das entrevistadas ainda destacam como factor importante de recuperação a preocupação demonstrada pelo terapeuta em relação aos pais bem como algumas instruções dadas a estes no sentido de as não pressionarem para comer.

[N4] *Depois o facto de a nível familiar, ele interessou-me muito, com a relação dos meus pais, que estava muito desgastada, eles culpavam-se, notei que ele tinha preocupação.*

[N11] *Os meus pais, não...Eles de facto exercem muita pressão...tanta pressão que eu até fico...” E ele disse...começou a dizer: “Mas, o controlo da alimentação tem que ser dela, tem de ser da C.”. Depois há outra coisa, eles tinham muito o hábito de me mandar para cima da balança, uma ou duas vezes ao dia, para registar se eu estava bem encaminhada ou não estava. E ele: “Isso tem que acabar. Isso tem que acabar, meus senhores.”*

Conforme vimos no capítulo anterior, a presença do médico/psicólogo nos momentos poéticos verifica-se ao longo de toda a trajectória. Contudo torna-se necessário salientar a forma como esta presença pode ser útil. Com efeito, antes do início da recuperação o papel do terapeuta é importante para a constatação do problema e para induzir a vontade de mudança, como estas jovens nos explicam:

[N11] *Eu não aceitava e achava que não tinha nada e foram as conversas com a Dra. que me fizeram olhar para o espelho e ver-me de uma maneira diferente, ver que estava muito mal, que estava muito doente, que tinha um problema grave e foi a partir daí que comecei a recuperar.*

[N22] *Aquilo que é mais difícil e que exige a presença dos outros, em particular de um médico, mesmo especializado, é mesmo parte do convencer que nós não estamos bem. Isso aí é mesmo fundamental, pelo menos para mim foi e eu acho que, em geral, é...fundamental nós convencer-mo-nos que estamos que estamos a...a lutar no sentido contrário. A partir daí, somos nós mesmo, temos que fazer com que aquela força toda se desloque para outro sítio. (riso)*

[N4] *Houve o Dr. Y., eu não sei, eu saía de lá a chorar. Eu sei que saía de lá feita trapo. Ele não me dizia nada, mas a forma como eu lhe contava as coisas, eu sentia-me uma pessoa horrível, por estar a fazer aquilo. Eu saía de lá triste e no fundo queria mudar. Mas não sabia como. Eu quero mudar mas não sei como. Eu dizia: eu não sei por onde começar. E ele dizia: mas então só depende de ti. Foi importante porque ele não me dava a importância que eu queria. Porque eu no fundo queria ter importância, chamar a atenção, e não, ele pesava-me, dizia-me 3 ou 4 de uma vez, e dizia: Não te adianta nada estar aí a chorar. É assim, é assim. Achas que é assim? O que é que se passa? O que é que sentes? No fundo, o tratamento que ele tinha comigo, ajudava-me a que eu me sentisse mal e quisesse ficar boa, eu não sabia era como. Era o que eu lhe dizia: eu não sei como é que hei-de sair disto.*

Durante a recuperação, torna-se importante a definição de objectivos, a monitorização e os incentivos.

[N4] *E aquele objectivo que ele me colocou: Não, só vais para o hóquei quando atingires o peso mínimo. Aí ele colocou-me um objectivo. E a partir daí eu queria era engordar para ir para o hóquei. E acho que também foi por aí.*

[N10] *Também ajudaram a tomar consciência de que estava a conseguir por mim. Porque se calhar não fosse a consulta eu deixava andar e não dava grande importância. Assim, aquela consulta é quase como uma rotina, tinha que ir lá de tanto em tanto tempo e acabava por ter noção se estava ou não a melhorar e isso acabava por ver se realmente estava a fazer bem ou se alguma coisa estava a correr mal. E se estava a correr podia, sabia como podia melhorar e se estivesse a correr bem...*

[N11] *E foi com...foi numa conversa com o Dr. X, quando...quando tinha subido definitivamente 3kg àquilo que eu costumava ter, que eu própria disse que eu já parecia não estar tão...como é que eu hei-de explicar...tão pouco receptiva àquilo que ele dizia, notava-se que eu já estava mais...com mais vontade, de facto, de fazer aquilo que ele tinha dito, o tal programa, e continuar... E eu "Pois, ainda tenho um bocadinho de medo..."; "Pois, mas ele é normal, mas já está a fazer..." e não sei quê..."Porque diz sempre que faz e eu sei que não faz, porque se não sobe de peso, não faz."; "Não, não de facto eu já consegui fazer, mas fiz só aquele passo. E ele. "Pronto, mas pelo menos eu sei que fez aquele passo, porque está...". E eu acho que esse foi um dos momentos principais, até porque a partir daí subi sempre.*

Já no final da recuperação, para além do final do processo terapêutico/receber alta poder ser um importante factor, o terapeuta também parece assumir um papel muito importante para algumas entrevistadas ao promover a reflexão em torno de questões mais existenciais, devolvendo o poder da sua vida à própria ex-paciente, como o seguinte exemplo ilustra:

[N18] *Ele (referindo-se ao médico) para mim disse "E tu tens que seguir, tens 23 anos, tu..." ele até lembro-me que usou a metáfora do carro..."Tu és o carro, tu é que decides para onde é que vais, não é, tu é que...", ou não, como é que? "A tua vida é como um carro, és tu que o tens que*

guiar, não é deixar as outras pessoas guiar o teu carro, és tu que tens que o guiar, não é?” e foi e ele disse “Tu és uma mulher, tu és uma mulher!” e eu foi a primeira vez que ouvi assim alguém de fora a dizer aquilo, “Tu és uma mulher!” e eu “E...pois, pois sou!” e eu lembro-me que quando cheguei a casa olhei-me ao espelho e reví aquele momento dele dizer “Tu és uma mulher!” e também foi ali um clique, de olhar, começar a olhar para mim com outros olhos...

2.4.1.2. Modalidades terapêuticas

2.4.1.2.1. Tratamento farmacológico

Se 2 das entrevistadas fazem referência à medicação como um factor importante para superarem a depressão ou a ingestão compulsiva (N8, N18), por outro lado, uma das entrevistadas refere explicitamente que foi importante não lhe ser proposta medicação, já que não tinha intenção de aderir a ela mesmo que lhe fosse proposta (N5). Uma das entrevistadas (N7), apesar de nunca se ter oposto à medicação, considera que esta a pode ter “adormecido”, impedindo-a de pensar, algo que foi adiando o seu desejo de mudar. Outra (N2) explica como teve necessidade de dizer não à medicação, já que os fármacos transformavam-na em alguém que não era.

[N8] *Fui medicada com anti-depressivos, mas não era assim uma dose, não sei se era uma dose terapêutica para a depressão, o que me disseram é que era para a obsessão com a comida. E ao fim de 2/3 meses, ao fim de alguma tristeza mesmo profunda, comecei a voltar a encontrar algum sentido nas coisas e a ter objectivos próprios, a arriscar em alguns aspectos e pronto e começou a recuperação, lentamente.*

[N18] *medicou-me com prozac e o prozac a mim fez-me muito bem, porque diminui-me, porque eu tinha esses períodos de ingestão compulsiva em que me descontrolava, é o ciclo da ansiedade, não é? Aquele pico da ansiedade que só diminui se eu comesse...E o prozac eu comecei a notar em mim que já me controlava, quando eu começava a comer ou a lembrar-me de coisas que já não comia há muito tempo e que tinha saudades, “Não, calma, prontos, comer isto agora, o que eu quero comer, o que ainda me falta comer, como por exemplo a seguir ao jantar, por exemplo de sobremesa ou assim...”. o prozac ajudou-me muito. O prozac foi o que me solucionou e fez parar esses períodos de alimentação, de ingestão alimentar compulsiva, foi o prozac...portanto, esse foi um dos... N18*

[N5] *E houve uma coisa que ela, pelo menos comigo, nunca foi a favor, de suplementos, de medicação, que eu detesto isso, antes de ir para ela eu tomava, por outra psicóloga, ela tirou-me tudo, ela disse-me mesmo: queres engordar, então engorda mas come. É aí que vais buscar. Foi bom. Porque eu não gostava de tomar suplementos, não gostava de tomar medicação. Aliás, eu sou mesmo muito má para tomar medicação seja para o que for, muito mais do que para comer. E ela tinha razão. Eu depois dava-lhe razão. Não fazia sentido, se ela me desse eu tinha de tomar, mas eu achava que não fazia sentido nenhum, porque eu tomava os suplementos e no entanto não...que era para me dar vontade de comer, abrir o apetite e eu continuava na mesma.*

[N7] *os médicos diziam que me ia fazer bem, tinha a minha mãe sempre em cima de mim em casa, fora de casa não, então à hora de jantar tinha de tomar os comprimidos. Eu sempre tomei. Eu tomava pacificamente porque não tinha maneira de não fazer isso. Não era ser a revoltadinha mas não gostava. (...) Na altura sempre que metia um comprimido à boca se calhar achava que se calhar até ia ajudar mas depois achava que não, depois de ter tomado. Mas agora que olho para trás, não sei. Não sei. Há alguns que iá, podem ajudar. Mas eu tomava em exagero, andava sempre a dormir. Andava a dormir demais, se calhar se tivesse mais tempo para pensar, não sei.*

[N2] *Porque eu depois limitei e disse drogas nem pensar. Tinha tomado imensos durante meses. (...) Sim, porque eu tive de tomar. Ainda sei os nomes: Tuneluz, Victan e Sertralina... Tinha de tomar esses todos. De noite para conseguir dormir e de manhã voltava a tomar para ficar calma. E as pessoas associavam-me à calma e diziam que eu era muito boa aí, e eu: Ui, mas aí nem se quer era a N.. Porque eu não refilava, era um zombie autêntico, andava ali. Se a medicação começava a não*

surtir efeito eu tomava redobrada, a dose era aumentada e andava sempre e... E revoltei-me contra isso.

2.4.1.2.2. Tratamento nutricional

Para 9 das 20 entrevistadas, o plano alimentar que lhes foi dado para seguirem constituiu uma ajuda importante para o aumento de peso, plano esse que muitas “seguiram à risca”.

[N8] *Eu acho que o tratamento foi bom, pronto, deu-me a dieta, isso foi a primeira ajuda da Dra. I. foi a dieta. Porque isso era o objectivo.*

[N9] *Eu lembro-me que nas primeiras consultas ela passou-me aquele plano e eu controlava muito, tinha de ser tudo conforme o plano, não podia fugir nada do plano. E só nesses tais fins-de-semana de corrida ou assim é que já estava mais liberta, se calhar já comia um doce que não estava no plano, enquanto em casa controlava tudo muito direitinho. Aquilo também era uma pressão, às vezes já não me apetecia, mas como estava no plano forçava, era quase como obrigada, não comia por vontade própria.*

[N10] *Depois, a médica, a Dra. X. deu-me uma dieta que eu deveria fazer, como devia fazer e o que devia comer, que isso era importante e eu a partir daí, o meu pai também tinha diabetes e a partir daí ele...a alimentação que ele tinha de fazer, eu comecei a adaptar-me à alimentação dele, por exemplo tinha de comer a hora, de tanto em tanto tempo...*

[N1] *eu seguia à risca o plano. Se dizia lá que eram 200 gramas, eu só comia 200 gramas.*

[N3] *A nutricionista fez um plano para eu comer e eu fazia aquilo tudo. Depois de um certo ponto, não foi difícil porque eu cumpria o que a nutricionista dizia no plano alimentar.*

Mas é interessante verificar que o efeito do plano alimentar no tratamento não foi o mesmo para todas as entrevistadas, como refere a Inês, explicando que o plano alimentar ao invés de funcionar inicialmente como um plano mínimo, funcionava como uma orientação de um limite de quantidade que a jovem não podia ingerir.

[N13] *Exacto, o plano alimentar. Que eu depois acabei por deitar ao lixo, deitei logo no dia a seguir, mas...estava na cabeça! ... Quer dizer, não me queria...eu queria-me esquecer, queria fingir que não estava na cabeça, mas...São coisas que... a gente fica assim..."Não sei quantas gramas de bife e não sei quê...Então tenho de comer menos!"...Se isto é o normal, então tenho de comer menos. Enfim...*

Como foi referido através da análise das trajectórias, nem todas as jovens aumentarem de peso através do seguimento do plano alimentar. Efectivamente para 6 participantes este não teve utilidade, realizando-se o aumento de peso pelo descontrolo alimentar vivenciado, a que muitas denominam por bulimia.

[N2] *Eu melhorei, vou ser sincera, eu não melhorei de uma forma saudável. Eu melhorei porque comecei a ter bulimia. E por estar muito nervosa e de um momento para o outro o organismo começou-me a pedir chocolates e doces e o que é que acontece. Eu vomitava mas não conseguia vomitar. Eu induzia o vómito mas nunca conseguia vomitar aquilo que tinha comido. Vomitava mais, lá está, o leite. Porque como empurrava a comida toda com o leite, vomitava mais o líquido. Então lá está o peso começou a aumentar. Mas eu não... como precisava de comer doces e eu começava a comer, a comer, a comer, sempre na ideia que ao vomitar ia compensar e limpava o organismo, digamos. A partir daí comecei a engordar sem me aperceber.*

[N16] *não foi um momento em que eu fiquei boa... Foi...eu tive a minha fase da anorexia e depois passei para bulimia e lembro-me perfeitamente dessa passagem... (...) Eu queria tanto ficar boa, por*

exemplo, isso do internamento eu sabia que só saía do internamento se atingisse peso então comia para engordar, só que quando se chega cá fora as coisas são diferentes. E não sabíamos lidar muito bem com a situação, portanto já comíamos mas já era demasiado aquilo que estávamos a comer, então não conseguimos controlar isso e já eram...já comia...começa-se aos bocados, mas depois já é...comece-se demais, em excesso e...e só se come para vomitar e passava a tarde se calhar a comer e a vomitar e...foi, foi muito...foi duro para mim, foi duro para os meus pais, eles tiveram que esconder comida...foi duro, até eu mesmo sair de casa.

2.4.1.2.3. Internamento

O internamento segundo o relato de algumas entrevistadas parece resultar mais enquanto ameaça do que enquanto modalidade terapêutica. Vejamos o caso da Raquel, que nos descreve a primeira ida ao hospital, em que vislumbrou a palavra “internamento”:

[N1] *Mas eu fiquei assim um bocadinho marcada com a primeira vez com ele [referindo-se ao Dr. X]. Eu olhava para as pessoas em volta e eu: ui, ui, queres ver que eu vou ficar assim. Da primeira vez, ele disse-me: se tu vieres da próxima vez mais magra eu vou ter que te internar. E antes de eu ir para o gabinete dele, antes de ir para a sala de espera, aquilo ali no lado esquerda é o dele, no lado direito diz lá internamento. Eu olho lá para cima e: ai meu Deus. Fiz logo um bicho de sete cabeças: “Ai, será que eu vou ser internada, ai meu Deus”. Assustei-me. E eu para a minha mãe: vamos embora, não quero ir e ela: agora que estás aqui vais. Eu consegui lá uma consulta com ele que eu sabia que era muito difícil, porque eu olhava para a agenda dele e era: Cheio, cheio, cheio. Ele uma vez meteu-me para a primeira hora, mas primeiro coitado que ele me atendesse porque ele tinha de fazer rondas no hospital. E eu: Dr. às 9:30, sabe que horas são? Já são 11 horas. E ele: que queres? Eu sou muito concorrido. Eu sou uma pessoa que sem mim esta gente não sabia viver. Assim na brincadeira. Foram bons momentos. Mas primeiro eu lá assustei-me muito. Ele disse-me: se vieres com menos quilos, eu vou ter que te internar. Mas na altura ele viu que eu engoli em seco e fiquei muito assustada. E disse-me: mas tu não vais fazer isso, pois não? E eu: com uns quilinhos não sei, mas pode ser com qualquer coisinha.*

Tal como a Raquel, outras entrevistadas relatam a iminência de irem para o internamento como um factor importante para a recuperação do peso. Vejamos a Susana, que perante esta ameaça sente que deixa de ter argumentos para não comer e a Beatriz que inicia o aumento de peso após a ameaça do médico:

[N8] *se não houvesse um profissional a dizer: vais ser internada se emagrecer mais 100 gramas não haveria argumento. Eu poderia continuar a emagrecer até ... pronto, não haveria argumento para o meu pai me convencer a comer.*

[N18] *Não quero de maneira alguma ser internada!” e ela deu-me o prazo de um mês, se eu lá, passado um mês lá fosse e estivesse nem que fosse um grama mais magra era internada e eu lembro-me que nesse mês comecei a engordar.*

O internamento propriamente dito, ainda que favoreça o aumento de peso, não favorece em todos os casos uma mudança sustentável, algo facilmente perceptível se observarmos que a grande maioria das jovens que foram internadas desceram novamente de peso após a saída (4 em 5), chegando 3 delas a ser novamente internadas (N7,N16, N19).

[N7] *Ainda resisti durante uma semana, a não comer, lá...Foi quando o Dr. X. me ameaçou entubar... Comecei a comer, mas muito pouquinho... Mas depois ele deu-me um plano, em que disse que só me dava alta aos 34kg... E eu, então, senti a necessidade de aumentar de peso o mais rápido possível, para sair dali...Era, era sair dali... E cheguei aos 34kg em dois meses... Mas na semana seguinte já estava novamente nos 27kg...depois de estar cá fora... e fui ameaçada de voltar para o internamento e aí começou a recuperação lenta*

[N16] *E para mim foi horrível, eu só dizia “eu não sou tolinha, eu não...pareço que estou numa prisão, o que é isto?”. E então eu não evoluía. E eu comecei a evoluir quando me disse “bem eu...se é assim que eu tenho que sair daqui eu, então eu vou começar a comer” e comecei a comer só para sair dali. Mas...isso não é solução. Acabei por voltar novamente.*

[N19] *Por isso vim para o internamento, vinha naquela de que queria ir passar o Natal a casa...E então fiz tudo direito para ir...passar o Natal a casa. E no dia 3, voltei cá, com 28kg... Sai com 35kg, no dia 16...De Dezembro... E voltei no dia 3 de Janeiro, com 28kg, para o internamento.*

Apesar de algumas entrevistadas retratarem o internamento como uma experiência difícil da qual queriam sair, algumas entrevistadas salientam a importância do contacto com outras pacientes no internamento para a sua recuperação. Este contacto é útil de diferentes formas. Para a Bianca (N21) o contacto com outra paciente deu-lhe esperança, à Lúcia (N19) deu-lhe novos amigos, pessoas que a confortavam e davam carinho, para a Lurdes (N7) permitiu-lhe sentir-se diferente e querer seguir um caminho diferente.

[N21] *era uma rapariga que tinha a mesma doença que eu, mas ela tinha tido a anorexia/bulimia, ela levou-a lá e ela veio falar comigo e ela esteve a dar-me o exemplo da irmã, que tinha tido sempre anorexia e que agora era psicóloga e que estava bem. Pronto, e começou a dar-me força, comecei a acreditar que se calhar as coisas poderiam ser melhores... (I – E começava a ter vontade de que as coisas fossem melhores?) Começava...começava a ter vontade... Para mim, eu na altura não percebia e...e às vezes, quando estava assim mais exaltada com os meus pais eu dizia-lhes “Como é que vocês me deixaram ficar internada?”...porque tinha aquela mágoa...mas agora eu digo mesmo “O internamento foi fundamental, sem dúvida”. Sem o internamento não tinha conseguido.*

[N19] *porque eu no internamento conheci tanto homens, como mulheres...Também fiz amigos, posso dizer que fiz amigos...porque mesmo depois de eles irem embora, continuaram a falar comigo e perguntavam à minha mãe como é que estava...ligavam... (I – Hum, hum... E de que forma é que foram importantes? Davam-lhe ânimo, é isso?) Sim...E davam-me força...Reconfortavam-me e davam-me carinho, que era o que eu precisava naquela altura...Era uma criança naquela altura...*

[N7] *lá tínhamos uma enfermaria só para nós, era só anorécticas, e era rapazes, raparigas, imensos, eu nunca vi tanta gente com o meu problema junto, eu via gente tipo bem pior que eu, e a comer pelo nariz, bem mais magros e não sei o quê, e eu estava um bocado melhor do que eles e senti: bem eu tenho é que dar o fora daqui. E quando era a hora de comer. Nos primeiros dias em que estive internada. Não. Isto foi quando. Acho que foi em Junho do ano passado. E eu estava para aí com trinta e tal ou quarenta quilos, não sei. Mas havia lá gente que estava bem pior que eu. E faziam imensas fitas para comer e isso. E eu comecei a olhar e comecei-me a sentir um bocado fora daquelas coisas e daquelas maneiras de pensar e daquelas conversas e até me afastava um bocado, das anorécticas, para me juntar às outras, porque não gostava de estar com elas. E comecei a sentir que era um bocado diferente, que aquilo não era o que eu era. Eu mesmo quando estive no hospital aqui eu não era muito comum, como as outras anorécticas, muito caladas. Eu sempre falava e não sei o quê. Eu não sei, se calhar foi uma razão diferente que me fez ficar doente da delas, é o mais provável. Mas eu aí senti-me mesmo diferente e senti que tinha de sair dali.*

Uma das ex-pacientes entrevistadas, que usufruiu de dois tipos de internamento, um com saídas e possibilidades de contacto com o mundo exterior (no hospital Y), outro com saídas e contactos dependentes do aumento de peso, revela que a possibilidade à partida de contactar com os amigos lhe fizeram ter mais vontade de sair, alertando para o facto do isolamento do mundo exterior poder contribuir para uma acomodação à doença.

[N7] *O facto de termos Net só dava vontade de sair. Não é? Ninguém quer ficar ali quando está a falar com os outros só pela Net. O facto de nos porem soro, o facto de nos porem umas com as outras que eu detestava. Estar com as outras, eu não sei se elas gostavam. Depois sei lá, levarem-*

nos lá em baixo só para tomarmos café para depois voltar, só que a vontade era de ficar lá em baixo. E sei lá! Não sei, acho que aqui se calhar eu acomodava-me mais ao facto de estar cá e lá davam-nos assim vontade de ir lá para fora. (...) Acho que é importante juntar as anorécticas como fizeram lá no hospital y. Claro que há sempre partilha de pastilhas elásticas e tráfico. É um bocado mau, entre as anorécticas. (...) Para mim pelo menos, deu para eu ver que não queria ser assim. Se calhar até se podem ajudar umas às outras. Para mim foi mesmo assim uma coisa... acho que me fez bem. Acho que foi isso. Se houve alguma coisa lá que resultou melhor do que aqui (hospital x) deve ter sido isso. E não deixarem tipo as pessoas a habituarem-se a estar dentro do hospital [referindo-se ao hospital x] porque se as pessoas se acomodam a estar ali, já se habituam, não têm vontade de sair. Eu a certa altura estava lá há dois meses e tal, já fazia a minha vidinha e não pode ser.

2.4.1.2.4. Terapia familiar

Das 4 entrevistadas que usufruíram de terapia familiar, apenas uma das entrevistadas falou explicitamente da terapia familiar como um factor importante para a sua recuperação.

[N4] *Eu lembro que ele foi importante também nas terapias familiares que fizemos, também foi bom. Porque ele dizia aos meus pais, ela vai ter de bater no poço, ela vai ter de bater no fundo, porque ela não quer, não reage. Ela vai ter de chegar ao ponto de dizer já chega. E foi. Eu cheguei ao ponto de dizer "já estou farta disto".*

É no entanto várias vezes referido como importante, como vimos anteriormente, a preocupação demonstrada pelo terapeuta em relação aos familiares e as instruções dadas a estes para não insistirem/controlarem a alimentação, assim como os contactos entre o terapeuta e os pais, como explicita a Luísa:

[N22] *(I- E mais conversas, apenas consigo ou também com a sua família?) Também com a minha família. Quando os meus pais vinham falar com a Dra. Y eles vinham para casa e naquela semana eles ficavam diferentes. Depois retomavam as discussões. Eu às vezes dizia que aquelas conversas com a Dra. ... e eles ficavam mais calmos.*

Algumas entrevistadas mostram como apesar de não terem participado em terapia familiar, foi importante que as questões familiares fossem trabalhadas no seu processo psicoterapêutico:

[N18] *e depois com o meu psicólogo, ele prontos...os factores familiares sempre foram muito, sempre estiveram muito presentes com o meu pai, o meu pai, a figura do meu pai sempre esteve muito presente...*

No conselho para os técnicos, a Marlene explica não só a importância de os técnicos trabalharem com as famílias como explicita a sua opinião relativamente à forma como acha que seria importante este trabalho ser desenvolvido:

[N23] *Eu acho muito importante que eles trabalhem com as famílias, mesmo. Porque elas em casa, elas conseguem a manutenção de dois contextos em que são circuladas mensagens contraditórias, e elas funcionam bem nos dois, elas são muito espertas, o que elas aprendem num, elas não passam para o outro. (I- Que dois contextos estás a falar?) Do contexto terapêutico e da casa. No contexto terapêutico elas colaboram, e são inteligentes e vão às consultas, depois o contexto familiar não está de acordo com o que está acontecer no contexto da consulta então continua a dar colo, a dar muito mimo, a fazer tudo e mais alguma coisa, se elas não gostam da consulta "pois, porque tu és minha filha, eu é que te conheço", percebes? Era muito interessante se as famílias colaborassem mais com os técnicos e menos com as filhas. Isso era muito interessante. Acho que aí, se calhar, os técnicos conseguiam fazer um trabalho melhor. (I- O que estás a dizer é que o perigo é cada um trabalhar para o seu lado?) Sim e elas estão muito bem com isso. Fica tudo igual. É intervenção na homeostasia. Mas depois é complicada se não ganhas uma aliança com a família, vai ser difícil. Estão uns a dizer que estão*

a fazer bem porque se não fossem eles ela nem sequer ia às consultas. E está outro a dizer que ela não precisa deles para nada.

2.4.1.2.5. Terapia narrativa

Uma das entrevistadas faz referência ao modelo narrativo usado na sua terapia como útil, já que a ajudou a dar sentido e coerência a certos acontecimentos da sua vida:

[N18] iniciou comigo um processo de revisão de vida, mesmo com fotografias, ano a ano, situação a situação e eu fiz ali um livro da minha vida e coisas...aspectos positivos, aspectos negativos...coisas que eu gostava de mudar...e isso foi muito importante, e esse processo todo culminou com o funeral do meu pai e...e foi muito importante...ter...ele, ele prontos como analisa de fora chamou-me a atenção para muitas coisas, que eu nunca tinha pensado naquilo, ajudou-me a dar significado a aspectos perdidos que eu tinha na minha vida e...a dar coerência a...a certos acontecimentos ou sequências...

2.4.1.2.6. Intervenção em grupo

Também apenas uma das entrevistadas destaca a intervenção em grupo nos factores de recuperação, salientando a importância da convivência com outras pacientes, mas também revelando o risco de “tráfico”:

[N7] Também aquelas sessões que estávamos juntas a fazer jogos, juntávamo-nos para tudo, foi mais isso, foi mais a convivência, não me lembro de nenhum momento em especial, não me lembro de muitas coisas. Andava sempre a dormir (ri-se). Tipo: fazíamos lá umas actividades, já não me lembro muito bem sobre o que é que era. Era com psicólogo. Não era bem psicodrama. Mas era giro. Fazíamos coisas diferentes daqui (referindo-se ao hospital Y). Não sei. (...) Acho que é importante juntar as anorécticas como fizeram lá no hospital Y. Claro que há sempre partilha de pastilhas elásticas e tráfico. É um bocado mau, entre as anorécticas. (...) Para mim pelo menos, deu para eu ver que não queria ser assim. Se calhar até se podem ajudar umas às outras. Para mim foi mesmo assim uma coisa... acho que me fez bem. Acho que foi isso. Se houve alguma coisa lá que resultou melhor do que aqui deve ter sido isso.

Ficando assim a questão que outra participante coloca: “E outra questão que eu também não entendo é porque é que não há grupos de inter-ajuda como há para outras doenças. Será que é porque esta doença não funciona com isso?” (N8)

2.4.2. Factores extra-tratamento

2.4.2.1. Relações significativas: Papel da Família

A importância do papel da família é destacada pela maioria das entrevistadas (19 em 20), mesmo por aquelas que envolvem a família na descrição do problema.

Destacava a grande importância que os meus pais tiveram para a recuperação. Porque eu se calhar sem um pai ou sem uma mãe não estaria. N1

Foi sempre estarem comigo em todo o meu progresso, em todo o avanço que eu tive, toda a evolução que eu tive, foi ter sempre alguém que eu podia partilhar as vitórias que ia tendo. Fundamentalmente isso. E acho sempre que 3 pessoas que eu vou ter até ao resto da vida: o meu pai, a minha mãe e o meu irmão. N5

As pessoas que me rodearam foram muito importantes. A minha família. N6

Mas a minha mãe não, a minha mãe foi uma das coisas principais que me deu força para eu dar a volta, mas foi fundamental, eu se não tivesse a minha mãe por perto aí eu é que desistia, não tinha forças para aguentar...N18

Não há consenso dentro das entrevistadas relativamente à melhor atitude dos pais em relação à alimentação. Se muitas jovens consideram o pressionar ou controlar como estratégias ineficazes (N=6), achando até benéfico que os terapeutas instruissem os pais para não o fazerem, algumas entrevistadas consideraram ter sido importante a pressão dos pais para comer (N=3), mas apenas após terem admitido o problema e decidido que queriam mudar, como ilustram os exemplos do seguinte quadro:

Quadro 94.

Papel da família: Pressionar/controlar a alimentação versus Não pressionar/flexibilizar na alimentação

Categoria “Papel da família”, Sub-categoria “Pressionar/ Controlar a alimentação” e “Não pressionar/flexibilizar na alimentação”	
Pressionar	<i>Eu acho que o papel da família é importante...quer seja dar na cabeça ou ... N20</i>
	<i>A pressão que também tinha para comer. Se não me dissessem nada eu não comia, se não me obrigassem. Porque se fosse comigo, se não me obrigassem a comer, ainda estava em recuperação, porque comecei-me a mentalizar que tinha de comer alguma coisa pelo menos e foi mais fácil. Por exemplo eu comia só um bocado e eles se calhar obrigavam-me a comer a outra parte. Esse tipo de coisas. Que remédio, tinha de comer. Eles obrigavam-me. N3</i>
Não pressionar	<i>Controlava-me [referindo-se à mãe] para ver se eu não fazia nenhuma asneira(...) Mas depois de ter aceitado que sim, senhora, precisava de acompanhamento, precisava de ajuda. A minha mãe não saía da mesa enquanto eu não acabasse de comer uma sandes normal. Ela até me começou a comprar pão integral ou pão de centeio para eu ficar menos obcecada com o pão (que tem muita farinha ou tem muito isto). Ela não saía da mesa enquanto eu não acabasse de comer. Eu para comer pão bimbo, que é muito levezinho, eu demorava à vontade 20 minutos, para eu comer uma fatia. E ela ficava comigo.(I- e isso era importante para si?)É como eu digo. Na altura não era, porque sentia-me obrigada. Mas ao mesmo tempo que fui recuperando, que fui verificando que estava mesmo mal, até pedia: Oh mãe anda comigo para a cozinha comer.N1</i>
	<i>A partir daí, eles perceberam, eles fizeram tudo por tudo para mudar...e fomos ter à Dra. Y. E...a Dra. Y falou com eles e disse que...explicou que não é eles que tinham que me obrigar, mas era eu que tinha que mudar de comportamento... Que não valia a pena eles, tipo, estarem a controlar o que eu comia e isso tudo...Pronto, essas coisas, não é? Eles...hum...tomaram isso em atenção e fizeram exactamente isso...é obvio que às vezes falhava e eles reparavam, mas apoiaram-me mesmo muito e...e...faziam tudo...e pediram à Dra. Y e...e eles tiveram...eles tipo foram aos encontros à sexta à noite e ouviam e eles tentavam mesmo fazer...e acho que a partir daí, de...começamos a ter uma relação mais aberta...para falar sobre isto e...e ajudou muito... N14</i>
	<i>Perguntaram ao médico e o médico explicou-lhes que não adiantava nada estarem aos berros comigo para eu comer porque não era por isso que eu ia comer, ainda ia piorar mais a situação. Só diziam: olha que a médica disse que tu tinhas de tomar leite antes de ires para a cama. “Dá-me o leite e as bolachas”. E depois se eu dizia que queria os iogurtes não sei de quê, eles compravam-me. Só para eu comer, eles compravam tudo o que eu quisesse. E deixavam-me gerir as refeições. Às vezes, ficavam mais ansiosos e descarregavam na psiquiatra: mas porquê, ela não come, não tem jeito nenhum, não pode ser. (...) Começaram a ficar muito mais contidos. Claro que volta e meia ficavam descontrolados: “porque isto nunca mais passa, e tu andas sempre assim”. N6</i>

Outro importante papel dos pais, é o de confiar ou dar votos de confiança ou mesmo responsabilizar as jovens pelas suas acções (referido por 7 em 20 participantes).

Quadro 95.

Papel da família: Confiar/responsabilizar/ dar liberdade

Exemplos ilustrativos nas Categoria “Papel da família”, Sub-categoria “Confiar/Responsabilizar/ Dar liberdade”
<i>Os meus pais também foram espectaculares, porque eu apesar de pesar 34/35 kgs, eles deixavam-me ir nos acampamentos, sem saber o que é que eu ia comer por lá, e o que é que eu ia fazer de exercício físico. Nesse aspecto, a Dra. Y. deve ter sido convencida pelos meus pais, porque eu acho que ela não concordava muito com a ideia de eu andar a escalar montanhas, mas... N8</i>
<i>A minha mãe deixou-me (breve pausa) ali por mim. Se calhar havia dias que nem se quer ia perguntar como é que eu estava. E acho que isso se calhar até foi bom... N12</i>
<i>Porque notei que eles estavam a confiar, no fundo, outra vez em mim. A dar-me do género um aval, vai para a frente. N4</i>
<i>E mesmo eu estando doente e querendo eu ir para o curso que queria, ela compreendeu que não era por estar doente que eu queria ir para o curso de cozinha. Porque às vezes associa-se isso. Ela sabia que eu já gostava antes e deixou-me ir para o curso que eu queria mesmo não querendo ela que eu fosse. Deixou-me ir para Lisboa que era o que queria. Tipo foi bué da fixe da parte dela. Ela acreditou em mim e depois eu fui para lá e fiquei melhor. N7</i>
<i>A liberdade que os meus pais me davam, a confiança e tudo. N8</i>
<i>[referindo-se ao facto da mãe não se importar com o facto dela namorar] A minha mãe não. Eu saía com ele, eu dizia, e chegava a casa relativamente tarde. Porquê? Nós estávamo-nos a conhecer e ficávamos horas e horas no carro. Uma vez ficamos até às 5 da manhã, a conversar, ele a contar as histórias dele e eu as minhas. N1</i>

Esta estratégia surge por oposição à super-protecção tão presente nestas famílias na fase anterior ao problema, como nos descreve a Luísa:

[N4] *ela queria saber, com quem estava, com quem não estava, com quem ia, com quem não ia. Agora é um bocado mais: deixa-nos mais viver. Eu se calhar no fundo estava numa redoma de vidro. Os meus pais protegiam-me imenso.*

As jovens referem ainda ser importante a família não criticar e aceitar incondicionalmente, bem como fornecer carinho e palavras de compreensão. Muitas delas valorizam especialmente determinadas conversas que puderam ter com os pais e até determinados bilhetes escritos por estes, como ilustram os exemplos presentes nos seguintes quadros.

Quadro 96.

Papel da família: Não criticar/ aceitar incondicionalmente/compreender

Exemplos ilustrativos nas Categoria “Papel da família”, Sub-categoria “Não criticar/ aceitar incondicionalmente/ compreender”
<i>A minha relação com o meu pai sempre foi boa. As minhas ideias malucas tipo clubes natura e coisas do género, eu discutia isso com o meu pai. O meu pai é uma pessoa muito enérgica e anima qualquer conversa. Embora ele não fosse muito presente, porque também trabalha imenso, quando ele estava era bom, e eu sabia que não sei, sentia-me acompanhada e eu sabia que podia falar qualquer coisa. Era isso! Eu sentia que podia falar qualquer coisa, nunca seria julgada e haveria sempre alguma coisa que o meu pai me diria engraçada ou a propósito em relação aquilo que eu estava a dizer. Ele tem ideias, é assim mesmo, é uma pessoa</i>

<p><i>criativa, e é capaz do nada fazer... dos meus dilemas fazer não sei, dava exemplos. Não critica. Sim, sim. (...) Era, porque o meu pai ouvia e depois tinha sempre qualquer coisa a dizer, e depois fazia paralelos com a própria vida, com outros exemplos, e ... e eu gostava especialmente de conversar com o meu pai e então nessas viagens acabávamos sempre por ficar um bocado mais no carro antes dessas actividades e depois das actividades íamos a um café e eu já não comia nenhum pastel, o que dantes fazia, mas mesmo assim conversávamos e isso acho que me deu... N8</i></p>
<p><i>[referindo-se ao pai] Não falava nada, não criticava, só estava lá, tem calma, estudas depois, quando eu ficava mais nervosa, ou então, isso já passa, já passa e ficava lá comigo até eu me acalmar. N9</i></p>
<p><i>Que eles começaram a perceber que não era julgando que eu ia evoluir. N6</i></p>
<p><i>Quando eu começava a chorar, a minha mãe ia para o meu lado na cama e começava a conversar comigo, não é? (...) Porque depois havia vezes em que eu...como emagrecemos a pele fica mais solta, fica mais enrugada, então havia vezes em que eu me debruçava e a pele ficava toda enrugada na barriga, mas não era por gordura, era mesmo porque estava demasiado magra. E depois eu começava: “Ah, mas isto...Eu estou...tenho bué de banhas” e não sei quê...; “Não, isso não é, definitivamente...”, porque a minha mãe também já foi anoréctica e também já passou por isso, não é? E depois sempre: “Então, não queres que a mente fique melhor?”, “temos de ser mais felizes...”, “Estares sempre aos berros não é vida!” e isso tudo... N13</i></p>
<p><i>Os meus pais. ... O amor deles... Aquelas visitas...aquela hora, que era tão curta... (breve pausa) Sobre tudo isso...A mãe...a mãe vinha cá buscar a roupa suja, vinha-me trazer roupa lavada e...e tentava sempre mandar-me um recadinho...mas alguns as enfermeiras apanhavam, outros não, eu conseguia ler... (...) O primeiro da minha mãe vinha num guardanapo de papel, foi quando o meu pai veio... O meu pai estava em casa e eu vim com a minha mãe à consulta...porque a minha mãe trabalha aqui...e a minha mãe deixou-me aqui com a Dra. Y e foi trabalhar...e depois a Dra. Y mandou-a chamar, que eu ia ser internada. (breve pausa) E senti a minha mãe ali...quase a fraquejar à minha frente, mas...A chorar mesmo... (breve pausa) E eu estava a chorar e ela disse que ia ser bom para mim, que eles só me queriam ajudar e depois no papel dizia isso mesmo...para eu ser simpática para toda a gente, porque todos me queriam ajudar...para pôr todos os dias a roupa suja num saco, que ela ia lá buscar...E dizia: “Beijinhos. Amo-te muito, muito, muito, muito”...N19</i></p>

Duas das jovens entrevistadas consideraram muito importante as famílias serem capazes de falar sobre outros assuntos para além da alimentação, nomeadamente falar com as jovens sobre o futuro.

[N8] *depois eu tinha umas actividades extra-curriculares, e a deslocação demorava meia hora e durante essas conversas, essas viagens, que os meus pais faziam comigo, tínhamos altas conversas, tínhamos, e nessa fase então eram assuntos vitais que discutimos no carro, os meus dilemas, a busca de obsessões, a falta de objectivos ou os próprios objectivos, era tudo discutido com os meus pais.*

[N4] *a falarem do futuro, do género: então e agora o que é que estás a pensar fazer (porque eu já estava no 12º ano), ou se calhar é melhor tu este ano não ires para a Universidade, ficas cá e depois para o outro ano. E eu: mas eu quero, eu quero ir e vou tentar. Porque na altura em que eu estava doente não se falava em futuro, não se falava em nada. Na fase de recuperação já se começou a falar em planos, em férias. E isso foi importante.*

Os pais também podem ser importantes dando força às jovens para continuarem e não desistirem, como a Sofia refere:

[N5] *Davam-me sempre muita força para continuar, para não desistir. Se as coisas já estavam a recuperar e eu já tinha tomado a decisão para aumentar de peso, não era agora, não era pelas pessoas... eles mesmo diziam as pessoas, as pessoas conheceram-te de uma maneira estás agora de uma maneira completamente diferente, tens de dar um desconto a essas pessoas e continuar. Não interessa o que os outros dizem, interessa aquilo que tu pensas, aquilo que tu queres. E aquilo que eu queria era mesmo aumentar de peso.*

Contudo, a Catarina explica que este incentivo deve ser doseado, conforme os seus pais fizeram:

[N6] E depois quando viram que eu estava a progredir um bocadinho não exageraram. Estavam lá para me apoiar, e quando eu ia em frente eles ficaram contentes, mas quando eu retrocedia eles também não apontavam o dedo. Não criticavam, percebiam que eu andar para trás e para a frente uma série de vezes. E isso foi importante.

Para além dos factores de recuperação relacionados com o papel dos pais, ao analisar detalhadamente os discursos, percebe-se que as mães e os pais tiveram diferentes papéis para a recuperação das ex-pacientes. Assim, o papel da mãe é destacado não só por ser a primeira a detectar o problema e a encaminhar a filha para técnicos especializados, como também, por estar sempre disponível. A expressão “sempre” é aliás uma expressão muito usada pelas várias entrevistadas para se referirem à presença constante da mãe, a uma espécie de super-presença.

Quadro 97.

Papel específico da mãe

Exemplos ilustrativos na Categoria “Papel da mãe”	
Detectar/ encaminhar	<i>Ela é que andou à procura dos médicos todos para mim, e tipo eu podia falar com ela, mesmo quando não queria, se eu quisesse eu podia falar com ela. N7</i>
	<i>Foi mais...a mãe, a mãe é que, a mãe é que se começou a aperceber, a mãe é que, pronto. Mas o pai, pronto...ia com, ia com a mãe. O papel de diagnosticar, de se começar a aperceber dos sintomas e depois os acompanhamentos sempre às consultas. N20</i>
Apoiar/ estar sempre disponível	<i>A minha mãe sempre esteve presente, sempre esteve do meu lado. É daquelas pessoas que estavam, eu vi muitas meninas que estavam lá comigo nas consultas levavam sempre algum familiar, algumas já se conheciam e iam-se cumprimentar. Eu nunca falei muito com elas. Estava sempre sozinha. Mas a minha mãe sempre esteve lá comigo, mesmo sendo aquele tempo de espera, que é um tempo de espera conhecido, a minha mãe sempre esteve lá comigo. N1</i>
	<i>E muitas vezes disse: não, não, não te vais embora. E eu muitas vezes dizia: já estou farta e preciso de estudar. E ela: Não, não, senhor. E manteve a sua presença sempre ao meu lado. E mesmo ela tentou tudo para que eu... a minha mãe acompanhou-me sempre. Não era uma bengala, nem se quer era uma bengala, ela estava sempre, sempre do meu lado. Ela não me deixava um minuto N2</i>
	<i>O apoio da minha mãe. Porque esteve sempre lá e sempre que era preciso fazer visitas ela ia fazer. E mandava-me livros para eu ler, isto quando eu estava no hospital. Quando eu estava cá fora já era mais complicado. Tipo... é sempre. Porque nenhuma mãe gosta de ver a filha assim. Mas nunca me abandonou, ficou sempre lá, mesmo quando era para chatear.(...) A presença, quando eu estava lá em baixo, se fosse preciso alguma coisa dava para lhe telefonar e para falar com ela, a minha mãe é aquela pessoa que está sempre lá. N7</i>
	<i>A mãe diagnosticou-me e estava sempre lá. A mãe é muito disponível só que eu dou-me melhor com o meu pai em termos de conversas e de conselhos. Mas a minha mãe estava sempre lá. E foi ela que notou primeiro. N8</i>
	<i>Teve sempre, acho que a minha mãe teve sempre. Aliás, na altura até tirou baixa, para estar dois meses mais por aqui e não sei quê...Fomos um mês para Lisboa, para sair daqui e ver outras pessoas, outros ares. Acho que a minha mãe foi sem dúvida aquela pessoa que... N12</i>

Várias entrevistadas relatam episódios que tiveram um impacto significativo no iniciar da sua recuperação e que têm como denominador comum o facto de terem visto o pai pela primeira vez a mostrar directamente o seu afecto, chorando por causa delas. Após este episódio, algumas das jovens aceitam ajuda do pai para iniciarem um

regime alimentar mais adequado. O pai parece também ter um papel importante de tranquilizador e de mediador nas relações tensas entre a filha e geralmente a mãe.

Quadro 98.

Papel específico do pai

Exemplos ilustrativos na Categoria “Papel do pai”	
Mostrar directamente os afectos	<i>O meu pai a partir do momento em que me começa a ver, o meu pai chorou por mim. É uma das vezes que eu vi o meu pai a chorar por mim. (...) Até foi nós os 3 a chorarmos. Eu a dizer que não queria nenhuma psicóloga que estava bem, e foi o meu pai e a minha mãe a chorar os dois por mim: oh filha, tu não estás bem, tu não estás bem. Já viste como é que tu tratas a família, como é que andas a tratar a nós. Foi quando eu vi pela primeira vez o meu pai a chorar. N1</i>
	<i>Queria era sair dali e lembro-me de estar na maca... foi a primeira vez que vi o meu pai a chorar, e ele a pedir para eu comer e eu queria era sair do hospital. Então, quando eu saí do hospital eu comecei a comer, comer, assim desenfreadamente, mesmo. N23</i>
	<i>E aí eu senti-me muito mal, comecei a chorar... (breve pausa). O meu pai não aguentou...foi para casa...Eu fui ter...fui para casa ter com o meu pai e disse-lhe: “Ó pai, anda cá que eu vou comer”. E...e o meu pai foi comigo e eu cheguei lá e comi. E a partir desse dia, hum, foi sempre a evoluir. (...) Senti-me bem, porque senti que estava a fazer os meus pais felizes, de novo. E ver o meu pai assim, quase a chorar, mesmo à minha frente, tocou-me muito. N19</i>
	<i>Ele disse: tu 100 gramas é de hoje para amanhã que os perdes, e isso significa que nós não te vamos ter aqui connosco e eu percebi na conversa que, o meu pai chorou e tudo, e eu percebi que ele estava a sentir que tinha falhado como pai. E fez-me prometer que eu ia comer naquele fim-de-semana. Era quinta, ia ter consulta na terça, que naquele fim-de-semana eu ia comer tudo o que eu pudesse, tudo o que me aparecesse à frente eu tinha de comer. Óbvio que esta proposta me assustou. “Mas isso eu não posso, não consigo”. Mas o meu pai conseguiu-me convencer, era objectivo, eu não podia dizer que me ia fazer mal, estava em falta. “Mas achas que te vai fazer mal? Tu achas que não precisas? Como é que tu podes achar que não precisas se estás com 33 quilos e não sei o quê?. E eu: “Não, eu de facto...”. Então não te faz mal, faz isso. N8</i>
Dirigir a alimentação	<i>Teve, muito importante. O meu pai dirigia tudo. Era o pequeno-almoço, almoço... Na médica, a Dra. X. deu-me uma dieta que eu deveria fazer, como devia fazer e o que devia comer, que isso era importante e eu a partir daí, o meu pai também tinha diabetes e a partir daí ele...a alimentação que ele tinha de fazer, eu comecei a adaptar-me à alimentação dele, por exemplo tinha de comer a hora, de tanto em tanto tempo...N4</i>
	<i>Fez-me prometer e eu prometi mais por ele do que por mim, porque eu não queria que ele ficasse naquele estado, a pensar que tinha sido um mau pai e tudo o mais. Então fiz esse esforço. Nesse fim-de-semana comi sem pensar no que estava a comer e o meu pai virado para mim: força, estás a fazer bem; força, força, come, come tudo o que puderes”. Acho que até comi sobremesa... N8</i>
Tranquilizar/ Acalmar	<i>Porque o meu pai quando eu estava sempre em casa e estava mais em baixo ou assim, era o meu pai que me conseguia transmitir alguma calma, algum apoio. A minha mãe já não, a minha mãe era o contrário, eu conseguia que a minha mãe viesse falar comigo só que ficava sempre pior. O meu pai não era ao contrário. Era tipo o meu porto seguro. Quando eu estava pior chamava o meu pai. N9</i>
	<i>Acompanhada, que não estava sozinha, que havia sempre um plano B ou C, caso o plano A falhasse. Porque o meu pai é optimista e enérgico e então imprime essa energia nessas conversas. Por mais desanimada que uma pessoa se sinta, com o optimismo dele, acho que as coisas só podiam ter dado uma reviravolta. Não sei. Era isso. Se eu tinha um problema eu sabia que em ia sentir compreendida com ele. Agora nem sempre ele tinha tempo, ele não estava sempre disponível, mas eu guardava os temas e depois discutia. N8</i>
	<i>Sim, apesar de ele ser calado, eu sei que ele às vezes...ele às vez dizia «tem calma» e não sei quê...era ele que às vezes acalmava as coisas, nesse aspecto. Porque queria acalmar, às vezes, as coisas e às vezes ela estava sempre a massacrar-me com o mesmo e ele «já disseste isso, agora deixa estar, ela é que sabe», acabava por acalmar as coisas, nesse sentido N10</i>

Por último é importante referir que não só a família nuclear parece ter um papel importante para a recuperação. Ao longo das trajetórias é várias vezes mencionado o papel da família alargada que parece assumir múltiplas funções. Assim, a família alargada tem um papel importante de: mostrar preocupação, disponibilidade e amor, não julgar/aceitar incondicionalmente, conversar sobre o problema sem impingir soluções/responsabilizando, não dar demasiada importância ao problema, conviver sem falar sobre a doença, dar esperança e, finalmente, a importante função de apoiar os pais.

Quadro 99.

Papel da família alargada

Exemplos ilustrativos nas diferentes sub-categorias da Categoria “Papel da família alargada”	
Mostrar preocupação, disponibilidade e amor	<i>E o meu tio, que eu nunca vi o meu tio a chorar, mas ela contou-me que viu o meu tio com as lágrimas nos olhos, mas mesmo mesmo quase a chorar, por eu estar tão magra. E eu não vi, e vi que a família por um lado até se estava a preocupar comigo porque até telefonava. Eu fui, essa parte dos tios, pensei que eram desligados e que não se preocupavam e afinal não, até se preocupavam. N2</i>
Não julgar/ aceitar incondicionalmente	<i>A minha madrinha. Eu acho que ela era daquelas pessoas que não me julgava. Acabava por me compreender e, pronto, acho que isso foi uma ajuda em tudo. Acho que ela chegou a perceber mais do que às vezes as minhas primas, por exemplo. N10</i>
	<i>O meu avô, porque, porque acho que foi das poucas pessoas que me continuou a ver, até falecer, da maneira que, mesmo eu mudando, ele sempre me viu da mesma maneira, era a princesa dele e sempre me fez sentir assim. Mesmo quando eu deixei de ser tão dócil, embora com ele não tinha nada a ver, mas com isto das mudanças, a minha personalidade, não quer dizer que eu tenha ficado...Não, mas prontos comecei a ter outra maneira de falar e de ser e ele orgulhou-se disso e eu orgulho-me disso! N18</i>
Conversar sobre o problema, sem impingir soluções, responsabilizando	<i>Eu lembro-me da minha avó ainda estar viva e de ela me dizer: já tens cor. Porque eu estava muito pálida. Aquilo para mim o “já tens cor”, porque toda a gente dizia “Estás tão pálida”, foi “que bom!”, senti-me bem, comecei a ver que realmente estava a conseguir recuperar. Senti-me contente. Porque também foi uma pessoa que na altura viveu tudo isto muito de perto. Porque ela vivia perto de nós, embora não vivesse aqui, houve uma fase que ela vinha para aqui fazer-me companhia. O Dr. dizia que não convinha estar sozinha, por causa dos pensamentos suicidas e não sei quê. E ela vinha muito para aqui fazer-me companhia. E era uma pessoa por quem eu tinha e tenho muita admiração, por tudo aquilo que ela lutou. Era daquelas pessoas que não me impingia nada. E eu: não. E ela não ligava nada. E depois eu dizia: oh avó quero uma cevada. E ela dizia: tens a certeza? Quero. Então toma. Era daquelas pessoas com quem eu não conseguia discutir. Eu tinha-lhe imenso respeito. Então não lhe conseguia dizer uma palavra agressiva a ela. Não sei, acho que eu tinha muita admiração por ela, e acho que também por aí. (...) A experiência de vida dela para mim foi muito importante. Porque a minha avó ficou viúva muito nova com seis filhos e ela dizia: Imagina se eu tivesse optado pelo que tu estás a optar. O que tu estás a fazer é o caminho mais fácil. Porque não. O que é mais difícil é tu queres ultrapassar isso, é tu queres sair disso, é tu queres viver a tua vida, tirares um curso, ires trabalhar, isso sim é difícil. Agora tu fechores-te em casa, não comeres, e estar tipo uma coitadinha, é o caminho mais fácil. Ela dizia-me as coisas assim. Eu sentia que ela tinha razão. Embora eu não</i>

	<i>Ihe dissesse nada, calava-me. N4</i>
Não darem demasiada importância ao problema	<i>Os meus tios ajudavam-me mais, porque não me ligavam nada. Queria comer, comia, não queria não comia. N4</i>
Conviver sem falar sobre a doença	<i>A parte de, por exemplo, estarmos todos juntos e ninguém falava no assunto, de jantares, ainda hoje ao sábado vamos todos jantar juntos, domingo íamos todos almoçar juntos. Lanches (...) não era o lanche por comer, era pelo convívio. Estar na risota a ver televisão, na altura lembro-me de já estar frio, apetecia coisas quentes. Depois íamos sempre buscar qualquer coisa à padaria. Também ajudou muito. N4</i>
Dar esperança	<i>[referindo-se ao que a madrinha que dizia] Que aquilo era uma fase, que iria passar, que eu era...para não deixar de ser a pessoa que era, que precisava da minha alegria, esse tipo de coisas. (voz emocionada) N10</i>
	<i>Lembro-me de ele [referindo-se ao tio] falar que a doença era complicada e que...mas era possível ultrapassar, bastava querer. Hum, que eu poderia fazer mil e uma coisas para emagrecer, mas isso não era, não era melhor, esse tipo de coisas a explicar...que sabe que há pessoas que fazem...depois havia lá um site da Net onde as pessoas deixavam comentários e diziam que queriam emagrecer mesmo de propósito, que faziam mil e uma coisas como deitar comida fora e esse tipo de coisas. E ele disse-me «eu sei que se tu quiseses emagrecer, tu consegues, mas sei que tu também não queres.». E então teve assim conversas comigo que também me chamou à atenção. N10</i>
Apoiar os pais	<i>Eu acho que o mais importante foi o apoio dos meus tios, eles poderem desabafar. Por exemplo com a minha prima, que somos muito amigas, andamos até na escola juntas, durante muitos anos, e como eu desabafava muito com ela, o meu pai ia para casa dela tentar saber coisas. E eu penso que o apoio que eles [referindo-se aos seus pais] também tiveram da parte dos meus tios, e dos meus primos, foi muito importante. N4</i>

2.4.2.2. Relações significativas: Papel dos amigos

Os amigos parecem assumir um papel importante na recuperação (referido por 10 de 20 participantes), especialmente nas fases de “Saída do isolamento” ou de “Arriscar novos desafios”, como vimos nas trajetórias de recuperação analisadas. É o convívio com os pares que permitiu, como refere a Susana, abstrair-se da doença:

[N4] *E isso devo aos meus primos porque acho somos quase todos da minha idade, a essa equipa de hóquei, porque foi muito bom porque éramos a primeira equipa de hóquei feminino aqui na terra, então era uma festa, e depois íamos com os rapazes para todos o lado, foi muito giro. E eu comecei a abstrair-me da doença. As pessoas olhavam para mim e: olha já está bem.*

O apoio e incentivo dos amigos, daqueles que nunca desistiram, apesar do seu isolamento, são considerados por muitas jovens como importantes factores para a recuperação.

[N7] *E também o apoio de amigos meus, porque houve amigos meus, supostos amigos que me viraram as costas e outros que ficaram comigo sempre, iam-me ver e tudo, iam a minha casa, isso foi importante. (...) Lembro-me quando eu fiz 19 anos e estava aqui no hospital e eles foram todos lá mesmo sabendo que eu não tinha visitas e abriram a porta e deixaram-me vê-los. Foi brutal. Foi mesmo fixe. Tipo lembraram-se de mim. Foi bué da fixe.*

[N5] *os amigos, lá está, eu acho que os amigos apoiaram não falando sobre o assunto. Sabiam mas não por mim, eu acho que suspeitavam, olhavam para mim e deduziam e o facto de não falarem comigo, nunca terem desistido de me convidar para sair, porque eu tive pessoas que depois acabaram por se descartar completamente, aqueles não, aqueles ficaram, e pronto, e tudo, e ficavam chateados quando eu não ia, e voltavam a incentivar e era luta atrás de luta, notava-se isso perfeitamente.*

[N8] *conheci uma pessoa que foi muito amiga e que ainda se mantém. Pronto, foi mesmo generosa. E convidava-me para casa dela e ia a minha casa. Fazíamos coisas juntas. Apesar de eu não ser o tipo de companhia mais desejada naquela idade. Não era do tipo de companhia que sabe falar de música ou de filmes, ou que é divertido, ou que fala de rapazes. Eu não era assim mas mesmo assim ela foi minha amiga. Acho que me ajudou bastante, eu sabia que podia confiar nela. Depois na escola eu tinha outra amiga, também, que me ajudou, que me compreendia imenso, eu não sei porquê mas tive mesmo sorte.*

Os amigos são também fonte de aceitação, fazendo muitas destas jovens sentirem-se normais, num lugar mais distante da (auto-)crítica.

[N20] *Gostava de ter conversas na mesma só com aquele amigo das consultas, de “ganhei mais 100 gramas”. (I. Contava-lhe a ele?) Contava. Só a ele é que eu desabafava. (I. Interessante. E o que é que ele tinha de tão especial que permitia a F. falar?) Ouvia-me. Ouvia e não, não... não tinha aquela parte negativa dos pais que estão sempre “e porque está mal e porque...” ele ouvia e não... Não julgava... Perguntava “porque é que tu não ficas boa?” mas mais nada.*

[N18] *fazia-me bem quando eu ia com o meu namorado e estávamos com amigos e eu ver o que eles comiam, porque eu queria-me sentir uma jovem normal! Queria-me sentir, só que não sabia como, então era importante para mim ver o que é que eles comiam e comer a mesma coisa. Eu não me servia, eu não tinha a primeira iniciativa para decidir o que é que queria comer, eu via era o que os outros, por exemplo festas de anos, eu não conseguia chegar à frente da mesa e começar a tirar isto e aquilo, eu não sabia o que é que me apetecia, eu deixei de saber o que é que me apetecia, eu tive que reaprender a comer, mesmo a nível de quantidades! Eu olhava para o prato e deixei de conseguir saber se aquilo era muito ou pouco e como tinha medo de tirar muito, mas também tinha receio de estar a tirar pouco, eu deixei mesmo de ter essa percepção, é incrível a nossa mente! Mas eu tive que, no início até pedi à minha mãe para me servir e via o que é que os outros se serviam, porque eu deixei de ter essa percepção e como tinha muito medo de me descontrolar, quer a nível de insuficiente ou a mais eu, era importante para mim esses momentos, quando eu estava com os meus amigos, portanto uma referência para mim, gente jovem como eu e ver o que é que eles comiam e as quantidades e era isso que eu comia.*
N18

2.4.2.3. Relações significativas: Papel do namorado

O namorado assume um importante papel (referido por 6 de 20 participantes) na medida em que é com ele que as jovens se sentem aceites incondicionalmente, muitas vezes pela primeira vez, e valorizadas enquanto pessoas e também enquanto mulheres.

[N18] *ele sempre me foi dizendo que gostava de mim tal como eu era, que me achava, ele é uma pessoa que ainda hoje, passado 8 anos e meio de relação que assim do nada me diz todos os dias, assim numa situação assim perfeitamente normal que eu, fico a olhar para mim, que eu sou linda ou e...para quem não se acha assim muito, essas coisas foram-me fortalecendo...*

[N23] *Porque ele também me aceita. Não acha que eu tenha... ele só diz que os meus “tenhos” é o que eu não devia ter. (Ri-se).*

[N6] *O meu namorado acho que também foi importante. (...) Ele veio mais tarde numa fase em que eu já estava muito mais recuperada. Mas... mas ajudou-me a andar mais feliz, a não pensar tanto em comida em, em estar bem, ajudou-me a sentir mais querida, mais amada, não sentir... sei lá eu até ali sentia que era gorda na mesma, que era gorda, que era feia, sentia que nunca ninguém na vida se ia interessar por mim, apesar de isso nunca ter acontecido, porque eu sempre fui tendo pessoas que se interessavam por mim, ao longo destes anos, mas mudou um bocadinho isso. Depois íamos sair mais, havia mais distrações, eu sentia-me bem comigo mesma. Fazia-me sentir bem, especial.*

[N18] *Porque eu acho que o meu namorado foi muito importante nisso, porque eu senti que ele olhava para mim, com eu sendo uma mulher e não como uma menina N18*

Para além disso, são os namorados que assumem a importante função de ajudar a quebrar o isolamento em que muitas jovens se refugiam.

[N17] *Tirava-me de casa, dava-me apoio...(...) na altura que também apareceu...já estava numa altura mais...em que já estava, entre aspas, curada, mas nunca me deixou recair. Isso não...Voltar atrás, não...*

2.4.2.4. Relações significativas: Papel de outras pessoas

Não só os familiares, amigos e namorados aparecem como pessoas importantes para a recuperação nas narrativas das ex-pacientes. Os extractos que se seguem mostram o papel de um professor e de um pai de um colega que a jovem conheceu num desporto que praticava, a quem chamava de padrinho.

[N1] *Por exemplo, eu quando comecei a ter anorexia, eu estava no 10º ano, a minha directora de turma, começou a achar estranho por estar a ficar recta. Eu na altura cheguei a ter 58 kg e cheguei a ir para a escola com 41. Foi uma diferença muito grande. Ela chamou a minha mãe à escola, mandou um recadinho e a minha mãe foi. “Olhe a sua filha está muito magra. Ela realmente está mais atenta, está mais aplicada, sim senhora, gosto muito da evolução dela, mas ela emagreceu muito”. Então o que é que fizeram? A minha directora de turma obrigou-me, ia comigo buscar um croissant de chocolate. Ela ia comigo buscar um croissant. Ela dizia: tu vais comer isto. E eu: mas eu não quero, não tenho fome. Porquê? Eu levava o meu lanchinho, era um pãozinho do tamanho da minha mão. Partia a menos de metade e a mais pequena eu comia, a outra eu deixava fora. Ou seja, eu comia, só que comia uma ninharia. Eu não sei se ela me apanhou ou um colega meu lhe foi dizer, sei que a partir do momento em que ela falou com a minha mãe e a minha mãe lhe disse: ela está com sérios problemas, está com Anorexia. Todos os santos dias, ela dizia: vá anda comigo, anda buscar um croissant com chocolate. E lá ia eu toda contrariada. E ficava-me a ver a comer, podia já ter dado o toque, ficar à minha beira meia hora e as aulas já terem começado, ficava à minha beira até que eu acabasse de comer. Por acaso foi uma professora muito espectacular, tanto de ensino, como de pessoa, preocupou-se até depois do final das aulas. Agora já não tenho nenhum contacto com ela porque ela depois foi transferida para outra escola. Foi uma pessoa que mesmo a seguir às férias voltou a contactar-me: então R., ainda te lembras de mim? E eu: não desculpe, não me lembro. Sou a tua professora de Matemática, a tua directora de turma. Ah, Olá, como estás? E tu como estás? Estou melhor, já... Estás mesmo? Olha, se não tiveres vou já contigo outra vez buscar um croissant com chocolate. Foi uma pessoa muito muito excelente.*

[N9] *E outra coisa que eu gostava muito no meu padrinho é que me tratava com naturalidade. Acho que chegou a um ponto em que eu queria fazer campeonatos e ele disse: ah, então para fazeres campeonatos tens de ter força. E começou-me ao contrário do que toda a gente faria, começou-me a levar com ele ao ginásio, ao contrário do que os outros, começou-me a tratar naturalmente, começou-me a tratar como se eu fosse uma pessoa normal, o que as outras pessoas não faziam.*

É de ressaltar nestes extractos a evidência de como alguém não envolvido na trama familiar pode ter o poder de influenciar o comportamento alimentar da paciente sem grande resistência.

2.4.2.5. Factores individuais

Se foram muitas vezes salientados os factores de recuperação até agora descritos, algumas entrevistadas não se inibem em afirmarem que o mais importante foi a sua

força de vontade, foi o desejo de mudarem e a força com que agarraram este desejo, como ilustra o seguinte quadro.

Quadro 100.

Factores individuais: Determinação/motivação

Extractos da Categoria “Factores de recuperação individuais”, Sub-categoria “Determinação/motivação”
<i>Não estou a ver que estratégias as pessoas podiam usar que pudesse ajudar à minha recuperação. Tinha de ser eu e foi por mim. N22</i>
<i>Eu acho que o mais importante veio de mim própria. Acho que o mais importante foi eu interiorizar que queria mudar, porque senão fosse isso se calhar até hoje nem sequer tinha pensado nisso e continuava com a mesma mentalidade que tinha há um tempo atrás. Acho que talvez a força de vontade é que me fez recuperar. N10</i>
<i>Acho que se eu recuperei foi porque eu quis porque se eu não quisesse eu estava ainda na mesma situação. Não era pelas pessoas me dizerem, fazerem, acontecerem. Não era nada disso. N6</i>
<i>Querer ter mais força para agarrar a vida... Que eu sentia-me ali a desfalecer, eu sentia-me quase a morrer, eu senti que as pessoas sentiam pena ao olhar para mim... E senti que os meus pais tinham medo de me perder a qualquer momento...E então agarrei isso...com o amor deles e... (breve pausa) lutei para vencer e consegui. N19</i>
<i>Acho que não foi só a nutricionista. Acho que fui eu que fiz com que desse resultado. Ela deu-me o plano alimentar e eu fiz por cumprir o plano. Portanto, acho que ela não fez nada de mais. Mas só a parte de eu ter cumprido o plano alimentar fez com que eu começasse a comer. Acho que não foi só a nutricionista. Acho que fui eu que fiz com que desse resultado. Ela deu-me o plano alimentar e eu fiz por cumprir o plano. Portanto, acho que ela não fez nada de mais. Mas só a parte de eu ter cumprido o plano alimentar fez com que eu começasse a comer. N3</i>
<i>Sinceramente...a pessoa mais importante para a minha recuperação fui eu, sem dúvida! (riso) Foi mesmo...Porque fui eu...fui eu. Porque...os meus pais tanto tiveram um efeito positivo, como negativo, como eu já referi, não é? Primeiro, toda aquela tensão, depois claro que me deixaram, mas fui eu...fui eu que tive que querer...fui mesmo eu. Claro que o Dr. X era a mesma coisa...dizia...mesmo assim ele não...pronto, está a fazer, está...era sempre: “A C. está a fazer, está a ir, está a conseguir.” ou “Não o fez tão bem.” Mas fui eu, as falhas e as vitórias obtidas... N11</i>

Para tal, foi fundamental para algumas das entrevistadas perceberem que estavam doentes e decidirem “decidir”, ou seja, assumirem um maior protagonismo.

[N5] *Só que eu continuo a dizer: fui eu que disse chega!. Fui eu que disse chega: Oh a J. muda ou a J. morre. Portanto das duas uma, ou a questão não era muito difícil e então começa a...*

[N6] *Eu sei que houve uma altura em que eu senti que estava no caminho errado, que senti que estava mal, que estava muito mal, senti que olhava para mim e via-me triste e apagada, eu estava um farrapo, e não era aquilo que eu queria para mim. Nunca foi aquilo. Esta constatação acho que foi o mais importante para a mudança, os outros podem ter ajudado, e podem-se ter apoiado e podem-me ter dito que era certo... mas seu nunca tivesse chegado a esta conclusão ainda hoje não estaria bem.*

[N21] *O facto de eu, a partir de certo momento, perceber que estava doente (I – E o que é que a ajudou a perceber isso? Que estava doente?) O facto de ter de vir às consultas, daquela rotina de...de...e a partir do momento em que o senti que tudo à minha volta estava a ficar muito escuro...que a minha vida era muito escura...*

Outro factor muito referido pelas entrevistadas como importante para a recuperação foi o facto de começarem a ter objectivos, que se tornaram mais importantes do que objectivo inerente à restrição alimentar.

Quadro 101.

Factores individuais: Ter objectivos

Extractos da Categoria “Factores de recuperação individuais”, Sub-categoria “Ter objectivos”
<i>Ai eu gostava tanto de ir jogar” e então disse ao Dr. e ele disse: Nem penses, tu com esse peso não vais a lado nenhum. Quando tiveres o peso mínimo tudo bem, mas até lá, não. E então, o que é que era a minha luta, era atingir o peso para poder ir. N4</i>
<i>É muito importante que as pessoas tenham objectivos, qualquer anoréctica, qualquer coisa que a fá-la pensar fora da comida e que lhes dê alegria e em que elas acreditem, para qualquer pessoa é bom ter objectivos, não é. N8</i>
<i>Ai eu gostava tanto de ir jogar” e então disse ao Dr. e ele disse: Nem penses, tu com esse peso não vais a lado nenhum. Quando tiveres o peso mínimo tudo bem, mas até lá, não. E então, o que é que era a minha luta, era atingir o peso para poder ir. N5</i>
<i>Mas eu acho que a principal coisa que me fez evoluir e fez com que as coisas corresse bem foi porque eu tinha um objectivo, um tinha um objectivo futuro para mim, e eu sabia que isso dependia de mim, e eu de um momento para o outro vi que estava a deitar fora tudo aquilo que eu tinha construído durante anos para mim. E cheguei à conclusão que não era assim que eu ia conseguir. Não era. De ter uma vida diferente, ter uma vida diferente do que o que tinha. Eu sempre quis viajar, sempre quis sair, sempre quis ter... não ter problemas financeiros, aliás, não ter aquela coisa, sair daquele mundo um bocadinho, eu não era como as outras pessoas, não gostava das mesmas coisas, não tinha os mesmos interesses, e eu queria um mundo diferente para mim. E não era assim que eu ia conseguir. Eu não me sentia bem como estava. N6</i>

Algumas das entrevistadas referem também que foi fundamental para a sua recuperação experimentarem fazer coisas diferentes, coisas que dessem prazer.

Quadro 102.

Factores individuais: Fazer coisas novas/ por prazer

Extractos da Categoria “Factores de recuperação individuais”, Sub-categoria “Fazer coisas novas/ por prazer”
<i>Eu todos os dias ia cozinhar, mesmo no intervalo do estudo eu ia cozinhar. Podia não ser para mim mas eu todos os dias cozinhava. (...) Porque é uma coisa que eu gosto muito e sinto que tenho jeito. E pronto. Tinha jeito para fazer uma coisa bem feita. A cozinha também foi muito importante. O teatro também andava no teatro e desporto. Os amigos. Desporto muito importante na minha recuperação porque eu sentia que comia e fazia desporto que era um balanço. Vida saudável: comer e fazer desporto. Comer bem. N7</i>
<i>Eu começo a pensar: uma pessoa que vai ser internada, vai estar sempre a pensar no mesmo e acho que a melhor cura para uma pessoa é mesmo distrair-se totalmente e... fazer aquilo que gosta e...acho que é por aí... E para mim foi a faculdade. N14</i>
<i>Voltei, por exemplo, voltei a praticar desporto que era uma coisa que eu tinha deixado, não porque queria mas porque tinha que ser. (...) Passei a poder voltar ao desporto, os colegas, por acaso eram rapazes também gostavam que eu tivesse voltado. Lembro-me que o professor de natação também me apoiava. Ah, porque eu nos primeiros meses não pratiquei mas ia assistir às aulas. Gostava de assistir, a natação (...) Gostava de ir assistir às aulas, até que retomei, depois fui para a dança que também foi uma coisa que eu sempre gostei e pronto, tudo isso além de estar ocupada, porque eu gosto sempre de estar ocupada, nas férias vou para o voluntariado e não sei quê, mas não gosto de não ter nada para fazer. E foi o estar ocupada a fazer o que gosto que me foi... N20</i>
<i>O factor mais importante é a experiência e é, no meu caso, que eu achava que demorava muito tempo, em todas as situações difíceis que eu vivi, é fazeres uma coisa sistematicamente igual, comportares-te sempre de uma forma igual e nada muda. Tu percebes que nada muda. Os outros podem: a minha mãe vai-me dar colo, o outro rapaz vai fazer exactamente o mesmo se tu te comportares da mesma forma e se tu não arriscares tu não vais nunca andar para a frente. Quando tu comesças a tentar arriscar alguma coisa para ver se muda alguma coisa, tipo, é um desejo que as coisas mudem mas depois a realidade está sempre a devolver-te o mesmo. Sempre, sempre, sempre. E tu queres outra realidade. E desejas mesmo, o desejo para que te aconteça algo diferente, começa a ter muito peso, precisamente pela infelicidade que te provoca. Então já que estás a sofrer, sabes? deixa-me ver se eu fizer assim, já que eu estou a sofrer na mesma, então, deixa-me ver se alguma coisa muda. N23</i>

Outros dois factores referidas por duas das entrevistadas foi o de darem um primeiro passo na relação com os outros, o que implicou a decisão pessoal de se “abrir para os outros” (N8) ou de ceder na relação com os outros – neste caso com a mãe (N10), que lhes permitiu no final sentirem-se melhores.

[N8] Aberto os olhos e os ouvidos para os outros também. Porque eu como estava tão descontente com a minha própria vida eu tive que prestar mais atenção às outras pessoas e aos seus problemas. Fiz uma espécie de auto-extroversoterapia (ri-se). Tornei-me mais extrovertida para não pensar tanto em mim e pensava nas outras pessoas e pronto. Chegaram-me a dizer que eu era muito boa ouvinte e que gostavam muito de conversar comigo.

[N10] Porque se eu continuasse com a minha mãe nesse braço-de-ferro, por assim dizer, também se calhar nunca tinha pensado na recuperação, se calhar andava ali: ela falava e eu não fazia, ela mandava vir e eu não ligava e continuava nisso. Eu cedi, acabei por passar para o outro lado, por assim dizer, e então pronto. Achei que realmente ela também podia ter razão. Sim e acho que no fim as duas vencem, se alguma delas ceder, acabam por sair as duas vitoriosas.

Por fim, é curioso verificar que algumas das jovens conseguiram transformar de forma criativa algumas das suas características relacionadas com a doença no sentido da recuperação, procurando como refere a Inês, competir com os outros para ser feliz ou, no caso da Susana, utilizando a mesma disciplina usada para a restrição alimentar no sentido de controlar esta mesma disciplina.

[N13] o facto de estar a ver que as outras pessoas eram muito mais felizes que eu...não é? Ao menos pareciam mais felizes do que eu... e que realmente temos de viver a vida ao máximo e ser felizes e como as outras pessoas temos direito...hum...Eu fui-me apercebendo porque eles...riam-se à vontade e eu quando me ria nunca...era assim...ria-me, mas não era assim como eles. Eles eram bonitos, eram...podiam ser mais gordos que eu, mas eram bonitos na mesma, até pessoas que...que são feias...eram mais bonitas, porque...isso...a fealdade não interessa, não interessa fisicamente, o que interessa é como nós transmitimos a nossa personalidade, não é? Sei lá, uma pessoa alegre, que esteja a sorrir e que, sei lá, pode nem estar a mexer-se de um lado para o outro, mas que é aquela coisa...a presença, como eu disse há bocado, é mais bonito do que uma pessoa que pode ter uma cara bonita, mas que está sempre toda atrofiada, toda...toda antipática e não sei quê...é muito mais bonita... Até os rapazes ficam muito mais atraídos por uma pessoa que, que pode ser feia, mas que é muito mais simpática, muito mais alegre. E aí comecei a ver que realmente as pessoas, todas as pessoas à minha volta eram mais bonitas que eu e que...que a magreza, magreza patológica, põe as pessoas cada vez mais feias, não só no sentido físico, ficam mesmo mais feias, mas também pelo sentido psicológico, como eu disse há bocado, não é? Ficam mais fechados...(I – Este foi um dos factores? O olhar para si e olhar para os outros e achar que...) E para os outros...É a tal coisa da comparação também...(I – Mas neste caso funcionou para a recuperação?) Exacto, nesse caso funcionou...É o sentido inverso. E quase também...aqui não tanto, mas também quase uma competição...Aqui não tanto, definitivamente...Mas queria também atingir a felicidade, não é?

[N8] A disciplina que eu tinha na alimentação que eu depois tive que aprender a disciplinar a disciplina, porque já era a disciplina a comandar-me e eu tive que comandá-la outra vez, foi dizer que não a todas as regras que eu tinha inventado, e eu acho que aprendi a dizer que não a impulsos.

2.4.2.6. Mudança de contexto

Para 8 de 20 entrevistadas, foi importante a mudança/entrada para um novo contexto para saírem do estado de depressão em que se encontravam ou para consolidarem a recuperação até então conseguida.

Em Dezembro estava mesmo deprimida e decidi que tinha de mudar, então em Janeiro entrei para os escuteiros. É sempre o local terapêutico (ri-se) N8

Eu, por exemplo, lembro-me das férias, a minha mãe...eu primeiro...eu tive um dia, pronto, estava totalmente passada, precisava de sair de casa e a minha mãe disse "Pronto, vou marcar uma viagem". Fomos a Paris as duas, foram os melhores dias da minha vida naquele ano....e, então, aqueles três dias, ou quatro, que eu fui para Paris, foi fantástico, porque eu distraí-me. Foi...foi...mesmo...tipo, não sei... N14

O facto de ter ido para a universidade, do ano em que estava recuperada clinicamente, acho que foi um grande passo para mim, porque eu vi-me sozinha, sozinha sem ninguém, e eu dizia: eu tenho que me virar aqui. E eu queria também que os meus pais sentissem um motivo de orgulho em mim. E então era: eu vou, vou acabar o curso e isto vai passar. E foi isso que aconteceu. N4

Começa a faculdade, começa mais estudo, começa mais a necessidade de comer. Toda a gente ficou admirada como é que eu entrei para a faculdade. Porque não estavam à espera que eu acabasse nem tão pouco o 12º ano, estavam à espera que eu desistisse a meio, que eu não... O peso. Achavam que eu mais dia menos dia acabava por ser internada. N5

Depois também conheci pessoas totalmente novas...muita gente nova...entrei para a faculdade, não é? E... E acho que me fez super bem. Por exemplo, uma coisa que eu notei foi que, no início do ano, ainda estava mal, e não queria saber de nada, até desisti da praxe e tudo... Depois, quando comecei a ficar melhor, quis mesmo participar e...e fiz tudo para poder ir lá outra vez, para ter mais convívio com as pessoas e tudo. E acho que...lembro-me de que quando voltei para a praxe foi...um grande passo, que acho que fez com que eu me adaptasse a muitas coisas, tipo, eu tinha que ir, tinha de fazer e...e ia e fazia, não me importava...acho que foi. N14

2.4.2.7. Investimento/ Sucesso académico

A importância da escola é assumidamente um dos factores destacados para a recuperação (N=4). O desejo de ter sucesso académico leva algumas das jovens a quererem mudar, já que se apercebem das consequências negativas, físicas e mentais, a restrição alimentar tem sobre o seu rendimento escolar. O objectivo de estudar é assim um motor para a recuperação do peso bem como a realização retirada deste investimento e a possibilidade de as jovens se poderem abstrair dos pensamentos obsessivos através da focagem destes pensamentos nos estudos.

[N11] *A escola, sem dúvida. Foi esse o principal ponto que me fez mesmo mudar... Porque, por exemplo, eu até nem queria, isto é um exemplo um bocadinho à parte. Eu nem queria seguir medicina, mas no 10ºano se quisesse tinha-me invalidado...por causa das notas. Porque é muito absorvente esta doença, nós ficamos muito fixados e eu sabia que enquanto continuasse obcecada por aquele controlo, não iria conseguir ter o rendimento. E depois todas as consequências inerentes ao baixo peso... E, pronto, eu não queria, de todo! Mesmo! A escola era o principal, eu tinha que passar isto, tinha que conseguir concentrar e focar-me na escola mesmo.*

[N17] *E depois o querer voltar a estudar... N17*

[N20] *eu acho que depois foi, a abstracção, a realização do curso, do curso, pronto. N20*

[N23] *Na faculdade as pessoas que foram mais minhas amigas foram os professores, mas não amigos assim mas eles sem saberem deram-me assim pistas muito importantes para eu acreditar em mim.*

O sucesso académico sentido constitui também um importante factor de recuperação, permitindo o readquirir de uma auto-confiança perdida.

2.4.2.8. Confronto com a morte/ outra doença

Cinco das jovens entrevistadas destacam ainda como factor importante para iniciarem a recuperação do peso o confronto com a morte de alguém significativo (neste caso o tio ou um animal de estimação) ou com o diagnóstico de uma doença, para além da Anorexia Nervosa. Estes factores levaram as jovens a quererem mudar, a quererem seguir outro caminho, o caminho da vida e da saúde.

[N17] Eu também tinha um caso de um tio meu, muito chegado, que na altura lhe foi diagnosticado cancro no pâncreas, que estava em fase terminal e...e estávamos a lutar os dois ao mesmo tempo e eu via que a minha luta, ao lado da dele, não tinha sentido nenhum... O meu tio, porque me fez ver que...que a doença dele, realmente...a luta pela vida e não a luta contra a vida.

2.4.2.9. Meios de comunicação social

Se os meios de comunicação social são apontados na generalidade como um factor que contribui para a tentativa das jovens perseguirem um ideal de magreza, considerada como factor sociocultural precipitante da Anorexia Nervosa, o extracto da entrevista que a seguir mostraremos evidencia que os meios de comunicação social podem também ter um papel importante para a recuperação, No caso desta entrevistada, a série “O sexo e a cidade” permitiu a esta jovem aprender a ser e sentir-se mais mulher, algo que já desejava ser.

[N18] Acho que houve três coisas, três coisas, houve três factores que eu hoje não tenho muito a ver com a pessoa que era antes, em aspectos positivos e aspectos negativos. E acho que houve três coisas, acho não tenho a certeza, que houve três coisas que contribuíram para isso, foi eu ter tido anorexia, o meu namorado e a série “O sexo e a cidade”. (risos) Mas foi mesmo! Pode parecer absurdo, mas eu comecei a ver a série mais tarde, assim como estava a fazer zapping, comecei a ver e comecei a gostar, a acompanhar, aquela série mudou-me mesmo, porque eu já estava recuperada, mas...eu tinha 23 anos, mas ainda não me sentia mulher...ainda me sentia menina, era mesmo assim, ainda me sentia menina, já andava na Universidade, mas ainda me sentia menina, não me conseguia olhar ao espelho e ver-me mulher, não conseguia, ainda era assim resquícios, eram assim uns resquíciosinhos que...que eu não me conseguia, eu ainda era menina e sentia-me como tal e a série foi o clique, eu acho que eu a nível da personalidade é, há certas coisas que me acontecem na vida que servem mesmo como cliques e eu mudo rápido! E a série foi isso para mim, eu comecei a acompanhar a série, a envolver-me tanto que comecei a assimilar certas coisas com as quais eu me identifiquei, que era mesmo aquilo que eu queria ser! Era mesmo aquilo que eu queria me sentir! E a série fez-me sentir, pela primeira vez olhei ao espelho e senti-me mulher.

2.4.2.10. Fé

Finalmente, um último factor referido por duas das entrevistadas foi a fé, que lhes permitiu sentirem-se mais amparadas e manter uma esperança numa vida melhor. A entrevistada que se segue mostra-nos também que a fé criou-lhe um sentido para a vida que podia perseguir.

[N8] E também, ah eu era religiosa, católica. E então nessa fase de depressão, acho que me apoiei muito nisso. Sozinha, a ler livros e a ir à missa e entrei num grupo, não entrei num grupo, fiz-me sócia de uma associação, a fazer aqueles peditórios e não sei o quê. Eu sentia que tinha

um sentido, se eu me concentrasse ainda mais nos outros eu que tinha um objectivo de vida, não seria inútil. E pronto ia à missa, tinha grupo na catequese, mas aí não era nada de especial. Mas rezava e acreditava. Acreditava que a minha vida tinha algum sentido e eu tinha valor por mim própria, independentemente de qualquer outra coisa. (...) Eu era católica sempre, sempre tinha ido à missa, só que nunca tinha sido tão ... nunca tinha sentido daquela forma que amar ou ser amado fazia a diferença. Nunca tinha sentido essa necessidade. Tudo corria bem. Portanto, quando me começaram a correr mal as coisas, eu acho que percebi a diferença de amar ou não amar os outros, e a si própria e a Deus. Mas não posso dizer que tenha sido uma fé madura. Pronto. Eu acho que era uma fé um pouco imatura, aquela infantil, ainda não tinha posto grandes dúvidas ou assim. Eu agora sou mais racional e já não tenho aquele sentimento religioso que tinha, embora tenha alguma espiritualidade mas não é daquela forma. Mas acho que na altura foi muito bom. Porque numa depressão se uma pessoa não tem... quer dizer, de facto objectivamente a vida pode acabar e acabou e depois? Agora se a pessoa acreditar que tem um sentido, faz diferença. (...) tinha a fé, convicções religiosas que me ajudaram a manter-me com esperança no futuro, "isto vai ser melhor"

[N2] *pedir ajuda, isso foi, eu pedi ajuda ao meu avô, um avô de quem eu gostava, sabia e sem que ele gostava muito de mim. Dizia para ele estar presente, embora não fisicamente, para ele estar presente e me ajudar. E aí fazia diálogos comigo mesmo (I- Mas o avô estava vivo?) Não, não já tinha falecido. Sentia que ele só queria o meu bem. E toda a gente me dizia que eu estava mal mas eu não via assim tão mal.*

2.5. Localização dos factores úteis na trajectória de recuperação

Após esta descrição de factores descritos pelas entrevistadas como úteis para a mudança, estamos em condições de perceber que factores são úteis em que tipo de trajectória e em que momento da trajectória. Dada a grande diversidade e dispersão dos factores de recuperação presentes nas diferentes narrativas (Ver em anexo 12 quadro de associação dos factores de recuperação a cada trajectória), não foi encontrada uma associação clara entre os factores de recuperação e os tipos de trajectórias.

Assim, e dada a frequência de cada factor ser muito reduzida, não podemos falar de diferenças em termos de trajectórias. Apenas se pode apontar para as seguintes tendências: O factor de recuperação relativo ao *Papel da família de pressionar* não foi encontrado nas trajectórias relacionais. Por outro lado, a importância da *família falar de outros assuntos não relacionados com a alimentação* apenas aparece mencionado nas trajectórias relacionais (N=2). Nos factores individuais, enquanto nas trajectórias estéticas predomina o factor da *Determinação/Motivação* (N=6), nas trajectórias relacionais predomina o *Ter objectivos* (N=4) e a *Mudança de contexto* (N=5) e nas trajectórias centradas no self o *Investimento/sucesso académico* (N=3) e o *Fazer coisas novas/ por prazer* (N=4). A *fé* é um factor de recuperação que apenas está presente nas trajectórias relacionais (N=2).

Relativamente à associação dos factores de recuperação a determinado momento da trajectória – antes, durante ou após a recuperação clínica - os resultados apontam para a seguinte distribuição:

Inicialmente, e como vimos no capítulo anterior, os profissionais de saúde e a família parecem ter um papel preponderante. Segundo as ex-pacientes, foi útil que os profissionais de saúde não só adoptassem *atitudes de apoio* como também de *responsabilização*. Algumas chegam a dizer que foi importante nesta fase que os profissionais *não lhes dessem demasiada importância*. Nesta fase inicial também foi importante que os pais *não julgassem, dessem carinho e mostrassem compreensão* perante os problemas das jovens. Várias jovens salientaram a importância das mães *detectarem e encaminharem* para um profissional de saúde, apesar de na altura ter sido contra a sua vontade, bem como o facto de *estarem sempre disponíveis* para elas. Relativamente aos pais, as jovens salientaram o impacto que teve estes *manifestarem directamente os seus afectos* no seu desejo de quererem mudar e a sua função enquanto *tranquilizadores*. O desejo de mudar parece também ter sido favorecido em algumas narrativas pelo *confronto com a morte/outra doença*.

Após este desejo de mudar, durante o processo de recuperação propriamente dito, as jovens destacam a importância dos terapeutas *definirem objectivos, fazerem balanços, monitorizarem o peso e reforçarem os pequenos progressos, dando confiança e simultaneamente responsabilizando*. Se para algumas o *plano alimentar* é uma das chaves do processo, para outras este factor não foi útil para a recuperação. Relativamente às famílias, as jovens destacam a importância de os pais *confiarem, responsabilizarem, darem liberdade*, assim como de *falarem sobre outros assuntos para além da alimentação*. Se para algumas jovens a *ajuda directa na gestão da alimentação* foi importante, para outras foi útil os pais *não pressionarem e flexibilizarem* nas questões relativas às refeições. É ainda de destacar o facto de algumas entrevistadas mostrarem como outra pessoa alheia à trama familiar (professor, pai de amigo) pode conseguir persuadir a jovem a comer, sem esta acção ser interpretada de forma negativa. Nesta fase, as jovens salientam ainda o papel de *apoio e incentivo* e de *aceitação/não julgamento* dos amigos, que lhes permitiu sentirem-se integrados no regresso aos contextos de pares. A *mudança de contexto* é outro factor referido pelas jovens como importante para conseguirem ter comportamentos diferentes. E, finalmente, e não menos importante, as jovens destacam o papel delas próprias, nomeadamente a sua *determinação/motivação*, o facto de *terem outros objectivos*, ou de *investirem/terem sucesso académico*, ou a certa altura “desejarem fazer coisas só por prazer” ou ainda terem decidido mudar a sua relação com os outros, *cedendo ou abrindo-se aos demais*.

No final da recuperação, os terapeutas parecem ter o importante papel de *dar alta* e de *devolver o poder* às jovens abrindo-lhes um mar de possibilidades mostrando-lhes o livre arbítrio. Nesta fase, o namorado parece ter também um papel importante na

medida que promove a *aceitação e valorização* pessoal e *incentiva saídas e actividades de lazer*. A *mudança de contexto* é um meio útil para algumas jovens consolidarem a mudança, tendo oportunidade de recomeçar uma nova vida sem serem conotadas com o problema. Por fim, é nesta fase que, por exemplo, uma “série televisiva” pode ajudar uma jovem a conseguir-se encontrar o seu caminho, despedindo-se do papel de menina para aceitar o de ser mulher.

Como **síntese**, a seguinte figura representa os diferentes factores de recuperação mencionados pelas participantes ao longo da trajectória de recuperação:

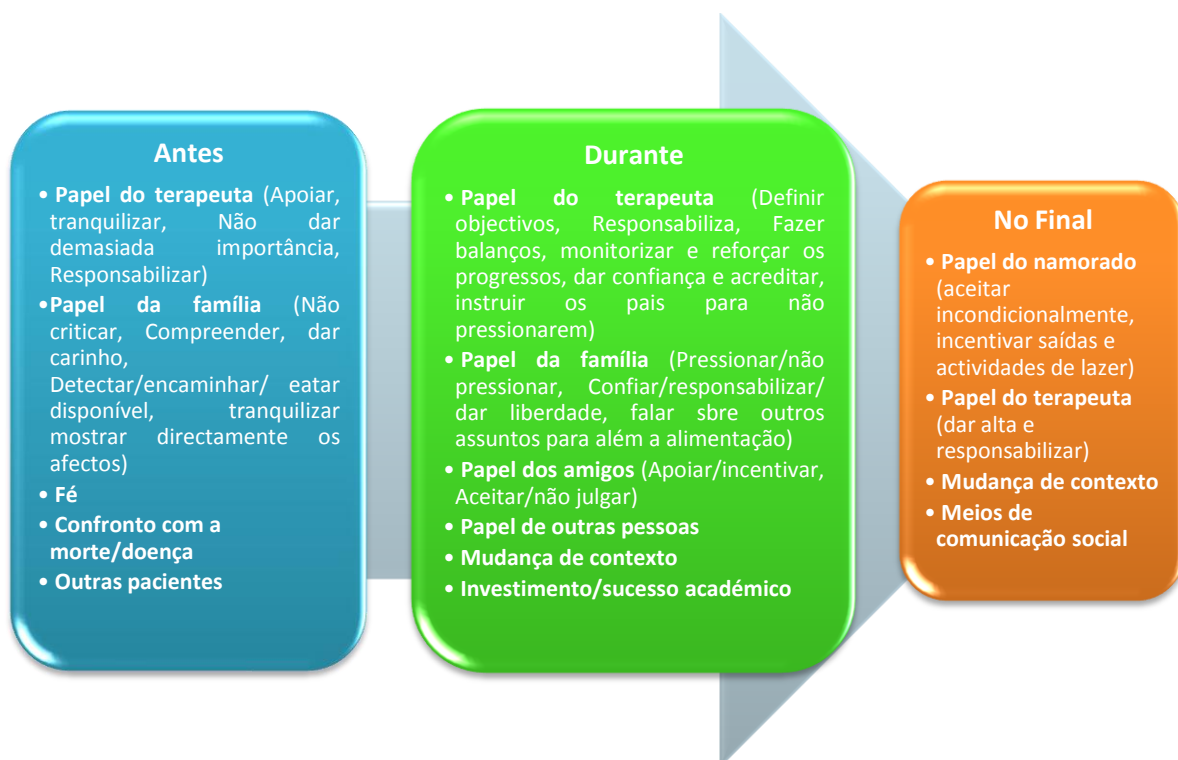


Figura 42. Factores considerados úteis ao longo da trajectória de recuperação

Capítulo III. Resultados do estudo II: A visão dos familiares

Nos anos quarenta, Óscar Lewis, a partir de conversas com cinco elementos de uma pobre família mexicana, cria um novo género de análise e de literatura baseado nas biografias dos membros das famílias. Na sua obra, “Os filhos de Sanchez” (Lewis, 1970), um novo mundo se abre às vozes de pessoas comuns, que falam como enfrentam as adversidades da vida, revelando “uma intensidade de sentimentos e de calor humano, um forte sentido de individualidade, uma capacidade de alegria, uma esperança numa vida melhor, um desejo de compreensão e de amor, uma disposição de partilhar o pouco que possuem e a coragem de andar para a frente embora enfrentando inúmeros problemas por resolver” (p.12).

Imbuída desta vontade, também quis ouvir várias vozes de pessoas comuns, com vivências comuns, pertencentes a uma mesma família, e que viveram e sofreram e ultrapassaram adversidades resultantes da Anorexia Nervosa. Escolhi ouvir várias vozes em simultâneo, conforme Lewis fez num estudo posterior, para assistir aos seus diálogos e negociações, para senti-las como família. Assim o capítulo que se segue apresenta resultados que permitem: 1) perceber de que forma os familiares se envolveram e se envolvem com o fenómeno da Anorexia Nervosa e recuperação; 2) compreender a dinâmica familiar que acompanhou cada trajectória de recuperação anteriormente descrita pelas jovens; 3) captar a dinâmica familiar actual para perceber como estão hoje face ao que lhes sucedeu e como desejariam estar. Para tal, foram entrevistadas 3 famílias de jovens cuja trajectória denominei por “estética”, 3 famílias de jovens cuja trajectória denominei por “relacional”. 3 famílias de jovens cuja trajectória denominei por “centrada no self” e ainda uma família cuja jovem apesar de ter sido sinalizada como recuperada, ainda apresentava critérios clínicos compatíveis com patologia alimentar no *Eating Disorder Inventory (EDI)*. É destas conversações juntamente com os dados obtidos através da aplicação da FACES III, que saíram os resultados que a seguir apresentarei. Procurarei mais uma vez recorrer às palavras destas pessoas comuns, para que falem por si, bem como recontar as suas histórias organizando-as cronologicamente e respeitando a forma como comigo foram partilhadas...

3.1. Envolvimento das famílias no fenómeno da Anorexia Nervosa e Recuperação

Procuro-me sentar num ponto em que pareça aliar-me a todos os elementos, e em nenhum em particular, conforme sugestão de Cecchin (1987), algo nem sempre fácil visto algumas famílias já terem reservado para mim um lugar, no espaço e, quem sabe, na própria conversação. Procuro aculturar-me. Em algumas entrevistas em que fui recebida no lar, aproveito para observar o espaço que porventura foi o de muitas cenas familiares que possivelmente irão evocar. Num ambiente organizado, nem sempre vivencio organização. Procuro primeiro que tudo saber algo sobre os diferentes elementos da família antes de perceber a visão de cada um sobre o fenómeno. Percebo também que nem todos vieram com a mesma vontade, apesar de terem acabado por vir, assistindo logo aí a um jogo de forças tão comum no seio de um sistema familiar, porque efectivamente não existe uma vontade familiar, mas a vontade de cada um dos seus elementos, cuja soma é mais do que a soma das partes. Ouço várias vezes a frase dita por Marcelo Pakman quando conversei com ele sobre a minha investigação, que repetidamente me aparece sussurrada ao ouvido: “A família não fala, não tem uma voz”. Mas teimosamente persigo a voz da família, encarnada nas diferentes vozes dos diferentes elementos e, muitas vezes, numa terceira voz, aquela que se capta da confluência dos discursos, das negociações, das contestações e que assim, por vezes, paira no ar.

E perseguindo estas vozes, após as entrevistas realizadas, questiono-me até que ponto as famílias se sentiram e se descreveram enquanto agentes envolvidos no fenómeno da Anorexia Nervosa e da recuperação. Através desta análise, ouço por vezes vozes de culpa, ora por vezes recaída sobre os familiares, outras vezes ‘sacudida’ para a doença ou até para um fenómeno sobrenatural ou simplesmente sem explicação (ver em anexo 13 extractos exemplificativos da percepção da família relativamente ao seu envolvimento na emergência do problema). Sinto o sofrimento que a doença provocou a todos, parecendo ser unânime que a todos afectou (ver em anexo 14 exemplos ilustrativos do impacto da doença na família). Percebo que alguns sentiram que contribuíram na luta contra a doença, outros sentiram nada poder fazer a não ser ficar à espera de um clique (ver em anexo 15 exemplos de contributos da família para a recuperação). E percebo, no final, o que ganharam ou perderam com a doença/recuperação, mais do que “cabelos brancos”, que tanto podem simbolizar cansaço e desgaste como uma experiência acumulada para enfrentar e relativizar novas situações (ver em anexo 16 excertos que remetem para ganhos e perdas na família pós-recuperação). Dadas estas diferenças de envolvimento das famílias no fenómeno da Anorexia Nervosa e da recuperação, proponho agora um sobre-vo

sobre a dinâmica familiar ao longo das diferentes trajectórias, procurando captar não só a singularidade como os padrões que são transversais às dinâmicas de cada tipo de trajectória anteriormente analisada: estética, relacional e centrada no self. Optarei por apresentar primeiro a dinâmica das famílias das trajectórias relacionais, por terem descrito um maior envolvimento familiar na trajectória do problema à recuperação. Seguidamente apresentarei a dinâmica das famílias das trajectórias estéticas e finalmente das trajectórias centradas no self.

3.2. A dinâmica familiar ao longo das diferentes trajectórias

Ouçó agora, em simultâneo, a Matilde (N2), o seu pai, a sua mãe e o seu irmão, cuja trajectória de recuperação denominei por relacional. Ouçó ainda a família da Ana (N3), cuja trajectória denominei por estética. E ainda a família da Filipa (N20), cuja trajectória denominei por centrada no self. Mergulho ainda no seio de mais sete famílias, no sentido de captar a forma como viveram, ou seja, pensaram e sentiram o problema, desde o seu início até ao momento actual. E vou-me apercebendo também aqui de diferentes narrativas que se constroem na minha presença que passarei agora a descrever, relativamente à forma: 1) como concebem o problema; 2) como relacionam circunstâncias anteriores ao problema com este mesmo; 3) como detectam e reagem ao início do problema; 4) como se movimentam do problema em direcção à recuperação; 5) como funcionam no momento actual. Apresento seguidamente um diálogo possível que poderia estabelecer com cada ex-paciente, acerca da sua dinâmica familiar, a partir do que as próprias famílias me mostraram da sua dinâmica e do que eu consegui observar durante a entrevista, para depois me debruçar nas comunalidades entre estas histórias particulares.

3.2.1. A dinâmica familiar nas trajectórias relacionais

Começo por escutar mais aprofundadamente três diferentes famílias, aquelas cujas jovens mais envolveram os familiares nas suas narrativas individuais de recuperação, a que denominei por trajectórias relacionais. Presto atenção não só ao que dizem mas à forma como co-constroem as suas narrativas e reconstruo-as a partir do que me dizem.

Matilde, ouço primeiro a tua família. Percebo como este fenómeno originou na tua família mais divisão que união. Se a tua mãe procurou desde logo causas familiares, nomeadamente a doença da tua avó ou algo que tivesse feito, o teu pai depressa desistiu de as procurar, afinal

de contas o teu discurso era irracional, e o próprio médico dizia que não havia nada a fazer senão esperar por um clique. A tua restrição alimentar foi acompanhada por um braço de ferro entre ti e a tua mãe (que sempre ocupou na tua casa o lugar da autoridade). Este braço de ferro era visível nas discussões em que nenhuma de vocês parecia disposta a ceder. E foi com esta batalha que foste ficando sozinha. O teu pai não alimentava as conversas contigo e passou a dirigir a preocupação para a tua mãe, antevendo o risco de em vez de uma pessoa passar a ter duas pessoas doentes em casa. O teu irmão deixou de falar contigo, para que a tua mãe não tomasse partido por ele, e com isso as discussões entre ti e a tua mãe se agravassem. Ele chegou inclusivamente a pedir ao teu pai para interromper as discussões entre ti e a tua mãe. Sem contacto com o teu pai e com o teu irmão, só te restava a tua mãe com quem mantinhas o conflito. Sozinha começaste a ter vontade de mudar ainda que tal se afigurasse difícil. Pedias à tua mãe para te abraçar. A tua mãe, admitindo que também tinha alguma responsabilidade, decidiu pedir ajuda externa a um psicólogo para conseguir conversar contigo e aos poucos vocês foram-se aproximando e tu também foste recuperando. Hoje estás muito próxima da tua mãe, afinal sentiste que ela se manteve sempre ao teu lado. Notam as duas diferenças na vossa família actual: já que se respeita mais a opinião de cada um e a tua mãe respeita mais a tua autonomia. Continuas a sentir alguma distância do teu pai. Talvez por isso tenhas ficado tão comovida com a sua presença nesta entrevista familiar. E tanto tu como o teu pai curiosamente parecem desejar mais coesão. A tua mãe que acabou por ceder é, no entanto, quem idealiza com mais flexibilidade para a família. Relativamente ao teu irmão, tens tentado aproximar-te dele, algo que já está a resultar. Agora até já consegues expressar directamente os teus sentimentos, dizendo-lhe como gostas dele.

Ouçote agora Beatriz que, tal como tu, a tua mãe considera que o que te aconteceu foi um avolumar de situações que te fez explodir, relacionadas com atitudes que o teu pai tinha em casa. Esta explosão eclodiu contra o teu pai, aquele a quem tu e a tua mãe sempre se submeteram, tu por medo e a tua mãe por aceitação. Deixaste então de ser uma menina dócil e com a doença começaste a reagir agressivamente com o teu pai. A tua mãe entristecia-se com o que estava a acontecer à vossa relação, mas procurou não tomar partidos. Até que chegou a hora em que parecia impossível viverem os três. E sentiste que para não ficares pior, precisavas de sair tu. Quando regressaste, já que te era muito difícil estares longe da tua mãe, passaste a dirigir a agressividade também para a tua mãe. Talvez esperasses que ela tomasse uma posição face ao teu pai, afinal de contas consideravas que ambas eram vítimas da mesma situação. Hoje estás de relações cortadas com o teu pai, até já fizeste o “funeral” dele. A tua mãe está separada dele, mas não divorciada. Parece que não quer cortar o vínculo com ele, ainda que esteja disposta a cortar com o cordão umbilical estreito que vos uniu, sabendo que tu vais partir para ires à tua vida, o que a deixa feliz. Ainda assim, a vossa união (entre ti e a tua mãe) parece única, pelo menos segundo o teu namorado. Vocês concordam, dizendo que isso tem o outro lado da medalha, já que por vezes as vossas “saídas batem uma na outra e chispam”.

Ouçote agora Susana, que segundo o ponto de vista dos teus pais, após uma bofetada do teu pai, o símbolo de autoridade em casa e um esquecimento da tua mãe, relativamente à tua

comunhão solene, começaste a restringir a alimentação. Inicialmente o teu pai não acreditou mas após ter estado um mês fora verificou o quão magra estavas e pôs-se em acção. Tentou de tudo para fazer com que começassem a comer, incluindo estratégias de manipulação emocional – “a vossa especialidade familiar” segundo ele, mas nada adiantou. Ele hoje pensa que usaste a alimentação como forma de contornar o seu autoritarismo. A tua mãe nunca esteve de acordo com as estratégias que o teu pai usava contigo. Este desacordo colocou a relação dos teus pais em perigo. Após numerosas tentativas por parte do teu pai, perante a sua constatação da impossibilidade de demover-te e do perigo que se aproximava da tua família por tudo estar centrado em ti, o teu pai decide desistir de ti e comunica-te isso. Em risco de ficares só, decides melhorar por ele. E assim se iniciou a tua recuperação. Hoje apesar da distância, já que entretanto os teus irmãos foram estudar para fora, sentem-se todos unidos. Na perspectiva da tua mãe muita coisa mudou. Hoje são mais humildes, já não acham que como pais fazem tudo bem. O teu pai, contudo, acha que são os melhores por terem superado este problema. Ainda assim parece que hoje na vossa família há lugar para pessoas com personalidades distintas, conforme diz o teu irmão.

Terão estas histórias pontos em comum? Olho para elas de forma mais minuciosa e apesar das suas singularidades encontro pontos transversais nos quais irei agora debruçar-me.

3.2.1.1. Conceção dos familiares sobre o problema

No palco, com estas 3 famílias, assisti a diferentes concepções sobre o problema, parecendo co-existir no seio de uma mesma família vozes diferentes, não havendo consenso entre as concepções dos diferentes membros, sendo levantadas diferentes causas hipotéticas para o fenómeno, umas mais de natureza individual, relacionada com factores de personalidade, outras mais de natureza sistémica, relacionada com factores familiares. Alguns elementos conciliam diferentes concepções distintas, encarando-o como um fenómeno múltiplo.

Quadro 103.

Concepção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias relacionais

Excertos da categoria “Concepção sobre o fenómeno pelos familiares”	
Família de N8	<i>Fiquei sensível porque fui também ler, não é? Embora já tenha ouvido falar da doença, não é? E pronto, mas fui ler um bocado e comecei a prestar atenção e o que me chamou, o que eu percebi bem que devia ser a doença foi por os tiques, aqueles truques que elas usam, não é? Que não é só dizer “Eu não quero comer!”, não é? Mãe 8</i>
	<i>Porque, de algum modo, uma doença psiquiátrica uma pessoa fica sempre a pensar que errou qualquer coisa na educação, não é? Que fez alguma coisa mal, não é? Uma doença física bem a gente pode ter deixado, teve facilitado numa pneumonia ou não sei o quê, mas normalmente não temos uma causa, ninguém diz “Fui eu que provoquei essa doença física!”, não é?, agora numa doença psiquiátrica uma pessoa pensa assim “Será que eu nas minhas atitudes que eu tive ou...” Mãe 8</i>
	<i>é um disparate tão grande a anorexia nervosa que não fazia sentido, muito menos na cabeça da Susana, quer dizer sendo o que a Susana é jamais me passaria pela cabeça que ela nunca compreendesse que estava mal, mas não compreendeu ou não quis aceitar ou quis demonstrá-lo, não sei, não faço ideia...a verdade é que não havia</i>

	<i>argumento nenhum que lhe desse a volta à cabeça Pai 8</i>
	<i>o problema da Susana foi um problema de relação consigo própria, portanto ela tinha que se entender consigo própria, queria demonstrar qualquer coisa a ela própria e talvez a nós também, portanto estava um bocadinho fora do nosso controle, porque era uma crise dela não era nossa, evidente que a família também teve um papel no meio disto tudo, para o agravamento eventualmente, para o despoletar provavelmente e também para a cura eventualmente. Pai 8</i>
	<i>Nessa altura eu entendo que o que ela fez foi escolher um mecanismo baseado na alimentação para dizer “eu mando”, quer dizer “se eu quero comer como, se eu não quero não como. Se eu quiser emagrecer eu sou capaz de emagrecer e não há ninguém que me impeça!”. (...) penso que era uma forma de afirmação (...) alguma vontade de contornar o autoritarismo paterno, que é natural, eu também o fiz com o meu pai, com a minha mãe... Pai 8</i>
	<i>era por capricho, era o autoritário, que ela continua a ser um bocado autoritária, mas naquele momento não era de ser autoritária... (...) era dizer “eu é que sei, eu é que sei!”. Irmão 8</i>
	<i>Eu tinha, eu tinha conhecimento do que se estava a passar, aprendi o que era a anorexia nervosa portanto quando eu tinha 10 anos... Irmã 8</i>
	<i>acho que é mais biológico, mas quer dizer, a minha personalidade, como foi dito, é obsessiva, autoritária, assim, acho que isso facilitou o início da doença, mas depois os mecanismos de perpetuação acho que foram mais biológicos do que psicológicos. N8</i>
	<i>em relação ao conflito de autoridade com o meu pai, talvez tenha acontecido, mas não é nada que me pareça preponderante na minha atitude, acho que tem mais a haver com eu tinha baixa auto-estima, pronto achava que tinha que ser perfeita, isso tem a haver com a minha personalidade perfeccionista, obsessiva e parte de ser perfeita tinha a haver com o aspecto físico e para isso era preciso emagrecer, e uma vez começando a emagrecer vicia o emagrecimento. N8</i>
Família de N18	<i>Para mim é muito simples, é, não há um único factor...foram vários factores, portanto acho que foi a nível familiar, porque o que acontecia era que eu desde pequenina pensava que eu tinha que ser perfeita em tudo, tinha que ser a filha perfeita, a aluna perfeita e transpus isso também para o meu próprio corpo, que tinha que ser perfeita em tudo, para o meu pai nunca ter motivos relativamente a mim de prontos de descarregar em mim ou de causar problemas aos outros por minha causa, então eu fui crescendo sempre nessa expectativa de lhe agradar ao máximo, para ele nunca se virar contra mim (...).isto também junto com a minha personalidade, também factores de personalidade, eu própria não sei se, acredito que estas coisas também já nasçam connosco com uma certa probabilidade de...de, por exemplo, eu sempre fui, em criança, depois de ter ficar doente eu relativizei muito as coisas! Mas eu até ficar doente era muito perfeccionista, muito! Então acho que sempre cresci muito com essa exigência, exigia muito de mim própria e sempre atenta, querer agradar aos outros também, o querer agradar o meu pai também</i>
	<i>ainda hoje eu penso que não sei porque é que aconteceu...não sei...não podemos dizer que foi por problemas familiares, talvez tivessem ajudado, pela maneira de ser dela, mais sensível do que qualquer outra pessoa...auto-estima baixa nunca lha notei, achei sempre o contrário, mas pelos vistos tinha, porque os nossos filhos têm sempre uma parte oculta, não me venham dizer que não, que ninguém me diga que não, têm sempre, porque eu depois desse problema ela revelou-me coisas que eu nunca me percebi ... (Mãe 18)</i>
Família de N2	<i>Eu compreender, não compreendo. Isso nem sequer pode ser difícil, porque eu não compreendo. A doença e tudo o que gerava, não consigo compreender. (Irmão 2)</i>
	<i>Bem, pela parte que me toca... hum, não conseguí entender ainda o porquê. (Pai 2)</i>
	<i>Ainda hoje não sei exactamente o que é... (Mãe 2)</i>
	<i>interrogava-me se a culpa não era minha dela estar assim, o que é que eu teria feito para ela estar assim... (Mãe 2)</i>
	<i>Não vou dizer que a minha filha quisesse mal à mãe nem ao pai, mas que realmente que se notava que queria... era mesmo queria irritar-se connosco, não sei se para manter uma posição da maneira dela pensar...não faço a mínima ideia. (Pai 2)</i>
<i>não era pelo facto de emagrecer, porque eu não queria emagrecer, foi aquilo que lhe disse eu não queria emagrecer, foi uma arrelia... N2</i>	

Vejamos o caso da família da Susana (N8). Se a mãe concebe o fenómeno como uma doença, dentro das doenças psiquiátricas, ainda que ‘sistémica’, já que pressupõem que as doenças psiquiátricas são “aquelas onde se procura uma causa na educação”, o pai faz uma leitura da Anorexia Nervosa como uma forma de contornar o seu próprio autoritarismo ou um problema na relação da filha consigo própria e eventualmente

com os outros. Simultaneamente, este pai concebe a Anorexia Nervosa como “uma doença” e como “um disparate”. O irmão adopta uma perspectiva semelhante ao pai, acreditando ter sido uma forma da irmã se impor, a irmã adopta a perspectiva que lhe foi transmitida, de que era uma doença denominada Anorexia Nervosa e a ex-paciente remete para o facto de ser um problema multifactorial, dependente de factores relacionado com a sua personalidade, acabando por degenerar num fenómeno mais biológico.

Na família de N18, a filha atribui o problemas a questões familiares e a características da sua personalidade, nomeadamente o perfeccionismo, que contextualiza em termos da sua dinâmica familiar, enquanto a mãe enfatiza traços da sua personalidade, como a baixa-estima, desmentindo e simultaneamente colocando a hipótese dos factores familiares terem desempenhado um papel na formação do sintoma.

Na família de N2, parece não haver consenso entre os diferentes elementos relativamente à definição do fenómeno, havendo uma definição não linear por parte de alguns elementos, ou seja, definições que comportam diferentes visões, algumas dificilmente conciliáveis, sobre o mesmo fenómeno, podendo em simultâneo ele ser uma doença, algo inexplicável e algo para o qual podem ter contribuído. Nesta família todos os elementos à excepção da ex-paciente salientam o carácter inexplicável do fenómeno. Alguns colocam também a hipótese deste fenómeno ter uma vertente relacional, nomeadamente a mãe, o pai e a própria ex-paciente, ainda que esta última na entrevista familiar não explicita a sua concepção da forma como o fez na entrevista individual, limitando-se a explicar que se tratou de uma arrelia, omitindo a génese, o alvo e a forma de perpetuação desta sua arrelia.

Está assim presente nestas narrativas alguma culpabilização dos diferentes elementos sobre o fenómeno, como vimos anteriormente em alguns extractos apresentados (Ex. *interrogava-me se a culpa não era minha dela estar assim, o que é que eu teria feito para ela estar assim...*), ainda que não se verifique por parte de todos os elementos, como o caso do pai (de N2), por exemplo, que adopta preferencialmente uma concepção médica do fenómeno, aderindo de forma fraca a uma hipótese relacional para o fenómeno, impedindo a sua culpabilização/responsabilização pelo fenómeno:

[Pai 2] *Na parte da minha filha também medi é que, também com a colaboração do Dr. X., é que o processo não é fácil, não era fácil porque, assim como tinha vindo a anorexia, a anorexia iria embora através de um clique, foi mesmo o termo...um clique., resolve o problema. Ora, sendo assim tão directa uma informação, para nós...nada podemos fazer para que esse clique venha ou não venha, porque o próprio médico também não o consegue, não consegue encontrar a altura para activar esse clique. Ora...simplificou, então, um bocado a nossa situação.*

Em suma, as hipóteses sistémicas em torno do fenómeno estão presentes em todas as narrativas das famílias que acompanharam trajectórias relacionais, ainda que nem

todos os elementos destas famílias as adoptem. Há portanto nestas famílias uma procura de causas que não se encerram na definição médica de Anorexia Nervosa como uma doença e que vão conjugar factores biológicos com factores sociais e familiares, ainda que no seio da mesma famílias haja uma pluralidade de concepções, não havendo uma voz da família, mas diferentes vozes.

3.2.1.2. Circunstâncias anteriores ao problema

Em todas as narrativas construídas no seio destas famílias houve a identificação de circunstâncias familiares que antecederam o problema e que, na perspectiva de alguns elementos, podem ter desencadeado o início da restrição alimentar, como evidenciam os seguintes excertos:

Quadro 104.

Circunstâncias familiares anteriores ao problema, referidas pelos familiares nas trajectórias relacionais

Excertos da categoria “Circunstâncias familiares anteriores ao problema”	
Doença da avó	<i>a partir daí comecei a notar a Matilde com um comportamento diferente. No princípio pensava que era pelo falecimento da avó, porque eles viveram sempre com a avó, porque a minha mãe sempre viveu comigo. De modo que pressupus que era isso e a doença dela foi complicada...ela tinha um feitiço muito complicado, pronto... de modo que eu comecei a aperceber-me disso... (Mãe 2)</i>
Falta de tempo da mãe	<i>a primeira vez que eu vi que ela comeu muito pouco foi, por acaso, numa festa da Profissão de Fé dela e que eu tinha ido aos Açores, fazer lá um trabalho a uma amiga, a uma colega, e tinha chegado na véspera e cheguei na véspera não deu tempo de fazer nada, não pude fazer festa nenhuma e fomos a um restaurante e foi a primeira vez que eu vi, que eu notei que ela tinha comido muito pouco e eu disse “ela está chateada porque eu não fiquei cá”, pensei eu, a primeira coisa que eu pensei, portanto nesse dia não me apercebi, não é? E disse “se calhar ela está chateada comigo” (Mãe 8)</i>
Bofetada do pai	<i>eu lembro-me de um episódio que eu penso que pode ter ajudado, porque eu não me lembro de antes me preocupar sequer com o emagrecimento da Susana e foi a única vez em que eu dei uma bofetada na Susana, que me zanguei por qualquer coisa que ela tinha feito e que lhe bati, lembro-me perfeitamente do sítio, lembro-me do episódio, não me lembro da razão, mas lembro-me do que fiz e que me arrependi até certo ponto depois de lhe ter batido. E lembro-me que antes não havia problema nenhum com ela e algum tempo depois começa a R. a andar-me à volta a dizer que “A Susana estava mais magra, a Susana estava mais magra!” (...) A Susana tem uma personalidade que eu entendo que é muito semelhante à minha, ou seja, ela é autoritária, é muito racional, é disciplinada, obsessiva como eu de resto, portanto houve aqui a determinada altura eu penso que houve um choque de personalidades entre mim e a Susana, todos nós temos uma maneira de resolver a nossa relação com os outros, a maneira que a Susana teve de resolver o seu relacionamento comigo provavelmente foi pelo facto de mandava nela e eu mando em mim e não mando nela, portanto ela tinha que resolver essa questão porque provavelmente não aceitou (Pai 8)</i>
Atitudes do pai	<i>Aqui em casa problemas, o meu marido era divorciado, tinha dois filhos, e é assim aquelas duas famílias, aqueles confrontos, os outros filhos com esta filha, não é que ele gostasse menos desta do que dos outros, acho que não, de maneira alguma e ela sabe bem disso, mas tivemos sempre muitos problemas...porque, eu costume dizer que nós, as segundas mulheres, somos sempre as outras, a primeira e os primeiros é que são...com medo de se perder, com medo que, que...neste caso, que o pai da B. tinha de perder os irmãos, porque eles ameaçavam, (...) manipulavam...e ele talvez não tinha, nunca teve uma personalidade forte, nunca teve uma atitude que eu acho que todos os pais devem ter, de dizer assim “Vocês são os meus filhos, eu gosto muito de vocês, mas eu tenho uma nova família, de quem eu também gosto, a minha mulher e a minha filha” (...) vou-lhe só dar um exemplo eles têm neste momento 40 e</i>

42 anos, quando eles tinham os seus 30 e tal anos, o pai tinha 50 e tal, já não era altura de ele os acompanhar na noite e eles convidavam o pai para ir com eles para a discoteca, para o Porto, para aqui para ali. Porque eles sabiam que eu ficava em casa sozinha e que depois ia haver chatices e a intenção deles era essa. Pronto, era assim. M18

No caso da família de N2, a mãe colocou a hipótese do comportamento da filha ter sido motivado pela doença e morte da avó, na família de N8, ambos os pais estabeleceram relações entre um determinado comportamento que tiveram (Ex. uma bofetada) e que desagradou a filha e o início da restrição alimentar da filha, na família de N18, mãe e filha descrevem como antecedente fundamental do início da restrição alimentar, o acumular de situações com o pai e a sua primeira família e o início da restrição alimentar como uma explosão perante todos estes problema.

3.2.1.3. Reacção inicial ao problema

Nestas três famílias, foi a mãe a primeira a notar, apercebendo-se de uma mudança de personalidade, para além da mudança ao nível da restrição alimentar.

Quadro 105.

Primeira pessoa a notar o problema nas trajectórias relacionais

Excertos da categoria “Reacção inicial ao problema”, sub-categoria “Primeira pessoa a notar”.
<i>foi a primeira a aperceber-se que alguma coisa se estava a passar de errado? M2 – Sim. Sim</i>
<i>Questionava, mas só que também na altura, pronto eu comecei a notar, não sei se foi logo no início, não é? Porque a gente não sabe, mas eu comecei logo a notar em Maio, portanto desde Maio até Outubro, foi convencer um bocado a família de que havia mesmo uma doença. (Mãe 8)</i>
<i>depois também foi uma mudança da personalidade, começou a ficar muito mais triste, não é? Começou a ser uma criança muito mais triste. (Mãe 8)</i>
<i>talvez e mais e ao mesmo tempo também mais exigente, às vezes, não é? Assim, algumas coisas também pronto, mas sobretudo mais triste, isolar-se um bocadinho mais, embora a Susana sempre gostasse de ir para o quarto, ir ler, fazer isto, mas cada vez parecia que estava... Se calhar, eu parecia-me que era comigo... (risos). Mas, não sei se era com todos, mas parecia-me que estava assim um bocado mais exigente comigo. (Mãe 8)</i>
<i>Quer dizer, ela era uma belíssima aluna e tinha interesse por tudo, tinha interesse por matemática, por português, por tudo... e depois começa a não ter interesse por nada, não é? Não tinha interesse por isto, não tinha interesse por aquele outro, as aulas ficava muito quietinha, participava tanto até ali, depois deixou de participar, tudo assim, não é? (Mãe 8)</i>
<i>Foi de repente, embora eu soube depois por uma pessoa que esteve aqui com ela, um mês antes, que ela já estava a cortar... E – Foi a primeira coisa que notou de diferente? Em termos dessa sua, dessa explosão como a descreveu... M18 – Foi, foi... quando ela começou a deixar de comer e a emagrecer eu nem sonhei com a anorexia, porque eu nem sabia quase que existia! entretanto ela começa a ficar muito agressiva, essencialmente com o pai, muito agressiva, muito agressiva! E comigo também e comigo também, muito... (Mãe 18)</i>

Há referência nestas família a um elemento da díade parental dominante em termos de autoridade (Ex. *Fui eu... que sou a autoritária em casa. (risos) É...sou...eu e o meu*

autoritarismo (Mãe 2)), a quem a P.I. sempre obedeceu e com quem a certa altura inicia um movimento de oposição, directo ou indirecto.

Quadro 106.

Reacção inicial ao problema nas trajectórias relacionais: Oposição da P.I. em relação à mãe/pai

<p>Excertos da categoria “Reacção inicial ao problema”, sub-categoria “Movimento de oposição da PI em relação à mãe/pai</p>
<p><i>constante pressão que a filha fazia com a mãe, digamos, estava sempre a questionar a mãe, e questionava de uma maneira muito simples, começava conversas normalíssimas, de uma maneira extraordinariamente afável, muito bem, mas eu estava presente e verificava que rapidamente essa afabilidade passava por um bocado de agressividade e terminava de uma maneira perfeitamente aberrante, aberrante, numa discórdia total, em que eu tinha ou queria, em determinadas alturas, que não chegasse até ao limite, porque o limite terminava com a minha mulher em desespero total, completamente total, que eu compreendia porque era inacreditável o que a filha lhe estava a dizer. (Pai 2 referindo-se ao movimento de oposição entre a filha e a mãe)</i></p>
<p><i>A N8 tem uma personalidade que eu entendo que é muito semelhante à minha, ou seja, ela é autoritária (...) Nessa altura eu entendo que o que ela fez foi escolher um mecanismo baseado na alimentação para dizer “eu mando”, quer dizer “se eu quero comer como, se eu não quero não como. Se eu quiser emagrecer eu sou capaz de emagrecer e não há ninguém que me impeça!”. (Pai 8)</i></p>
<p><i>entretanto ela começa a ficar muito agressiva, essencialmente com o pai, muito agressiva, muito agressiva! (Mãe 18 referindo-se à filha)</i></p>
<p><i>daí eu ter dito à bocado que foi uma mistura de emoções, nomeadamente a raiva. E donde é que vinha a raiva? Do facto de ter sido eu que sempre fui, que me considero uma filha exemplar a ter de dar mil voltas à minha vida, numa idade tão precoce ainda, não é? Para conseguir lidar com isto, por causa de um pai assim! Não devia ser eu a ser castigada! Eu sentia que estava eu a ser castigada e devia ser ele e então tinha aquela raiva toda ainda por resolver, que depois foi... (N18)</i></p>

Este braço de ferro vai-se avolumando. Este elemento da díade parental em algum momento culpabiliza-se ou é culpabilizado pelos restantes elementos relativamente a este braço de ferro.

Quadro 107.

Reacção inicial ao problema nas trajectórias relacionais: Culpabilização/responsabilização

<p>Excertos da categoria “Reacção inicial ao problema”, sub-categoria “Culpabilização/responsabilização”</p>
<p><i>A minha mulher, embora eu lhe dissesse, isso também é uma verdade, eu dizia-lhe “Tu és culpada também dessa situação, porque não deverias deixar a discussão chegar a esse ponto” (Pai 2)</i></p>
<p><i>depois culpabilizava-me das várias situações, interrogava-me se a culpa não era minha dela estar assim, o que é que eu teria feito para ela estar assim...quer dizer, cheguei a uma altura, realmente... (Mãe 2)</i></p>
<p><i>mas houve sempre por parte de qualquer um deles, penso eu, alguma vontade de contornar o autoritarismo paterno, que é natural, eu também o fiz com o meu pai, com a minha mãe... (Pai 8)</i></p>
<p><i>foi o facto de eu oportunamente ter desistido, penso eu, de impor a minha vontade e de tentar perceber, portanto dei a vitória à Susana, que era aquilo que ela queria (Pai 8)</i></p>
<p><i>Por problemas que passamos as duas, quer como esposa do meu marido, quer, ela como filha do pai dela...pronto, não vale a pena estar a decifrar que foi problemas que existiram, que muitas famílias também têm, mas que ultrapassaram, há miúdos que até ultrapassam, eu vejo pessoas com, pessoas, famílias que têm problemas com os filhos, os filhos com os pais e os miúdos no dia seguinte parece que está tudo bem, não está, está lá dentro, não é? Mas eles lá vão avançando na vida, não é? Pronto, a N18 não! Recolheu tudo e explodiu. (Mãe 18)</i></p>

3.2.1.4. Dinâmica familiar do problema à recuperação

Quando se escuta atentamente as histórias destas famílias fica no ar a sensação que num determinado momento parece não haver espaço para todos os elementos. A dinâmica familiar conforme é descrita pela própria família comporta um jogo complexo de alianças e coligações, em que a certa altura o denominado paciente identificado fica isolado do resto do sistema ou em risco de ficar sozinho. Só após esta movimentação do sistema é que se inicia a recuperação, que comporta novamente um jogo de aproximações entre alguns dos elementos da família, podendo no entanto também comportar rupturas/distanciamentos relacionais.

Vejamos a família de N2. Percebemos que do ponto de vista dos pais, antes do problema não havia lugar para conflitos, ainda que houvesse desde sempre uma dominância materna.

[Pai 2] até chegar esta doença da minha filha em minha casa praticamente posso dizer que nunca houve discussões, quer dizer, eu com a minha mulher praticamente nunca tive discussões, qualquer desentendimento era resolvido imediatamente, nem era extrapolado para outras coisas, não havia nada...a minha casa era uma casa calma e uma das situações que eu dizia à minha filha era que ela nunca tinha ouvido os pais a discutir e então porque é que ela discutia com a mãe?

[Mãe2] sou a autoritária em casa. (risos) É...sou...eu e o meu autoritarismo.

Através de um episódio narrado pela mãe, apercebemo-nos da existência de duas relações privilegiadas antes da doença, entre o pai e a filha e entre a mãe e o filho, havendo inclusivamente nesta relação mãe-filho sintomas de ansiedade de separação.

[Mãe 2] Uma outra grande preocupação era do meu filho, porque a N. estava muito ligada quer ao pai, quer aos avós. E, portanto, tinha sempre alguém que a entendia e que a apoiava e que a amparava. O Z., hum, desde miúdo, sem eu...pelo menos que eu saiba conscientemente, pelo menos que eu tenha feito alguma coisa, tinha uma ligação muito forte comigo. De tal forma que quando foi para o infantário parou o crescimento.

Com o aparecimento do sintoma, os conflitos começam a surgir entre a mãe e a filha, gerando-se uma espécie de braço de ferro, em que as duas tinham de ficar com a razão. Pai alerta a mulher para a sua responsabilidade nestas discussões. Estes conflitos acabam por se alastram para o pai e para o irmão, acabando o pai e o irmão por usar uma estratégia diferente da mãe, procurando evitar as discussões com a P.I. (o irmão deixa de falar com a irmã, o pai acaba as conversas antes delas se transformarem em conflito).

[Pai 2] ... constante pressão que a filha fazia com a mãe, digamos, estava sempre a questionar a mãe, e questionava de uma maneira muito simples, começava conversas normalíssimas, de uma maneira extraordinariamente afável, muito bem, mas eu estava presente e verificava que rapidamente essa afabilidade passava por um bocado de agressividade e terminava de uma maneira perfeitamente aberrante, aberrante, numa discórdia total, em que eu tinha ou queria, em determinadas alturas, que não chegasse até ao limite, porque o limite terminava com a minha mulher em desespero total, completamente total, que eu compreendia porque era inacreditável o que a filha lhe estava a dizer.

[N2] Acabávamos sempre, geralmente era assim, podíamos querer dizer a mesma coisa, mas uma dizia de uma maneira, a outra dizia de outra, as duas tinham que estar com a mesma razão e nunca...saíamos sempre mal.N2

[Pai2] A minha mulher é que não. A minha mulher, embora eu lhe dissesse, isso também é uma verdade, eu dizia-lhe “Tu és culpada também dessa situação, porque não deverias deixar a discussão chegar a esse ponto”, mas a minha mulher dizia “Mas eu nem estava a discutir, a conversa era normal” “mas tu já tens experiência, já sabes que começa assim, mas sabes como vai terminar, pois com essa tua experiência, chegando ao meio, digamos assim, tu cortas, cessas a conversa e não adiantas”. (Pai)

[Pai2] Ia até a um determinado limite e quando via que, digamos, já era um abuso, já considerava um abuso a maneira como se falava para querer discutir as situações, eu mesmo dizia “Fica com a tua N2, não vale a pena”, virava costas e ia-me embora.

[Irmão2] Eu cheguei a uma altura em que deixei de falar com a minha irmã porque era a única solução. Era a única solução, porque com o meu pai não dava, porque ele não lhe dava troco, não lhe dizia nada. Comigo ainda ia fazendo algumas coisas que se eu respondesse, porque não tenho o feitio do meu pai, se eu respondesse ia também começar uma discussão, que depois vinha a minha mãe e metia-se e vinha para lá e...era sempre assim. Eu também não podia ajudar à discussão, porque se ajudasse não era boa coisa. Cheguei a uma altura que cortei completamente, não falava, não arranjava problemas, eu não fazia para não arranjar problemas também e era assim, era a única solução. E depois como já só tinha a minha mãe que lhe respondia...

A certa altura pai e irmão centram a sua preocupação na mãe/mulher, para que outro elemento não fique doente. A pedido do filho, o pai passa a servir de mediador entre mãe e filha.

[Irmão 2] Presenciei várias, presenciei várias mesmo. Mas...Às vezes intervinha, para se virar para mim e deixar a minha mãe de parte, porque acho que também a minha mãe aguentava muito, outras vezes era como o meu pai estava a dizer, ia falar com ele, para ver se o meu pai interrompia aquilo. Nem eu...nem eu me achava no direito de interromper, porque...também não era da minha parte, mas o meu pai sendo o meu pai já podia, porque é outra figura na família, não é um irmão. E pedia-lhe e o meu pai ia lá, ah...porque não percebia como é que conseguia chegar onde chegava e...

[Irmão 2] Eu fiz opções, escolhi ajudar a minha mãe, porque acho que era o mais importante naquela altura. E sempre que podia fazia alguma coisa para parar com isso e aquilo...as pessoas não iam a lado nenhum, por isso ou era a minha mãe que acabava, ou era o meu pai que chegava lá e acabava, ou era eu que acabava, porque senão não dava para parar. Não dava. E era aí...

Até que o filho pede à mãe para reagir de outra forma com a irmã e não alimentar as discussões e a mãe decide pedir ajuda externa para conversar com a filha.

[Mãe 2] E nesse último período, a certa altura, resolvi também ir a um psicólogo para me ajudar, porque eu não conseguia estabelecer conversação com a minha filha...Comecei também a ver que não era só ela que estava a ser afectada com o meu comportamento, o rapaz também estava e tinha razão no que me dizia e nas chamadas de atenção que fazia... (...) Às vezes...sim....Ó, mãe não liguês. Ó, mãe não faças assim. Tu dás-lhe grande conversa e depois acabam sempre a discutir e não sei quê. Ó, mãe e ta ta ta...” Pronto. E eu reconhecia que ele tinha razão e que também tinha que olhar por ele, não é? Quer dizer, no fundo, ela era minha filha mas ele também era meu filho. Claro que eu achei realmente que o meu comportamento estava muito mal e que não era capaz, eu sozinha, então fui para um psicólogo.

Nesta fase de tensão decrescente e início da recuperação, o filho acaba por sair de casa por motivos profissionais, temendo ainda as consequências do seu afastamento.

[Irmão 2] eu lembro-me de que quando ia ficar às vezes fora, lembro-me da minha preocupação em sair de casa e deixar os meus pais sozinhos em casa com a minha irmã. Lembro-me que andava mesmo preocupado.

Com o início da recuperação, a ligação entre mãe e filha estreita-se. Começam a comunicar melhor e a mãe torna-se mais flexível, respeitando mais a autonomia da filha.

[Mãe 2] Pronto, comecei a reagir de um modo diferente e a dar-lhe mais autonomia, sem dúvida que sim e ela fazia qualquer coisa e eu não gostava, e eu dizia “pronto, acabou com ela, F., não tens nada que te meter”. (...) Acho que posso dizer isso, a diferença foi acabar as discussões.

Actualmente, a filha continua a não sentir a proximidade do pai em relação a si, comovendo-se no entanto com a sua presença na entrevista familiar. Sente-se mais próxima que nunca da mãe e procura lentamente aproximar-se do irmão, a quem já demonstra directamente os sentimentos.

[N2 referindo-se ao Irmão] Por exemplo, eu digo à minha mãe “Eu adoro-o!”. E se calhar nunca lhe transmiti que gostava tanto dele, nunca... (emociona-se) O meu problema é dizer às pessoas o que tanto gosto delas. Por exemplo, eu tinha...eu tenho vergonha de dizer ao meu irmão...No outro dia disse que o adorava... (voz emocionada, a chorar) mas tinha vergonha de o dizer... (N2 referindo-se ao irmão)

[N2] Com o meu pai nunca tive assim muita comunicação, nunca nos entendemos.

[Mãe2 referindo-se ao filho] houve uma altura que ele disse “Não falo” e não falava, quer dizer, acabou e não falava mesmo! E eu não estava de acordo... “Acabou, mãe, e eu não quero discussão!” E agora não, está a voltar a falar com a irmã. As coisas estão a voltar...

A figura que segue representa graficamente as movimentações familiares ao longo da trajectória.

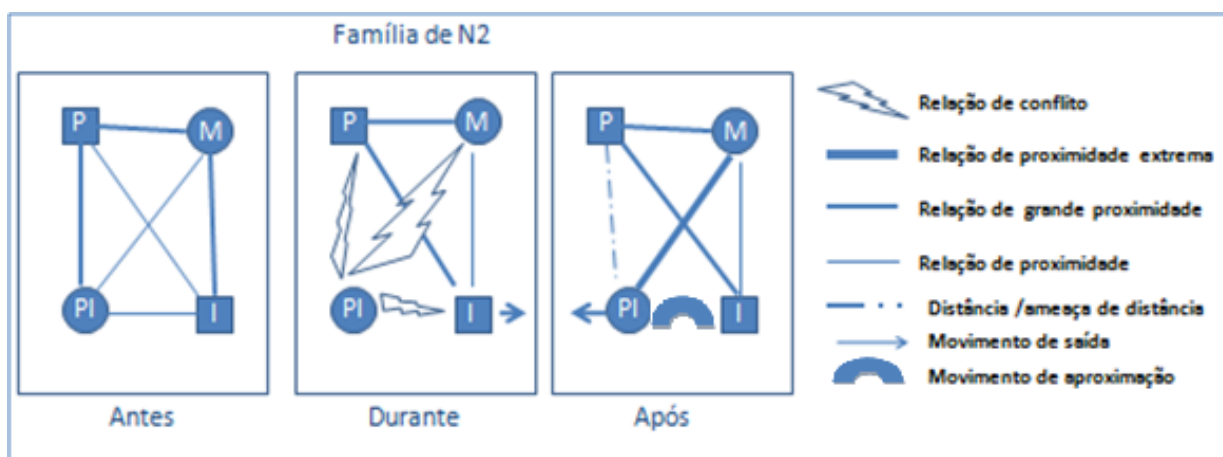


Figura 43. Dinâmica da família de N2 antes, durante e após o problema

Como o diagrama representa, as movimentações familiares durante o problema comportam um conjunto de alianças e de conflitos que colocam a PI em risco de ficar só. Após a recuperação há um fortalecimento da relação da PI com a mãe, uma aproximação da PI do irmão e uma ligação ainda fraca entre pai e filha, que antes do problema era descrita pela mãe como uma relação preferencial.

Vejam agora a família de N8. Antes do início do problema, o pai é descrito como alguém muito ocupado profissionalmente, sendo a mãe que se ocupa mais das questões familiares, apesar da sua carreira profissional. Em termos de liderança, parece haver uma dominância paterna. É feita ainda referência pelos filhos a alguns conflitos conjugais, ainda que se fique por perceber a sua frequência ou dimensão.

[Irmão 8] Quando nós nascemos as condições era mesmo, o nosso pai fazia muitas urgências, estava pouco tempo em casa e quando estava, estava extremamente cansado e a nossa mãe estava todos os dias, por isso fica assim um bocado diferente.

N8 – Mas cansada.

Io8 – Mas os momentos com...cansada também todos os dias sim, mas estava todos os dias, os momentos que estávamos com o nosso pai eram mais intensos, portanto estava cansado e quando entrava as coisas queria resolvê-las no momento, também não tinha muito tempo.

[Pai 8] eu não aceito as coisas facilmente da maneira que me as põem à frente, eu tenho que as perceber, se eu não as percebo temos o caldo entornado porque há discussões todos os dias até eu perceber ou até um de nós desistir .

[Pai 8] A N8 tem uma personalidade que eu entendo que é muito semelhante à minha, ou seja, ela é autoritária

Inicialmente, é a mãe a primeira a sentir maior agressividade por parte da P.I. Contudo, na perspectiva do pai, esta filha procura, acima de tudo, contornar o seu autoritarismo.

[N8] E os meus pais acho que estavam a discutir em baixo, o meu pai devia de ter acabado de chegar a casa, a minha mãe estava na cozinha e estavam a discutir no andar de baixo. ... e que simultaneamente que os meus pais tinham complicações e que nem sempre podiam ser os pais perfeitos e estarem mal (N8)

[Mãe 8] Mas, não sei se era com todos, mas parecia-me que estava assim um bocado mais exigente comigo.

[Pai 8] Nessa altura eu entendo que o que ela fez foi escolher um mecanismo baseado na alimentação para dizer “eu mando”, quer dizer “se eu quero comer como, se eu não quero não como. Se eu quiser emagrecer eu sou capaz de emagrecer e não há ninguém que me impeça!”.

[Pai 8] um deles foi este em que eu dei uma bofetada à Susana, penso que nunca chegou a haver porque, apesar de tudo, os meus filhos são um bocado educados e acham que pronto não é para enfrentar os pais, não é para gritar com os pais, não é para faltar ao respeito aos pais e, nesse aspecto, nunca houve digamos uma verdadeira confrontação, mas houve sempre por parte de qualquer um deles, penso eu, alguma vontade de contornar o autoritarismo paterno, que é natural, eu também o fiz com o meu pai, com a minha mãe... A maneira que a Susana arranjou de contornar isso foi demonstrar a si própria que não estava, havia coisas que ela podia controlar sem o consentimento do pai ou da mãe, essencialmente do pai.

Pai e mãe entram em desacordo no que toca a estratégias. Mãe procura dar espaço e respeitar a vontade da filha, pai decide mobilizar todas as estratégias possíveis para que a filha volte a comer. Perante o insucesso destas suas tentativas e da grande centração na filha, deixando o resto da família de parte, o pai decide desistir da PI para se dedicar à restante família, ficando a P.I. em risco de ficar só.

[Mãe 8] Pronto eu tentava dizer assim “oh Susana tu queres fazer uma, tu não queres engordar, não é? Portanto a gente vai fazer uma dieta equilibrada, vamos, não comes tanto disto, não comes tanto daquilo, não comes doces...” Pronto tentava fazer eu esta coisa, o meu marido acho que tentava era pegava e ia buscá-la ao colégio, ia almoçar com ela para ver se ela comia com ele, pronto fazia assim uma coisa diferente,

[Mãe 8] mas na altura isso podia ser um perigo para a família, porque houve uma fase em que eu não concordava nada com o que ele fazia, nem ele concordava com o que eu fazia... (Mãe)

[Pai 8] a determinada altura eu disse, “Bom” mais uma vez pela lógica, “Se eu não consigo fazer nada, se isto continua tudo na mesma, não é o primeiro filho que morre, já houve outros filhos que morreram, portanto não vou dar cabo da família”, eu tinha percebido que a família que estava, sobretudo a L. e eles não, não, eles agora não se queixam, mas eu penso que, na altura, tenho uma vaga ideia, vaga ideia? Nem é tão vaga! Lembro-me de estar à mesa e eles sofrerem muito com a atenção que nós dedicávamos à Susana e eles terem os seus problemas naturalmente e não lhe darmos a oportunidade de falar, o F. sempre se sentiu mal à mesa, levantava-se...

[Pai 8] Eu disse assim “Eu vou perder tudo, vou perder a família e vou perder a Susana” e eu disse “Não, eu tenho é que salvar a família, tenho que abandonar a Susana, tenho que deixar a Susana ir, porque eu não consigo segurá-la de maneira nenhuma, não há lógica, não há razão nenhuma nisto, portanto vou largá-la, vou largá-la!”.

Eis quando a P.I. decide iniciar a recuperação. Com a ajuda da mãe que a incentiva e acompanha em diferentes actividades de lazer e do pai que igualmente participa nestas, a P.I. vai melhorando.

[N8] o meu pai desistiu, eu lembro-me da altura em que ele desistiu e da conversa que teve comigo e acho que já lhe contei também e acho que foi aí que eu comecei a comer, não por mim, mas pelo meu pai, por ver que ele e a minha mãe estavam a sofrer muito, então eu até dizia “Pronto, vou fazer este esforço apesar de me custar para eles não ficarem assim”.

[Mãe 8] Eu acho da minha actividade talvez o que tenha sido mais útil foi mesmo tentar incentivar as coisas todas que encontrava que ela tivesse ainda minimamente interesse. (...) Eu acho que foi mais isso. Pronto é o que eu sinto que, pronto por portas travessas, por portas travessas a gente fazia qualquer coisa, não é? Assim que se notava qualquer coisita fazia-se. Uma vez fomos às 4 da manhã para Setúbal ver golfinhos, pronto era para ir ver golfinhos saímos às 4 da manhã para ir ver golfinhos lá fomos. (...) Ela queria ir ver, eles não queriam ir, este estava para Bordéus e eles ficaram os dois sozinhos, já não sei como é que foi...Nós e nós lá fomos, era um fim-de-semana, lá se combinou.

Actualmente, apesar da distância física entre os elementos, já que apenas a PI vive com os pais, pois o irmão e a irmã estudam fora, sentem-se hoje mais unidos. Também a relação de casal saiu fortalecida bem como os jantares de família, onde parece haver lugar para “personalidades distintas” (Irmão 8).

[Pai 8] Entre nós, comigo e com a L., por exemplo, penso que o nosso casamento reforçou tremendamente o nosso casamento temos vivido esta dificuldade, como de resto outras dificuldades que nós vivemos só foi bom para o nosso casamento...Deixa-nos mais unidos, deixa-nos mais cúmplices...

Vejamos então a representação gráfica destas movimentações:

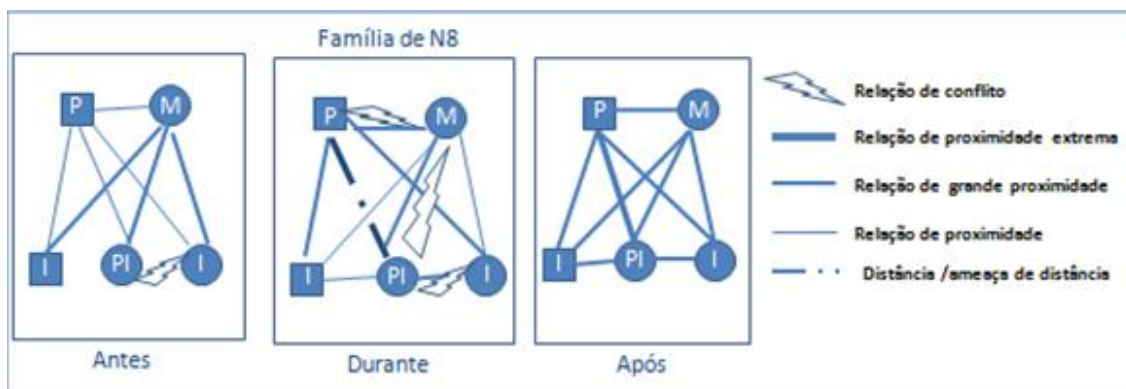


Figura 44. Dinâmica da família de N8 antes, durante e após o problema

Como a figura ilustra, as movimentações durante o problema comportam um conjunto de conflitos entre pai e mãe, entre filha e mãe e entre mãe e irmã, até ao momento em que o pai decide deixar investir na relação com a PI, iniciando-se após este movimento a sua recuperação, voltado todos os elementos a estar próximos uns dos outros. A relação conjugal sai fortalecida com este processo.

E, finalmente, a família de N18. Se inicialmente o foco de tensão residia no casal, derivado de questões relacionadas com a primeira família deste pai, este foco manteve-se sempre relativamente encoberto. A mãe de N18 nunca se insurgiu contra o marido, aceitando-o tal como ele era e a filha sempre procurou ser uma filha perfeita para agradar o pai, conseguindo assim neutralizar os conflitos. Antes do problema, esta família descreve também uma relação de grande proximidade entre mãe e filha.

[N18] desde os meus 5 anos que eu tenho essa noção de que, de querer sempre ser, como me fui apercebendo das coisas, dos meus irmãos, do meu pai, como é que aqui era em casa, fui-me apercebendo desde sempre que e prontos e incuti isso também, porque desde pequenina pensava que isso era a solução, que eu tinha que ser perfeita em tudo, tinha que ser a filha perfeita, a aluna perfeita e transpus isso também para o meu próprio corpo, que tinha que ser perfeita em tudo, para o meu pai nunca ter motivos relativamente a mim de prontos de descarregar em mim ou de causar problemas aos outros por minha causa, então eu fui crescendo sempre nessa expectativa de lhe agradar ao máximo, para ele nunca se virar contra mim, então fui crescendo mesmo com isso, portanto e como fui crescendo com frustrações, porque fui vendo que essas tentativas eram muitas vezes...

[Mãe 18] Acho que com o pai era essencialmente porque ele tinha muitos problemas com os irmãos que nos afectavam, então ela acho que tentava colmatar, ser muito boa para, para o compensar e para ele não ser tão...para não nos castigar tanto, para que os problemas não caíssem tanto em cima...eu acho que com o pai era diferente, essa exigência, ser boa. (...) Era para que ele...é muito difícil explicar, só quem viveu aqui. Ele teve muitos problemas com os filhos, muitos, muitos, muitos, muitos...nunca se meteram em drogas, são educados, mas...muitos problemas, eu recorde-me quando um deles telefonou ao pai, alguém lhe telefonou a dizer... (N18 – Sim, porque ele descarregava as preocupações e as frustrações aqui.)

[Mãe 18] Está a perceber? Para que ele...mas é assim, era uma compensação que dava a volta que era para ele...não sei se era, se ela tinha pena dele por ele ter tantos problemas ou se era porque ele vinha, porque, por exemplo, ele chegava do banco e, às vezes, chegava aqui e...Era medo, porque ele vinha mal disposto, porque tinha tido problemas.

[Mãe 18] Eu achei sempre, sempre pensei que a minha filha, sempre fiz tudo para ela ser feliz e eu achava que ela era feliz, que tinha tudo, não materialmente, materialmente também teve, aquilo que ela, que eu sabia que ela gostava, podia não ter na altura, mas depois eu tinha o cuidado de lhe dar, dentro dos possíveis e do não...nunca fomos pessoas de, pronto, que tivemos muitas possibilidades de dar, mas aquilo que ela quis, os brinquedinhos, os poneizinhos, os pinipons, as barriguitas, as...aquela magrinha, como se chama? A barbie. Ela teve tudo, teve. E teve o meu acompanhamento na escola, ia às festinhas, eu cheguei a sair do meu serviço para ir assistir à festinha, que ela lembra-se de uma vez que eu fui espreitar, estive lá um bocadinho e ela lá do palco fez-me assim, mas eu tive o cuidado sempre, sempre, sempre, sempre...o pai não.

[Mãe 18] Ele disse-me “Expluda, grite!”, eu disse “Não senhor doutor, eu fui sempre assim”, mas sempre fui assim, podem-me dar uma bofetada que eu não reajo, aliás já me aconteceu isso quando eu era adolescente com uma amiga, não reagi.

[Mãe 18] Ele tem uma maneira de ser que eu conheço bem, que eu vivi 30 anos com ele, é assim é daquelas pessoas que do lado bom dá a camisa do corpo, mas do outro lado valha-nos Deus! Mas também quer dizer...pronto, e atendendo à infância que ele também teve, eu sempre o compreendi. E sempre aceitei como ele era.

Com o aparecimento dos primeiros sintomas, a PI começa a dirigir a sua agressividade primeiramente contra o pai. A mãe procura não tomar partidos, apesar

de não concordar com determinadas reacções do marido. A agressividade começa também a ser dirigida da filha para a mãe, até ao ponto em que a filha diz não conseguir mais viver com o pai em casa, decidindo sair de casa.

[Mãe 18] entretanto ela começa a ficar muito agressiva, essencialmente com o pai, muito agressiva, muito agressiva! E comigo também e comigo também, muito...

[N18] Para o meu pai não, não é? Deixei de ser a boa filha, comecei-lhe a fazer frente.

[N18] aí já veio a raiva contra o pai, mas relativamente a tudo o que se tinha vivido com ele...eu comecei a sentir cada vez mais força na recuperação, a minha auto-estima notei que começou a mudar! A minha força, eu senti que depois de ter passado por aquilo, senti uma força que nunca na minha vida eu tinha sentido

[Mãe 18] Não, não dizia nada. Eu sofri tanto quando eles discutiam eu sofria tanto! (...) Eu achava que ela tinha razão, mas preferia que ela não dissesse, que era para não, porque ele também quando era confrontado também era de força! Ele era muito nervoso, ele é uma pessoa muito nervosa, explodia muito. Mas preferia que ela não falasse que era para não arranjar discussões, foi, foi, para mim acho que foi...Eu não fazia nada...ficava apavorada e não fazia nada, mas foi uma fase horrível. Se foi horrível a fase dela inicial da anorexia, esta fase para mim foi horrível e a prova é que eu tive que chegar a um ponto e dizer-lhe "Olha não podemos viver os três juntos, alguém tem que sair daqui".

N18 – E eu tomei essa iniciativa primeiro.

Já após a recuperação estabelecida, a filha volta a casa, recomeçam os conflitos familiares, levando a mãe a tomar uma posição perante o seu marido: ou sai ela e a filha de casa ou sai o marido, parecendo mais uma vez não haver espaço para todos os elementos, acabando este por sair.

[Mãe 18] depois ela saiu de casa, foi viver sozinha, viver com colegas da Universidade... Depois voltou, os confrontos continuaram, até que pronto deu-se este facto de o pai sair daqui e pronto eu sofri um bocadinho, sofri, não posso dizer que não...

[Mãe 18] eu também nessa altura também explodi eu...Eu também explodi. Quando conversei com ele disse "Olha temos que resolver ou vou eu e ficas tu aqui ou vais tu e eu fico".

[N18] Do facto de ter sido eu que sempre fui, que me considero uma filha exemplar a ter de dar mil voltas à minha vida, numa idade tão precoce ainda, não é? Para conseguir lidar com isto, por causa de um pai assim! Não devia ser eu a ser castigada! Eu sentia que estava eu a ser castigada e devia ser ele e então tinha aquela raiva toda ainda por resolver, que depois foi...

[M18] Chegou essa altura acabou por ele decidir sair, mas também ele sentiu isso, ele sentiu que foi enotado, sentiu. E a minha primeira ida lá foi terrível nesse sentido. (...) E a revolta dele era mais contra mim, por eu não me pôr do lado dele.

Marido e mulher vivem hoje separados, ainda que a mãe sonhe com um dia voltar a estar com o marido, não a coabitar, mas a passar algumas temporadas, quando a sua filha partir.

[Mãe 18] E até nem sei se um dia não irei ter com ele...ele já cá veio, estive cá já depois de ter ido, estive cá uns meses...não sei se viverei com ele já como marido e mulher, mas sou capaz de estar com ele como..., ele não vai aceitar, porque ele tem muitas saudades e tem saudades da filha.

[Mãe 18] Agora cá estamos! Estamos as duas! É assim, ela está...quando puder vai à vida dela, que é a ideia que eu tenho, tem um namorado já há muitos anos, quando puder e acho muito bem e eu, ela pode não lhe cair bem isto, mas eu estou ansiosa por a minha filha ter a casinha dela, à maneira dela (...) ao gosto dela e estou ansiosa, porque é sinal que tem o emprego dela e eu também e estou ansiosa que ela tenha a vida dela, porque eu também senti isso quando estava na minha casa. Eu como sou muito independente, que sou, posso não parecer, mas sou, continuo a ser, continuo a sonhar, um dia que me reforme eu vou fazer um cruzeiro, vou meter

num avião sou capaz de ir até ao Brasil, estar lá um mês ou dois, sou capaz de alugar uma casa ao lado da dele e não ir para a casa dele, se me der, se me lembrar disso, que ele não vai deixar, de certeza! Ou sou capaz de ir para outra cidade, ai mas vou fazê-lo e não me custa nada!

Estas movimentações familiares estão representadas no seguinte diagrama:

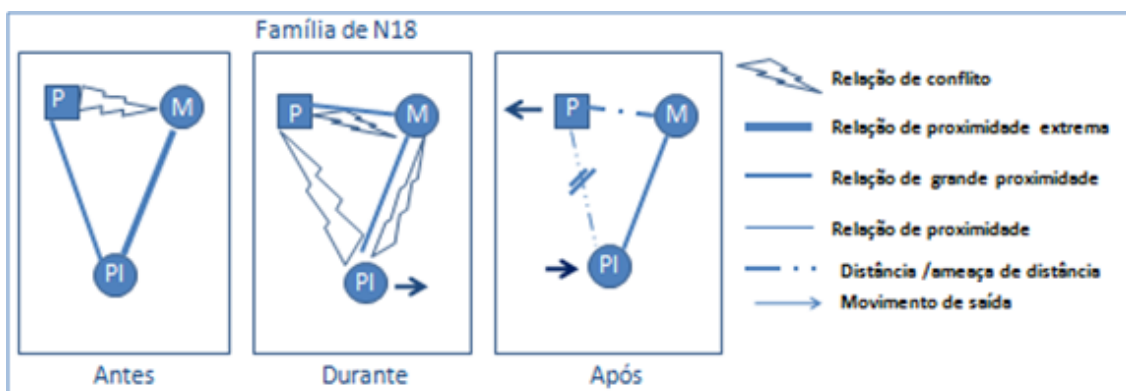


Figura 45. Dinâmica da família de N18 antes, durante e após o problema

Como a figura representa, se durante o problema o conflito atingiu todas as díades, culminando na saída da P.I., com a recuperação há um movimento de reentrada no sistema por parte da P.I., associado à saída do pai do sistema familiar.

Nestas 3 famílias assistimos a diferentes configurações anteriores ao problema, ainda que pareça haver alguma tendência para o evitamento de conflitos no casal, antes do problema, pelo menos por parte do elemento da díade que não assume a dominância, ficando eventualmente alguns conflitos por resolver. Os conflitos na família passam a ser uma realidade explícita e não evitada quando se inicia o problema, nomeadamente entre a PI e, pelo menos, um elemento da díade parental. Este conflito faz com que determinados elementos façam escolhas de que lado querem ficar e outros continuem a não tomar partidos. É evidente nesta altura a fraca aliança parental, recorrendo o pai e a mãe a estratégias diferentes, muitas vezes antagónicas. É frequente a saída de algum elemento do lar durante ou após a recuperação. A mudança inicia-se quando o P.I. fica (em risco de ficar) só. As movimentações familiares comportam posteriormente o estreitamento e enfraquecimento da relação entre algumas díades. Nas famílias de N2 e N18 há um enfraquecimento e até ruptura na relação entre pai e filha.

Para estas três famílias o desaparecimento da oposição permitiu estarem hoje como estão, algo possível graças à mudança do comportamento do pai (de N8) e da mãe (de N2) ou pela saída do pai (de N18). Ora vejamos o que nos dizem os familiares a este respeito:

[Mãe 2] E ela está melhor, quer dizer... Mas eu acho que foi recíproco, quer dizer, a minha mudança acho que também contribuiu para a mudança dela e ela estar melhor... (...) Exacto,

quer dizer, não me preocupar tanto e dizer “Acabou! Ela é responsável e seja o que Deus quiser.”, não é? “E aguentas, Fátima, o que vier.” E eu nesse aspecto, hum, acho que tenho uma força...quando digo a mim “A partir de agora NÃO!”, a qualquer coisa, a partir daquele momento é não e acabou.

[Pai 8] penso que também foi e por isso é que eu estou a referir esta terceira fase com começo neste momento em que eu deixo de exercer autoridade sobre a Susana, de me impor para ela comer, de utilizar subterfúgios, porque ela percebia perfeitamente os subterfúgios que eu utilizei para ela comer, ela entendia isso perfeitamente, manipulação emocional nós somos especialistas nesta família...(riso). foi o facto de eu oportunamente ter desistido, penso eu, de impor a minha vontade e de tentar perceber, portanto dei a vitória à Susana, que era aquilo que ela queria, penso eu... (...) E eu desistindo deixei-a ganhar, provavelmente, não sei...

[N18] Que eu fiz dentro de mim, fiz o funeral do meu pai que eu tanto gostava e agora existe uma pessoa que me fez muito mal e da qual eu tive que me afastar para conseguir sobreviver, foi mesmo essa, é mesmo literalmente para eu conseguir sobreviver. (...) acho que foi depois a tal, o principal foi o meu pai ter saído, isso foi o principal, para estarmos aqui hoje como estamos isso foi o principal...

Esta mudança foi também apoiada pelos profissionais de saúde, no caso da família 2 e 18. Na família de N2 não só o médico indicou o caminho a seguir (*Em primeiro lugar, porque o Dr. X., de certo modo, fez uma viragem total na forma de pensar da minha mulher, a partir do momento em que lhe disse que ela não tinha nada que se meter na vida da filha, nem na alimentação...se ela quisesse comer, comia, se não quisesse não comia. Até aí, era uma preocupação tremenda da minha mulher, não só de saber o que havia de fazer e depois se a filha comia ou se não comia*), como o psicólogo ajudou a mãe a comunicar de forma diferente com a filha (*Hum, sei lá, comecei a ter um comportamento muito diferente e achei que realmente estava a ficar assim no fim dos fins. (pausa) E nesse último período, a certa altura, resolvi também ir a um psicólogo para me ajudar, porque eu não conseguia estabelecer conversa com a minha filha... Foi uma maravilha de um senhor, consegui fazer ver-me n de coisas e eu comecei a ter outro comportamento e a lidar doutro jeito*). Na família de N18, o psicólogo ajudou a jovem a fazer o funeral do pai idealizado (*Eu tive que fazer isso, eu tive que fazer aquilo que o Dr. Miguel, o meu psicólogo, me ajudou a fazer, tive que fazer o funeral do meu pai! E funcionou, funcionou perfeitamente bem! E hoje eu falo dele, falo normalmente, não sei se iria conseguir estar na presença dele, acho que não...).*

Para além destes recursos, estas famílias ainda explicitam outros recursos úteis. Para a mãe de N2, os pais de N8 e a mãe de N18 foi importante terem mantido sempre a sua presença e o contacto com a ex-paciente. Foi ainda importante na família de N8, os pais terem incentivado o investimento da filha em novos interesses. Também nesta família foi importante terem conseguido seguir com a sua vida normal, impedindo que o resto da família “disfuncionasse”, conforme os seguintes excertos ilustram.

Quadro 108

Factores considerados úteis pela família, nas trajectórias relacionais

	Excertos da categoria “Factores úteis para a recuperação”
Incentivo da filha para novos interesses	E queria que ela começasse a interessar-se por outras coisas outra vez, não é? Porque tinha perdido o interesse pelas outras coisas, não é? (...) Uma vez fomos às 4 da manhã para Setúbal ver golfinhos, pronto era para ir ver golfinhos saímos às 4 da manhã para ir ver golfinhos lá fomos.(...) depois porque também nós tivemos...eu tive sempre uma preocupação que foi de ver se...porque ela ia perdendo tudo, não é? Quer dizer, ela era uma belíssima aluna e tinha interesse por tudo, tinha interesse por matemática, por português, por tudo...e depois começa a não ter interesse por nada, não é? Não tinha interesse por isto, não tinha interesse por aquele outro, as aulas ficava muito quietinha, participava tanto até ali, depois deixou de participar, tudo assim, não é? De maneira que eu queria, às vezes, puxá-la qualquer coisa para a gente ver se conversava outra vez...e mesmo na escola pedia à professora de português, que era uma professora, penso que era a directora de turma na altura, que tentasse inovar qualquer coisa, que desse-lhe qualquer coisa para ela, um trabalho que tivesse que reunir, que fazer, porque a Susana gostava de fazer assim trabalhos, não é? (Mãe 8)
Presença constante da mãe	Era diferente porque a minha mãe estava-me sempre a alertar e acompanhava-me sempre a tudo. sim, de uma boa mãe, se calhar nem todas fazem isto. Nem todas acompanham aquele tempo todo. (N2)
Seguir com a vida normal	Eu acho que aquilo, acho que há vários níveis aqui de participação, um é as pessoas estarem e nisso acho que fomos todos igualmente importantes, ou seja, continuamos a funcionar, não ficamos disfuncionantes, não nos deixamos arrastar por esta tempestade, por este caos que a N8 trazia na cabeça e que deixava passar para nós e nesse aspecto o facto do F., a A. não terem claudicado, não terem fraquejado foi muito importante, valeu-lhes naturalmente os princípios que nós fomos inculcando de apoiar, de estar, valeu-lhes também o facto de serem inteligentes naturalmente e perceberem que alguma coisa de errado se passava, não tomaram atitudes, acho que o facto deles se terem portado bem, se terem portado normalmente foi muito bom. (Pai 8)

Por último, tanto o pai de N2 como o pai de N8 reforçam a ideia da necessidade de estabilizar a situação familiar para que se torne possível a recuperação da jovem. Vejamos a explicação de um dos pais, que faz uma analogia com o tratamento médico nos cuidados intensivos:

[Pai 8] tentar preservar a relação com a pessoa que está doente que eu não prestei muita atenção a isso na altura. E manter a família a funcionar, que foi uma coisa que... Acabou por acontecer, mas eu agora seria digamos era uma linha directriz já de princípio, na minha cabeça, e é, ou seja, acendia logo a luz de perigo no início, o F. está com anorexia, a primeira luz, ou seja, a família está em perigo, não é ele, é a família que está em perigo, ele também está é óbvio, mas é a família, vamos ter que preservar a família, se conseguirmos preservar a família e preservar a comunicação com ele talvez consigamos dar-lhe tempo para ele resolver. Isto é um bocadinho o que acontece nos cuidados intensivos, nos cuidados intensivos nós raramente fazemos, raramente não é verdade, mas em muitos casos, uma grande percentagem de casos não fazemos o diagnóstico de doença, ou seja, presumimos que seja isto, presumimos que seja aquilo, mas às vezes não se confirma, se nós aguentarmos a pessoa viva durante bastante tempo damos tempo para que ela recupere, portanto na realidade nós não interferimos na recuperação, mas mantivemos, demos a oportunidade à recuperação, eu penso... E eu penso que isto se aplica à mesma à Anorexia Nervosa.

3.2.1.5. Funcionamento actual do sistema

Todas estas famílias, marcadas anteriormente por algum autoritarismo paterno ou materno, descrevem-se no momento presente como sendo mais capazes de lidar com a autonomia dos filhos, parecendo ter havido um percurso no sentido da flexibilização. Apesar das várias movimentações familiares analisadas, permanecem até ao presente sinais de grande coesão familiar, que faz com que se sintam no momento actual ainda mais unidos, idealizando contudo com uma família ainda mais coesa.

Começemos por analisar a família de N2. Olhando para o seu funcionamento familiar conforme descrito pela família, percebemos que o autoritarismo residia na mãe.

[Mãe 2] Fui eu... que sou a autoritária em casa. (risos) É...sou...eu e o meu autoritarismo.

A certa altura opera-se uma mudança na sua atitude, que parece coincidir com a mudança na filha, que passa pelo abdicar deste autoritarismo, ainda que de forma um pouco “fingida”, dando autonomia à filha para decidir acerca da sua vida.

[Mãe 2] *Até relativamente a mim, sou capaz de, de ter uma atitude destas: vou, vou e faço experiências até uma dada altura e digo “A partir de agora acabou”. E a partir daquele momento acabou e até consigo fingir perfeitamente.*

[Mãe 2] *Portanto, comecei a ver que eu tinha tentado ajudar o mais que podia, e pronto assim as coisas foram melhorando, às vezes fazia-lhe qualquer coisa, eu dir-lhe-ia mas mesmo assim de uma maneira muito mais leve, porque eu entretanto comecei a ser medicada, cheguei a andar num psiquiatra e num psicólogo, não é? Hum, com medicação bem forte, comecei então a ser medicada, comecei a, a...comecei a recuperar, como eu lhe disse, houve ali uma altura em que andava completamente desequilibrada. Pronto, comecei a reagir de um modo diferente e a dar-lhe mais autonomia, sem dúvida que sim e ela fazia qualquer coisa e eu não gostava, e eu dizia “pronto, acabou com ela, F., não tens nada que te meter”.*

Nesta família, parece também ter-se tornado mais fácil cada um exprimir a sua opinião, ainda que não condizente com a dos outros, sendo inclusivamente permitido mudar-se de opinião.

[N2] *agora somos capazes de estar a almoçar ou a jantar todos juntos, quando o meu irmão vem, e estamos na brincadeira e ,às vezes, quando há assim opiniões...pode haver uma opinião diferente mas debatemos a opinião e não se discute, pronto...E se não se gostar, ficamos...cada um fica com a sua ideia, pronto...*

[Mãe 2] *Cumprimenta-se e conta-se...se aconteceu alguma coisa conta-se aos outros... Depois, às vezes, nem quer dizer que sejamos sempre da mesma opinião, se não estamos dizemos “Olha, é por isto ou por aquilo”, podemos debater essa opinião, mas tudo bem. Pode-se mudar, pode-se não mudar...Aceita-se as coisas...*

N2 – As opiniões.

M2 – Sim, é nesse aspecto assim...

Apesar desta nova flexibilização em torno das regras impostas, parece prevalecer uma união familiar em que o bem-estar de um depende do bem-estar do outro, estando o núcleo familiar acima da pessoa, algo a que estes elementos chamam de união familiar.

[Mãe 2] Acho que é a união...entre nós, penso que é isso. Todas têm a ver com o facto da união, saber uns dos outros. (Mãe)

[N2] Que estão todos preocupados uns com os outros... Se um está bem, se o outro fica bem e se o outro acaba bem, é aí... N2

[M2] É...se o outro está bem. (Mãe)

[N2] Nunca a pessoa, mas...basicamente é o núcleo, são as quatro pessoas. N2

Contudo esta união não parece ainda atingir todas as díades, nomeadamente a díade pai-filha. Vejamos agora os resultados de cada elemento da família na escala FACES.

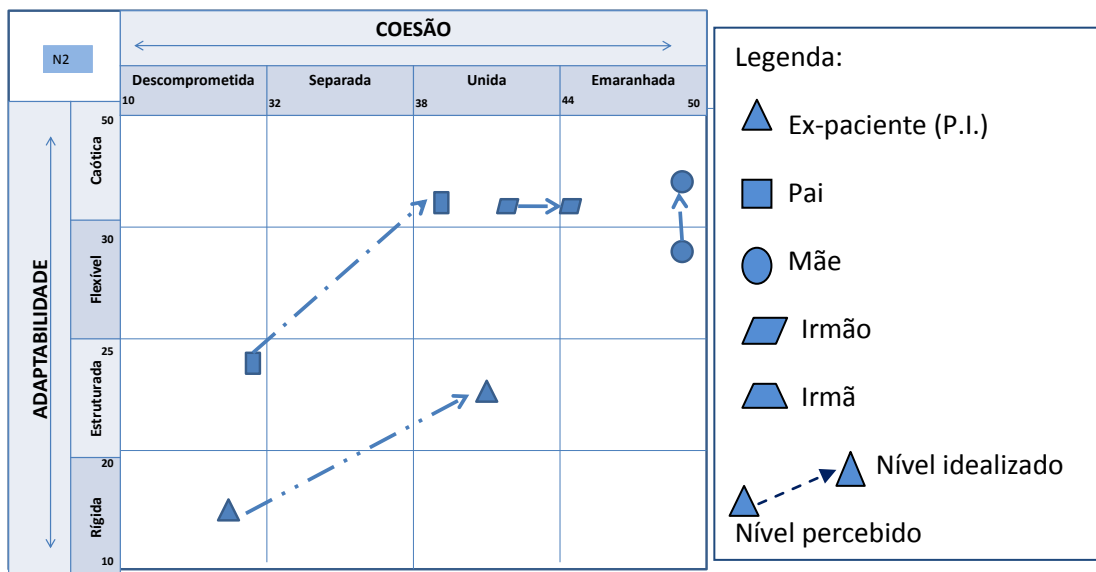


Figura 46. Perfil circunplexo da família de N2 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Como se verifica, a ex-paciente e o pai são os que apresentam maior insatisfação familiar (traduzida pela diferença entre o nível de coesão e adaptabilidade familiar percebido e idealizado), desejando ambos um nível maior de coesão percebido pai. É precisamente esta díade que parece ainda sofrer de alguma distância. Pai e filha gostariam também que a família fosse mais flexível. A mãe e o filho parecem relativamente satisfeitos com o funcionamento familiar, desejando respectivamente o mesmo nível de coesão e de adaptabilidade.

A família de N8 parece actualmente ainda mais unida, apesar da distância física que os separa.

[Pai 8] reforçou tremendamente o nosso casamento temos vivido esta dificuldade, como de resto outras dificuldades que nós vivemos só foi bom para o nosso casamento... Deixa-nos mais unidos, deixa-nos mais cúmplices...

[Pai8] Nós sabemos que podemos contar uns com os outros. Não precisamos, não somos muito lamechas de andar sempre a família toda junta para aqui e para acolá, mas eu penso que eles sabem e eu tenho essa noção e penso que também se um dia eu precisar da ajuda deles ou a L. eu penso que eles nos ajudam.

A mãe apresenta um pensamento mais flexível, considerando hoje que a experiência que viveram serviu para se questionarem e pensarem que poderiam não estar sempre certos, enquanto o pai reforça a ideia que fizeram tudo bem, este pai que se vê e é visto pela sua dominância.

[Mãe 8] eu acho que, quer a mim quer a ele, e isso a gente conversou entre nós, fez-nos também a gente “Calma aí! Se calhar não somos assim tão bons educadores como isso, não é? Se calhar a gente tem que repensar as coisas, alguma coisa!”, eu acho que também nos fez bem isso. De a gente também questionar alguma coisa, de não pensar que fazia sempre tudo bem, não é?

Pai e irmão concordam que a família é única, ainda melhor que pensavam.

Pai 8 - Agora estamos convencidos que sim, que fazemos tudo bem! (risos)

Mãe 8 – Mais tu, mais tu...(risos)

Irmã 8 – São super...

Pai 8 – Portanto somos melhores ainda do que pensávamos...(risos)

[Irmão 8] Que a nossa família é única, é...o tipo de discussões que são, o tipo de personalidades que são completamente distintas, mas discussões abertas, que toda a gente pode falar e que toda a gente pode reagir, que toda a gente pode contar o dia e que, por vezes, diz-se uma piada que fora da família ninguém percebia e que a família ri e, às vezes, abertamente! (...) Uma certa cumplicidade...quase como um grupo de amigos, mas mais forte porque é o grupo família.

Todos parecem contudo idealizar ainda com um nível maior de coesão bem como de adaptabilidade, como ilustra a seguinte figura:

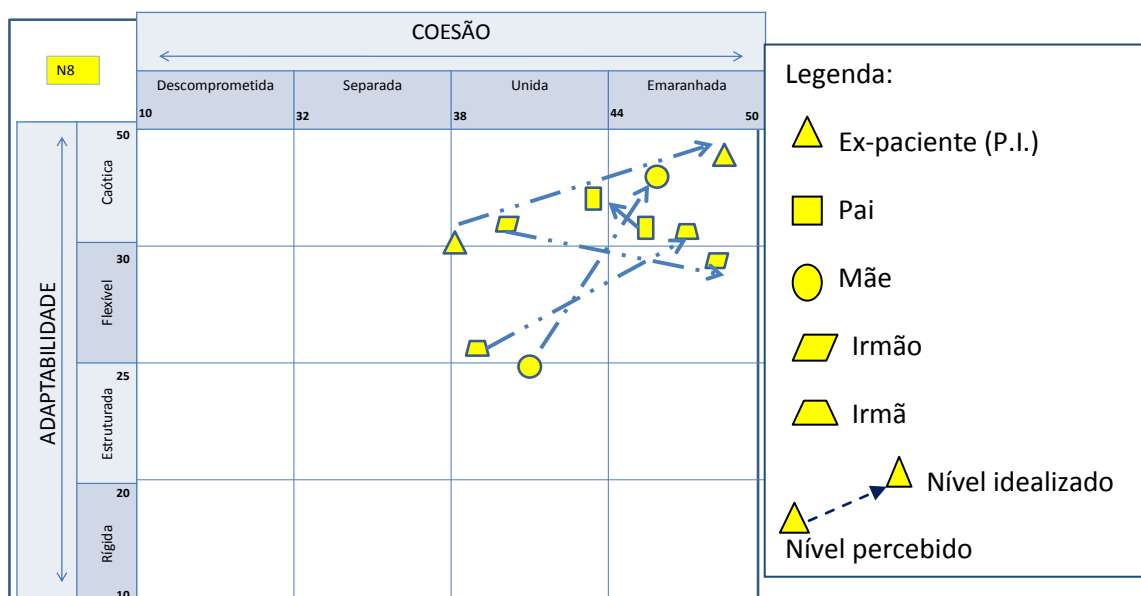


Figura 47. Perfil circunplexo da família de N8 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

São os elementos do sexo feminino os que apresentam uma maior discrepância entre a percepção do funcionamento familiar actual e aquele que idealizam. Ainda que avaliem a família no momento presente num ponto equilibrado, desejam algo mais, que procuram no extremo da coesão e da adaptabilidade, idealizando uma família emaranhada e caótica, como evidencia a figura.

Na família de N18, parece persistir um alto nível de coesão entre mãe e filha, que se expressa na grande vontade de cada uma fazer algo pela outra, fazendo com que por vezes se “esbarrem” com esta proximidade tão estreita.

N18 - Eu acho que para além de mãe e filha também já somos duas mulheres adultas, não é? Já...e acho que isso é fruto disso...

M18 – E eu, às vezes, esqueço-me... “Oh N18 mas já comeste?”, “Oh mãe, eu cresci, eu é que sei!”, e é!

N18 – Ou ver a minha mãe às dez da noite, de repente, lembrou-se está ali a cozer legumes ou qualquer coisa, porque eu posso precisar no almoço seguinte e eu não sei cozinhar (tom irónico – riso).

M18 – Eu tenho muito costume de lhe fazer coisas para ela amanhã, ao almoço, como vem a casa almoçar, para ela fazer... (...)

N18 – Mas não tem motivos, porque eu sou uma pessoa que eu sei cozinhar e adoro cozinhar e faço tudo! (...)

M18 – O namorado dela diz que nunca viu duas pessoas como nós, eu chateio-me quando acabamos de jantar e ela vai lavar a loiça, porque gosto de ser eu a fazer isso.

N18 – Nós discutimos o privilégio de lavar a loiça e passar a ferro.

M18 – Fazer para não lhe dar trabalho...Ainda tenho um bocadinho sem querer esse sentido, faço eu porque não vale a pena tu estares a fazer, porque estás cansada de trabalhar. Eu também estou! Mas isso é...

N18 – Eu também faço isso à minha mãe, só que ela enerva-se, porque acha que ela é que é a mãe! (riso)

I – Que engraçado! Mas é quase como cada um tentasse sacrificar um bocadinho pelo outro?

M18 – É, é, é...sentimos isso, sentimos isso...e às vezes a nossa saia bate um bocadinho uma na outra e chispa...

N18 – Claro! É normal, duas mulheres debaixo do mesmo tecto!

Esta coesão actual parece já vir de trás, pré-existindo antes do problema uma relação muito estreita entre mãe e filha, quando a filha era criança, em que a mãe escolheu viver para a filha.

[Mãe 18] É assim quando a minha filha nasceu eu abracei-a, a pediatra dela chegou-me a dizer que eu não era mãe para ter mais filhos que eu sofri muito, só por ela existir neste mundo cão, não é? E ainda hoje quase que penso assim, eu abracei-a e talvez eu, o pai dela uma vez disse-me que eu que fui muito boa mãe, muito boa, mas que me esqueci um bocadinho dele e que o pus um bocadinho de lado desde que a filha nasceu. Foi um bocadinho isso, por acaso foi, foi...eu tenho que aceitar que foi, porque eu, não é que eu o abandonasse, porque eu cumpria com os meus deveres aqui em casa...mas a minha filha estava sempre em primeiro lugar, sempre...quer no pensamento, quer o eu saía do emprego vinha buscá-la, para que ela, ela estava presa ali na ama, uma senhora que ela foi criada aqui em frente, para que ela fosse ver, fosse para o centro da avenida atrás das pombinhas porque esteve todo o dia presa, desde levá-la...

Hoje a mãe antecipa a partida da filha com felicidade, parecendo um pouco confusa no entanto de como quererá viver, oscilando entre o desejo de se reencontrar com o marido, de quem está separada mas não divorciada e o desejo de se sentir independente, apesar de lhe custar a palavra 'separação'.

[Mãe 18] eu gostava que ela tivesse, já que eu, eu não saio daqui talvez, tão cedo, eu não saio daqui. Também, como disse, por birra, porque pronto sei lá...o nosso senhorio acha que a gente paga pouco, nem o conheço, nunca aqui veio, nunca veio ver se a casa está bem, se está mal. Portanto, eu não saio daqui, mas isso é um outro problema. E estou ansiosa que ela vá para a casinha dela e que tenha a casinha dela, uma casinha nova, à maneira dela, ao gosto dela e estou ansiosa, porque é sinal que tem o emprego dela e eu também e estou ansiosa que ela tenha a vida dela, porque eu também senti isso quando estava na minha casa. Eu como sou muito independente, que sou, posso não parecer, mas sou, continuo a ser, continuo a sonhar, um dia que me reforme eu vou fazer um cruzeiro, vou meter num avião sou capaz de ir até ao Brasil, estar lá um mês ou dois, sou capaz de alugar uma casa ao lado da dele e não ir para a casa dele, se me der, se me lembrar disso, que ele não vai deixar, de certeza! Ou sou capaz de ir para outra cidade, aí mas vou fazê-lo e não me custa nada! Eu já fiz isso com 24 anos, fui sozinha para África, quando eu lá cheguei, quando o meu pai soube eu já lá estava, pronto mas isso faz parte da minha maneira de ser, que eu sou uma pessoa que não gosto que ninguém me..., no entanto, estou como se costuma dizer, acadimei-me às situações, pronto. Eu não pareço aquilo que interiormente sou, de maneira que cá estamos, ela quando for eu cá fico.

[Mãe 18] Porque eu sou, é assim eu costumo dizer que não tenho educação para divórcios, não sei o que é que vai acontecer, mas sou pessoa de sentimentos fortes, e é assim ele vai sempre o meu marido toda a vida e custou-me muito, custou-me muito e a prova é que eu fui lá três vezes ter com ele...

Se para a mãe esta separação do marido não significa ruptura, para a filha a ruptura que fez é total, ao ponto de não sentir nada pelo pai, algo que a mãe acha estranho dada a relação próxima que pai e filha tinham antes da doença.

M18 – Acho que ela cortou radicalmente com o pai.

N18 – Eu tive que fazer isso, eu tive que fazer aquilo que o Dr. X, o meu psicólogo, me ajudou a fazer, tive que fazer o funeral do meu pai! E funcionou, funcionou perfeitamente bem! E hoje eu falo dele, falo normalmente, não sei se iria conseguir estar na presença dele, acho que não...

M18 – Ele faz anos e ela não lhe liga.

N18 – Mas falo com ele ao telefone e não sinto nada, sou sincera. É só a voz dele...

M18 – Eu acho um bocadinho estranho...

N18 – Só a voz dele...

M18 – Porque ela gostava muito do pai...

Apesar de mãe e filha estarem satisfeitas com o nível de adaptabilidade do sistema, segundo as respostas ao FACES III, idealmente gostariam que a família fosse mais coesa. Provavelmente este desejo não se deve à relação entre elas, que é descrita discursivamente como muito próxima, mas à distância que as separa do outro elemento da família que não esteve presente na entrevista nem está presente nas suas vidas – o pai/marido, o pai que não morreu mas de quem a filha fez o funeral e o marido de quem a mãe se separou sem se ter divorciado.

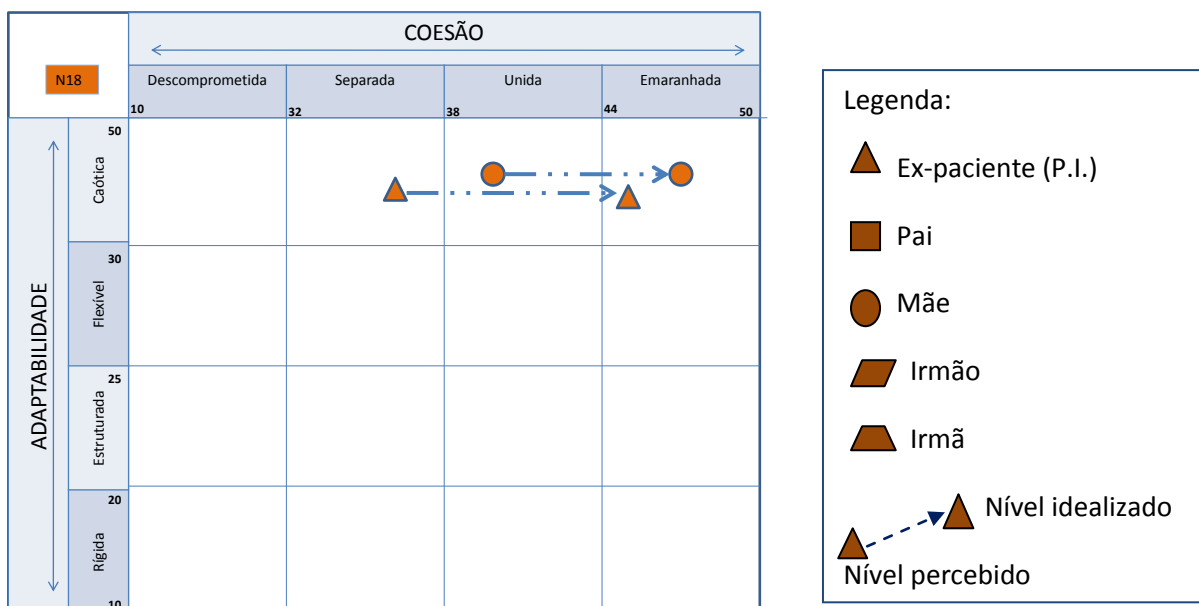


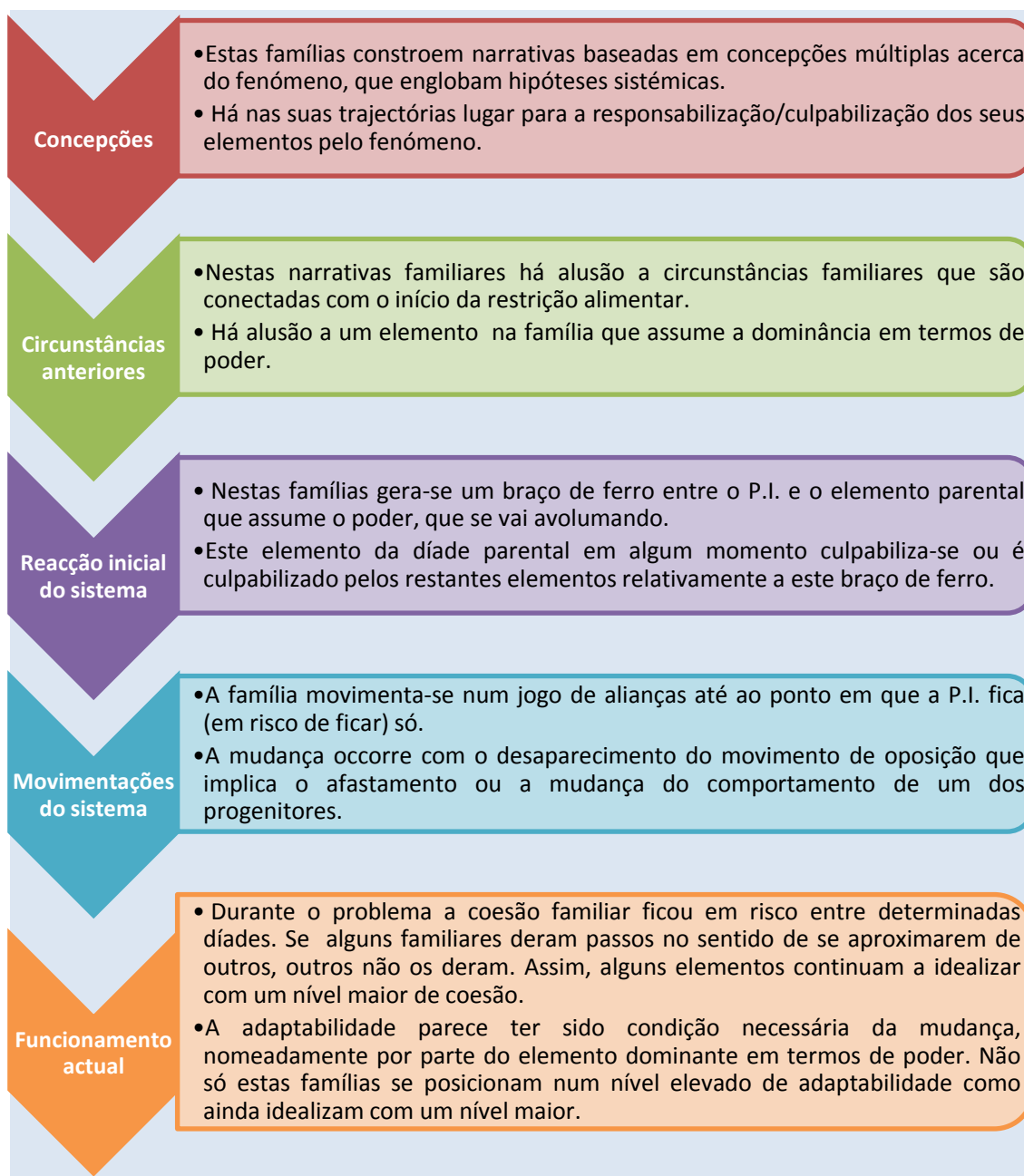
Figura 48. Perfil circunplexo da família de N18 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Como foi possível constatar, após um percurso de separações e aproximações, de risco de rupturas efectivas, estas famílias tendem a desejar mais coesão familiar, a um nível próximo do emaranhamento, apesar de já se percepcionarem num nível bastante elevado de coesão. Os elementos que estiveram sobre a dominância de outrem tendem a desejar uma família mais flexível, ao ponto de idealizaram com uma família caótica. Ainda que estas famílias tenham sofrido várias transformações na sua dinâmica, continuam a idealizar uma família ainda mais coesa ou ainda mais flexível, num ponto extremado do modelo circunplexo.

O quadro-resumo que se segue sintetiza os aspectos analisados nestas narrativas familiares construídas pelas famílias das jovens que narraram anteriormente uma ‘trajectória relacional’, conforme denominada.

Quadro 109

Quadro-resumo da dinâmica familiar nas trajectórias relacionais



3.2.2. Dinâmica familiar nas trajetórias estéticas

Após ter escutado três trajetórias de recuperação “relacionais”, assisto às narrativas que vão sendo construídas pelas respectivas famílias da Ana (N3), da Joana (N5) e da Luísa (N22) e sou transportada para um problema com nome, o de Anorexia Nervosa, ainda que permaneça com uma causa relativamente inexplicável e por explorar, em que a culpa não assombra os familiares, já que se aloja no território da doença ou na responsabilidade assumida pela ex-paciente da vontade de emagrecer, que depois se torna “uma coisa que se infiltra” (Pai 22). Início então agora três diálogos com as jovens acerca das suas dinâmicas familiares.

Escuto atentamente o que tu e a tua família, Ana, têm para me dizer. Vejo Ana como após a tua ama ter dado sinal que estarias a recusar a alimentação (aquela ama que segundo a tua mãe é uma segunda mãe, algo que a tua mãe verdadeiramente necessitou já que teve de tomar conta de ti, da tua irmã gémea e do teu irmão perante a ausência física e emocional do teu pai), todos acharam que estavas doente. A tua mãe desde logo se apercebeu que a agressividade que manifestavas não era tua, mas a doença a falar. Tudo coincidiu, pelo menos é essa a vossa narrativa, com a saída do teu irmão de casa. O teu irmão foi estudar para fora. Entretanto arranjou uma namorada e pouco tempo passava em casa. Tu e a tua irmã reclamavam a sua presença. A tua mãe chorava a sua ausência, e por isso, alertava o teu irmão da falta que vocês estavam a sentir dele. Entretanto a tua mãe, acreditando que tu estavas doente, tentava o mais possível conseguir ajuda médica para te acompanhar. Quando consegui, acompanhou-te a todas as consultas médicas, ficando a tua irmã com a ama. O teu pai e a tua mãe uniram-se para te ajudar. Quando a tua mãe estava cansada pedia ao teu pai para vos dar qualquer coisa para comer, algo que vocês aceitavam dele. As coisas pareciam estar a melhorar. Até aquelas férias milagrosas, em que os teus pais montaram uma verdadeira economia de fichas – se querias a senha para a piscina, tinhas de comer. Foi assim que recuperaste. Após a tua recuperação, a tua irmã começou a apresentar os mesmos comportamentos. Os teus pais já estavam à espera, afinal de contas o que uma tem a outra tem sempre a seguir. O único que tem uma perspectiva diferente relativamente ao que aconteceu com a tua irmã é o teu irmão que acha que a tua irmã tentou obter mais atenção da tua mãe, algo que tu obtiveste com a doença. Hoje a tua mãe continua a sofrer com a ausência do teu irmão, afinal de contas ele sempre foi o seu braço direito que colmatou a ausência do marido. Mas também já sofre por antecipação ao pensar que tu e a tua irmã um dia partirão. Talvez vocês lhe façam muita falta, tal e qual como um marido mais presente que a tua mãe sempre quis ter e que se queixa ainda hoje por não ter.

Escuto também com muito interesse a ti, Joana, e às pessoas da tua família. Se inicialmente querias fazer um regime alimentar, algo que a tua mãe te apoiou, a certa altura, esta dieta parece ter ido longe demais. Foi pelo menos o que verificou o teu irmão, quando regressou do seu “american dream”, em que pela primeira vez saiu de casa, para ir trabalhar para outra cidade. Quando te viu passadas algumas semanas, estranhou estares tão magra, algo que

entretanto uma professora já havia alertado a tua mãe. A partir do momento em que perceberam que se tratavam de uma doença, toda a família se uniu no sentido de te ajudar. Se alguém se irritava contigo, o outro tentava dar-te mimos e dizer-te que no dia seguinte ia correr melhor. Deram-te esperança e foram reforçando cada pequeno passo que foste dando, considerando que tu foste a grande vitoriosa. Hoje os teus pais estão ainda mais unidos. Continuas a ter uma relação muito próxima do teu irmão, que continua a ser o teu ídolo, e continuas a andar sempre atrás da tua mãe, tal e qual como quando eras pequenina. A única diferença é que, segundo os teus pais, já não és tão dócil. Os teus pais acham que ainda é um vestígio da doença. Mas talvez possa ser apenas o teu desejo de autonomia que tarda em acontecer. Afinal de contas, a tua mãe também parece ter dificuldades em cortar o cordão, já foi assim com o teu irmão e agora está a ser contigo.

Escuto agora os teus familiares, Luísa, e a tua vez junto da deles. Inicialmente não sabiam o que se estava a passar. Sempre foste tão responsável. Aliás desde pequenina eras tu que cuidavas do teu irmão mais novo. Até que certo dia começaste a emagrecer. Os teus pais primeiro pensaram que se tratava de bruxedo. Até que perceberam que era uma doença, graças a uma conversa que tiveram com uma família que já tinha passado por uma situação semelhante. A partir daqui tentaram levar-te a um especialista e seguir as suas instruções. A medo, mas a seu conselho, deixaram-te ir estudar para fora e tu foste melhorando. A tua mãe procurou sempre dar-te espaço e confiar. Apesar de, por vezes, não concordar com algumas atitudes iniciais do teu pai, nunca se desautorizaram. Hoje a vossa família voltou ao que era, ou está ainda mais unida. Parece que estás mais ligada agora ao teu pai, que antes do problema estava mais distante de ti.

Relembrando estas histórias, e respeitando a cronologia, questiono-me mais uma vez: será que as dinâmicas destas famílias têm pontos em comum? Será que estes aspectos as diferenciam das dinâmicas familiares anteriormente descritas? Para responder a esta questão, decido mergulhar com mais profundidade nos seus discursos.

3.2.2.1. Conceção dos familiares sobre o problema

Através destas entrevistas é visível que desde cedo os familiares colocaram a hipótese de se tratar de uma doença, a Anorexia Nervosa, tendo em conta os comportamentos observados e aqueles que captaram via televisão ou pelos estudos que acompanharam dos filhos ao se depararem com este fenómeno.

Quadro 110.

Concepção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias estéticas: Anorexia Nervosa

Excertos da categoria “Concepção sobre o problema pelos familiares”, Sub-categoria “Anorexia Nervosa”.
<i>pronto, como já tinha conhecimento do caso da anorexia por acaso passou-me logo pela cabeça...Passou, passou! Pensei logo nessa hipótese porque...Sim, sim, há coisas que não, mas o coisa de ficar muito magrinha e a agressividade dela eu achei logo, fui logo para a anorexia, de facto fui porque tinha o conhecimento da publicidade que passava, sobre os casos que passavam na televisão. Mãe 3</i>
<i>Por isso com elas, eu já sabia bem o que elas...o que elas... estava a acontecer com elas. Porque eu via o caso na televisão...Via... (referindo-se a Anorexia Nervosa) Pai 3</i>
<i>Não comia! Achava que estava gorda e não comia! Depois a partir daí foi sempre igual! (...) Depois aquilo é como se fosse...tipo...como é que eu hei-de explicar? Uma roda, que não... la3 – Um ciclo vicioso! N3 – Exacto! Que não conseguia parar, depois de ter aquela mentalidade e de não comer era mais...era como uma pessoa normal comer! Eu não comia, era normal! N3</i>
<i>Não, foi como ela! Comecei a dizer que estava gorda, tornou-se um ciclo vicioso e tinha muito o coiso de...tinha que estar sempre a pesar, a ver quanto é que pesava, para ver, e a partir daí foi sempre a descer! Irmã 3</i>
<i>Eu acho que foi de mim mesma, eu comecei a reduzir à comida e pronto e comecei a gostar daquilo que via, quer dizer, começava a perder peso e começava a gostar, só que chega mesmo a um ponto, eu não sei, por mais explicações que eu tente encontrar, chega a um ponto que a pessoa perde o controlo, ou eu perdi e posso dizer que sou a única, não acredito, há uma altura que o estômago já não aguenta mais, já não come. N5</i>
<i>Eu sabia o que era a anorexia nervosa, não é? Via programas de televisão, via coisas sobre a anorexia, pensava sempre que estas coisas nunca aconteciam a nós. Pai 5</i>
<i>Já tinha conhecimento da doença, já se falava. Como eu acompanho sempre os meus filhos a nível dos estudos, dentro das minhas limitações e como ela tinha feito aquele estudo sobre a rapariga, eu já sabia mais ou menos sobre a doença, se bem que não tão aprofundada. Mãe22</i>
<i>Eu via que realmente era uma doença mas que doença, nem como é que aparece e porquê é que eu não percebia. Até mete medo eu pensar nisso. Pai 22</i>

Ainda que os familiares rapidamente tenham conseguido “diagnosticar” o problema, a maioria deles não procura explicação para o seu aparecimento, permanecendo a concepção numa doença, sem sentido, de causa inexplicável.

Quadro 111.

Concepção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias estéticas: Algo inexplicável

Excertos da categoria “Concepção sobre o problema pelos familiares”, Sub-categoria “Algo inexplicável”.
<i>Não percebi o porquê...(Irmão 5)</i>
<i>Eu perguntava muitas vezes o que é que teria motivado aquilo, porque achava que em casa nós estávamos...como o meu filho disse não tínhamos preconceitos com modelos, nem manequins, nem essas coisas e ainda hoje não sei o que é que motivou a minha filha a ter esse tipo de comportamento, não sei se foi alguém que lhe chamou “gorda” e... E ela a partir desse momento...é uma coisa que eu não consigo ainda...(Pai 5)</i>
<i>É complicado. Porque não há justificação para o que aconteceu. Não se conseguiu chegar a nada concreto que tivesse originado o que aconteceu. Portanto, a Luísa fez uma investigação a nível de anorexia, também fez entrevistas a uma anoréctica e não dá para entender que uma pessoa que vai fazer a investigação para prevenção acabe com anorexia. (Mãe 22)</i>
<i>Não encontro causa, até hoje não e não sei se vou encontrar. (Pai 22)</i>
<i>Não sei, não sei como é que me aconteceu. Eu olho e vejo-me a alertar as pessoas a fazer aquele estudo e tudo e foi-me acontecer isto. (N22)</i>

Ao contrário das narrativas anteriormente analisadas, não há também nestas famílias uma atribuição de culpa ou responsabilidade do problema aos familiares, nem por parte dos filhos em relação aos pais, nem por parte dos pais em relação aos filhos, nem processos de auto-culpabilização dos pais, ou porque preferem centrar-se na resolução do problema do que nas causas, ou porque externalizam o problema e localizam-no numa espécie de vírus exterior ou espírito. Com efeito, uma das famílias explica o facto de uma das gémeas de ter tido Anorexia Nervosa e depois a outra ter ido através da teoria do contágio, recorrendo ao modelo das doenças físicas para explicar as mentais, gerando-se um fenómeno de “desculpabilização”.

Quadro 112.

Concepção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias estéticas: Não culpabilização do problema

Excertos da categoria “Concepção sobre o problema pelos familiares”, Sub-categoria “Não culpabilização”.
<i>Aliás acho que, no fundo, acho que, embora nos custasse, porque...nós não víamos culpa da nossa parte no que se estava a passar, mas também nunca a culpamos, isto é, isto aconteceu, não valia a pena estar a dizer nada “Tu és uma desgraçada, tu fizeste isto...”, não, aconteceu! O problema era aquele, vamos é resolvê-lo, está a perceber? (Pai 5)</i>
<i>N3 – Uma está com gripe, a outra nos dois dias a seguir está, é sempre assim! P3 – Eu desde que vos conheço é sempre assim! Eu sei que...se hoje vou com vós ao médico ou contigo, sei que amanhã ou depois vou com a outra! Isso é certinho!</i>
<i>eu não estava habituada porque a Ana não era assim, achei que a Ana estava agressiva e malcriada, malcriada na maneira de falar para mim e acho que noutra situação qualquer a Ana levava um estalo, e naquela não, naquela situação eu disse “não”, preferi ficar assim, desabafei a chorar, fui a chorar para o trabalho, mas não lhe bati, mas realmente da maneira que ela falou para mim noutra situação qualquer não admitia que falasse assim para mim, com aquele berro, aquele olho arregalado para mim, mas já não era a Ana, já era trocado pela doença. M3</i>
<i>fui logo ter com ela, depois comigo, curiosamente nunca com os meus pais porque muitas vezes é fácil dizermos “Ai a culpa é dos pais! Os pais não cumprem.”, isso na nossa família, não há esse argumento, o que é uma chatice...Irmão 5</i>
<i>Chegamos a andar por essa coisa de espiritismo, não por minha vontade, mas da minha mulher, eu não me fio nada nisso. (Pai 22)</i>

Há apenas uma responsabilização pelas ex-pacientes pelo início da dieta que depois sai fora do seu controlo, como vimos nas trajectórias individuais.

Apenas um dos elementos de uma das famílias, neste momento o elemento que vive mais afastado do seu seio, visto residir noutra cidade durante a semana, coloca outra hipótese para o facto de uma das suas irmãs ter sido diagnosticada com Anorexia Nervosa após a outra: a procura de atenção. E com isto revela um nó ainda não desnudado pelos outros familiares, o de poder haver alguma explicação sistémica para o problema, com o qual os outros ou não concordam (Ex. N3 – Não foi nada disso, desculpa lá!) ou não se pronunciam.

[Irmão 3] Neste caso acho que pode ter sido outra coisa diferente! Mas lá está eu também tenho uma posição diferente...quando há alguém que tem um problema como o que ela tem há muita atenção depositada nela! Sim, ela está doente, não é? A minha mãe anda com ela para o médico, todas as refeições preocupa-se com ela, antes de ela ir para a cama preocupa-se, de

manhã preocupa-se, há uma constante atenção...Que se calhar em parte é retirada doutra...Portanto, quando a Ana fica boa, se calhar, até de uma forma inconsciente dela há uma procura de atenção através disso!

3.2.2.2. Circunstâncias anteriores ao problema

Nestas 3 famílias que representam o eixo das narrativas estéticas, o problema surge inexplicavelmente não sendo estabelecidas, pelos familiares, relações com acontecimentos anteriores ao seu início, tal como verificado nas narrativas estéticas das ex-pacientes anteriormente analisadas e contrariamente ao verificado nas narrativas familiares que representam o eixo relacional. Em duas destas 3 famílias verifica-se que a saída de um irmão ocorreu imediatamente antes do início do problema, ainda que este acontecimento não apareça assim conectado pelos diferentes elementos da família. Vejamos este diálogo da família da Ana (N3):

I – Disse-me que está a estudar há 4 anos, isto foi, mais ou menos, na mesma altura? (Várias pessoas a falar)

Io3 – Eu acho que foi...

la3 – Desde o primeiro ano ou quê...

P3 – Foi, foi...

la3 – Coincidiu um bocado!

P3 – Foi nessa altura foi!

la3 – A A. andava no 8º, foi mais no 7º, por isso coincidiu um bocado!

P3 – Mas o que me admira é uma coisa...primeiro ficou esta, não é? (assunto desvia) (...)

Como se pode constatar parece haver uma coincidência dos acontecimentos, que, na perspectiva das famílias, não passa de uma coincidência. Também na família de N5 a saída do irmão coincidiu com o início do problema, antes deste ter sido diagnosticado, ainda que estes dois acontecimentos não sejam relacionados.

Io5- Depois foi complicado, porque numa fase crítica, a minha vida mudou, fui três meses a Lisboa e reconheço, reconheço o crítico da situação de fotografias dessa altura, nessa altura...

M5 – E fomos lá passar uma semana.

Io5 – Foi nessa semana precisamente, há fotografias que eu agora vejo à distância e foi mesmo numa fase muito má! Embora, essa conversa com o Dr. X foi só no Inverno, no Inverno seguinte, nessa Primavera, início de Verão já estava muito má!

Nestas duas famílias, o corte do cordão umbilical da mãe em relação a estes filhos parece ter sido algo difícil que acarretou sofrimento, ainda que em momento algum este sofrimento vivido na família seja relacionado com o início do problema.

Quadro 113.

Circunstâncias anteriores ao problema nas trajetórias estéticas: Dificuldade da mãe de separação dos filhos

Excertos da categoria “Circunstâncias familiares”, Sub-categoria “Início: Dificuldade da mãe de separação dos filhos”.
<i>P5 - Mas a minha mulher já passou por esse problema quando o meu filho entrou na faculdade, não é? Quando ele entrou na faculdade e a empregada lá da secretaria disse “Olhe que agora não quero nada com a Senhora agora é só com o seu filho”, a minha mulher sentiu o cordão umbilical... M5 – Cortado...</i>
<i>Era mais difícil para ela [referindo-se à mulher] do que para mim, porque eu fui habituado sempre assim liberal! Foi, quer dizer, fui tropa e fui lá fora, andei cá, andava sempre por fora, Lisboa, por aqui e para acolá...nunca senti aquela coisa de estar...Para mim era normal estar sempre fora, é! Do que estar sempre caseiro, em casa, para mim era...não estranhava! Por isso não estranho, ele não estar cá não estranho, dele ir e vir de quinze dias não estranho, porque eu sei dar valor porque andei por lá e sei bem o que é! Já passei por isso, agora elas é que não estão habituadas a isso, não estão. (Pai3).</i>
<i>M3 – Se coincidiu...não tenho bem noção se foi na mesma altura...Eu sei que foi uma altura em que eu estava mesmo muito, muito em baixo e, se calhar, até foi quando coincidiu realmente tudo, não é? E também comecei a ficar muito fraca, também fui abaixo, não é? Também comecei a ficar. Comecei a deixar de dormir e a deixar... I – Mas fraca mesmo do ponto de vista físico? M3 – Sim, sim...muito em baixo mesmo! Era uma tristeza para mim ir levar o P. à estação, ao fim-de-semana. Depois ficava sem o P., depois ficava com elas e depois tinha a consumição delas, estar sempre a tomar conta delas para comer...foi complicado! Se coincidiu? Eu não tenho bem a ideia se foi, portanto foram duas fases muito difíceis, a fase da A. estar com o problema que estive e a fase do P. também sair de casa, também ir para cidade X, também foi muito, muito complicado... (...)</i>

3.2.2.3. Reacção inicial ao problema

Nestas narrativas familiares, o início do problema é detectado por alguém exterior à família, nomeadamente professores. Na família de N5 o irmão deu primeiro alerta que depois foi reforçado pela chamada da mãe à escola.

Quadro 114.

Primeira pessoa a notar, nas trajetórias estéticas

Excertos da categoria “Reacção inicial ao problema”, sub-categoria “Primeira pessoa a notar”
<i>Eu achei que a ama que se apercebeu disso e que me foi dizendo “Cuidado com a A. que ela não está a comer nada, cuidado com a A. que ela não está a comer nada!”, mas eu acho que foi uma coisa muito rápida, da parte da A. Foi uma coisa muito rápida! Comecei a notar na Ana assim uma mudança muito radical...(Mãe3)</i>
<i>Até que um dia o irmão disse “Oh mãe cuidado porque todos os dias levo para o lixo um garrafão de água” e então aí é que começou a nossa desconfiança maior, porque a Joana chegou a beber 5 litros de água por dia. Portanto, ela antes de começar a comer, antes de almoçar, antes de jantar e depois como almoçava sozinha também não conseguíamos controlar muito bem, quer dizer, aquilo que eu lhe deixava achava que era suficiente, só que o irmão depois telefonava “Oh mãe a Joana não comeu tudo o que tu lhe deixaste!”. (Mãe 5) I – Mas aqui foi o J. a dar o primeiro alerta? M5 – Sim, o J. é que deu o primeiro alerta.</i>
<i>Porque, fui chamada à escola, porque houve um grupinho de amigas da Joana que foram ter com a directora de turma e disseram-lhe “Nós estamos muito preocupados com a Joana, porque a Joana anda sempre agarrada à água, não come na escola”, não come portanto a meio da manhã ou a meio da tarde não comia, mas andava sempre com a garrafa da água e então as miúdas</i>

começaram a ficar preocupadas, porque ela só bebia água, muito magrinha, não é?...e então a professora mandou-me chamar, não faz ideia, aquele dia foi horrível, não é? Porque estavam duas professoras e estava eu e eu não sabia o que é que havia de dizer, porque realmente as pessoas foram tão minhas amigas, tão minhas amigas naquele momento! M5

Quando comecei com a doença, estava no início do 12º ano. Foi uma professora que alertou os meus pais (N22).

Já vimos que nestas narrativas não há referência a culpabilização das pacientes ou dos pais em relação ao fenómeno, após a constatação do problema, havendo uma tentativa de recorrer à ajuda exterior para o tratamento, quer seja, ajuda médica ou até de *bruxedos*.

3.2.2.4. Dinâmica familiar do problema à recuperação

Relativamente à dinâmica familiar antes do problema, parece estarmos perante configurações familiares distintas, como se pode observar na seguinte figura:

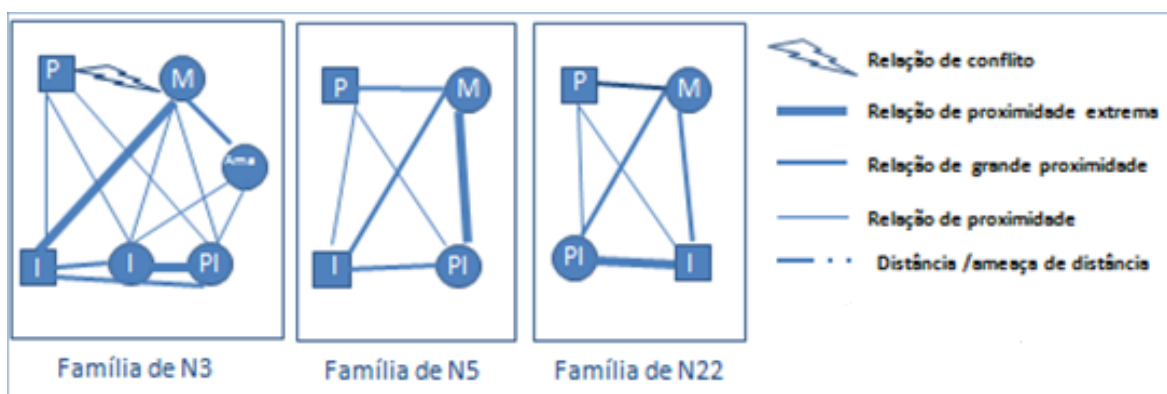


Figura 49. Dinâmica da família de N3, N5 e N22 antes do aparecimento do problema

A família de N3 apresenta um conflito conjugal que leva a que a mãe procure suporte noutros elementos que não o marido, nomeadamente no seu filho mais velho, que se torna o seu braço direito e na ama, que se torna uma segunda mãe das suas filhas. Contrariamente, a família de N5 pode ser definida por uma boa aliança parental e por uma ligação muito estreita entre mãe e filha e entre os dois irmãos. A família de N22 pode ser caracterizada por uma relação mais distante entre pai e filha (do que entre mãe e filha) e alguma parentalização da filha em relação ao seu irmão mais novo (N22),

Durante o problema, ao contrário das trajectórias anteriormente analisadas, não parece haver movimentos de alianças e coligações ou de entrada e saída de

elementos. Ao invés de aumentarem os focos de tensão, o sistema une-se ou complementa-se na resposta ao problema. Aparentemente, a partir do momento em que os diferentes elementos aderem à concepção médica e deixam de existir outras concepções, deixa de haver lugar para a culpabilidade ou para a hostilidade. Esta adesão acontece antes mesmo de irem ao médico. Na continuidade, os pais e PI confiam na equipa médica e respeitam as suas instruções, implantando estratégias similares. O movimento de união e de complementaridade dentro do sistema familiar parece acompanhar a recuperação da denominada paciente identificada.

Vejamos mais atentamente cada família, começando pela família de N3, a partir do seguinte diagrama:

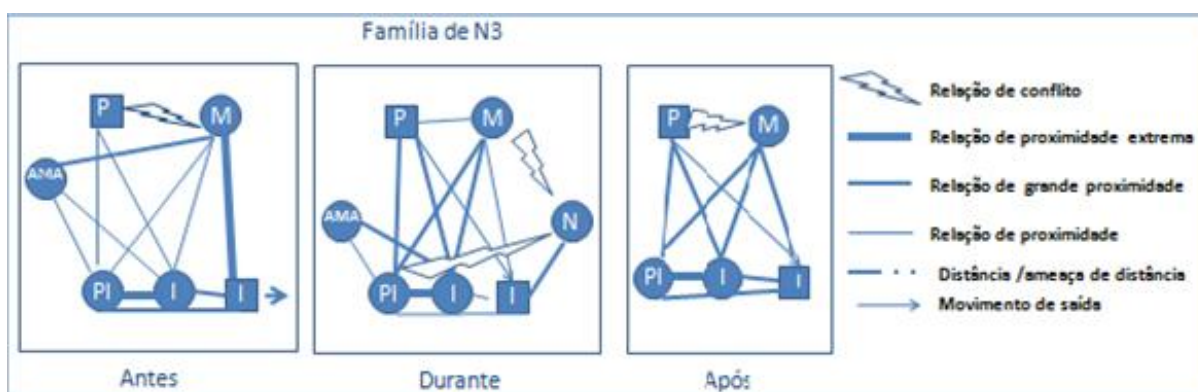


Figura 50. Dinâmica da família de N3 antes, durante e após o problema

Nesta família, perante a saída do filho de casa e alargamento da sua ausência, por motivo escolares e pelo início de um namoro, mãe e filhas unem-se para reclamar pelo seu irmão, canalizando alguma da sua hostilidade para a namorada do irmão que lhes rouba o tempo.

[Mãe 3] Passava-me pela cabeça de tudo, principalmente porque a casa estava mais vazia, não é? Notava, notava muito...era uma tristeza muito grande para mim ter ali um quarto vazio. O P. é...portanto é uma pessoa...portanto é um amigo para mim também, é um filho...Mas é muito amigo, é muito...é assim uma coisa assim muito especial...

[Irmão 3] eu na altura, eu namorava também, também passava muito tempo...vinha a casa ao fim-de-semana, por exemplo, e também passava muito tempo fora...também ia ter com a minha namorada, etc. também era menos tempo que passava aqui!

[Mãe 3] Tanto que a N3 e a L também têm muitos ciúmes em relação ao irmão, se o irmão não vier têm muitos ciúmes! A L. e a N3 nunca gostaram da namorada do P., porque diziam...(Mãe)

Io3 – Ao início gostavam!

M3 – Sim, sim...

Io3 – Ao início gostavam...

M3 - Deixaram de gostar, ou seja, eu acho que lhe começaram assim, como é que eu hei-de dizer? Eu notei isso e isso é a pura verdade, porque as situações falam por si. A L. e a N3, o irmão foi para S., não é? E ao fim-de-semana chegava aqui, ele namorava, não é? Ao fim-de-

semana chegava cá, agarrava no carro e ia ver a namorada. E depois a seguir vinham elas as duas, chegavam “Oh mãe, o nosso irmão? Já chegou?” e eu disse “Já!” e não viam o carro e diziam “Já sei, foi ver a M., liga mais à M. do que às irmãs e não sei quê e não sei que mais!”. E fez com que elas...

N3 – Tu também dizias que ele não passava tempo em casa, agora somos nós!

la3 – Toda a gente reclamava, porque ele passava a semana fora, nunca estávamos com ele!

M3 - Agora elas não conseguiram entender que o P. tinha que ter um bocadinho de tempo para a namorada e um bocadinho de tempo para elas, elas só queriam para elas e eu notava que quando elas, o pouco tempo que elas...e às vezes chamava a atenção ao P. “Oh P. também é verdade as tuas irmãs dizem também passas pouco tempo em casa!”, eu também lhe dizia. (Mãe)

Com o início da restrição alimentar, notada primeiramente pela ama, a agressividade da filha contra a mãe é imediatamente suspensa quando esta se apercebe que é a doença a falar pela filha. Assim, durante o problema, a mãe ocupa-se mais tempo da PI, acompanhando-a a todas as consultas, ficando a ama com a outra irmã. O pai passa a ser um ajudante da mãe durante a recuperação, conseguindo pôr as filhas a comer com ele.

[Mãe 3] eu não estava habituada porque a Ana não era assim, achei que a Ana estava agressiva e malcriada, malcriada na maneira de falar para mim e acho que noutra situação qualquer a Ana levava um estalo, e naquela não, naquela situação eu disse “não”, preferi ficar assim, desabafei a chorar, fui a chorar para o trabalho, mas não lhe bati, mas realmente da maneira que ela falou para mim noutra situação qualquer não admitia que falasse assim para mim, com aquele berro, aquele olho arregalado para mim, mas já não era a Ana, já era trocado pela doença

[Mãe 3] de repente a Ana, tão depressa deixou de comer como começou mesmo a desaparecer e eu comecei-me a assustar, a assustar muito e comecei a andar até tive várias chatices no centro de saúde por causa de querer andar e eles eram lentos...

[Mãe 3] Mas era eu que tinha de suportar tudo, notei que era eu mesmo que tinha que andar, era eu que tinha que ouvir, era eu que tinha que dizer “a melhor solução é esta”, “eu acho que não está correcto como eu quero, eu acho que vou ter que fazer assim, eu acho que vou ter que fazer assado”, era eu que faltava constantemente também ao trabalho, para tratar da Ana, para ir com ela para o médico, para a acompanhar, fui sempre eu, acho que fui sempre eu que andei muito e que resolvi todas as situações, fui eu que a acompanhei, não fui? E depois eu tinha que suportar a Ana também o mau humor da Ana, nas idas ao hospital. A N3 lá sentada...

[Mãe 3] A ama ficava com a L., a ama tratava da L.. Foi a grande ajuda da tal segunda mãe que elas têm, que sempre a, que sempre nos acompanhou, sempre em tudo, mesmo...ela só não acompanhou a N3 ao hospital porque tinha a L., ela ficava com a L., porque ela acompanhou em tudo...na nutricionista! A ama sempre acompanhou, porque convinha, porque a ama, enquanto que eu estava só com ela de manhã ao pequeno-almoço e havia alturas em que eu nem estava eu ao pequeno-almoço, quando pegava eu às oito nem ao pequeno-almoço eu estava com elas, e ao jantar e a ama acompanhava-as durante o resto do dia. Portanto a ama até estava mais bem informada sobre aquilo que a N3 comia, sobre aquilo que ela, as refeições que ela fazia durante o dia, a ama até era uma das pessoas mais indicadas até para falar e ela acompanhou-me sempre, menos ao hospital, ao hospital é que era sempre só eu, ia com ela porque a ama tinha a L..

M3 – Depois partia muito queijo e ao partir o queijo, isso eu lembro-me também, mas já numa fase um bocadinho melhor, mas eu lembro-me de ele partir o queijo, quanto mais ele partia, mais elas comiam e então eu dizia “parte sempre, parte sempre, para elas comer”.

I – (riso) e portanto isso ajudava?

M3 – Era! Mas ele partia muito e depois chegava no outro dia se eu estivesse muito cansada ou até já não me apetecesse já não saía da cama, dizia-lhe a ele “vai para a cozinha parte queijo, parte queijo que elas comem!”.

Todos juntos, numas férias, montam um sistema de contingências que ajuda a PI a recuperar. Após esta recuperar, a sua irmã gémea adoece.

[Pai 3] Aquele ano, em que foi para o campismo é que ela melhorou ali nesse ano, queria ir para a piscina dizia “queres ir para a piscina tens que comer” e ela queria ir.

[Mãe 3] Acabamos por ir, acabamos por ir, mas eu disse à Ana antes de sair “Oh Ana se eu chegar lá e tu começares a não comer nós vimos logo embora” e então ela queria muito e então aquilo foi uma maravilha. Eu fazia-lhe sempre a sopinha e controlava as refeições, o pequeno-almoço...

P3 – E para ter senha e para ir para a piscina tinha que comer.

M3 – A meio da manhã, ela queria ir para a piscina controlávamos “N3 tantas horas vens aqui, vens comer, comes isto, aquilo”.

[Pai 3] Mas o que me admira é uma coisa...primeiro ficou esta, não é? Esta teve essa mania e esta estava gordinha, estava jeitosa, estava toda coisa e esta dizia à irmã para ela comer “tu come, isto e aquilo e tal” e ela a ver que estava a ficar dia-a-dia, a emagrecer e depois a seguir ficou ela!

Actualmente, o casal parece continuar em conflito, sentindo a mãe a falta do filho e sofrendo com a antecipação da saída futura das filhas.

[Mãe 3] aqui a falta de carinho, a falta de atenção, a falta de apoio foi tudo da parte do meu marido. Sim, sim, digamos que sim, que não dava, ou seja, para quem queria tanto ter gémeos, porque já quando eu estava grávida do meu filho...

P3 – Na maior parte do tempo eu não estava cá, estava sempre em Lisboa, não é?

[Pai 3] Isso é o que todos dizem “eu se soubesse o que sei hoje não me casava” (risos).

[Mãe 3] E também me está a custar este ano, este ano também me está a custar, também não aceito assim muito bem, ou seja, fico triste quando o P. não vem, porque é assim o P. os outros anos veio sempre a casa ao fim-de-semana, era raro ficar, não é? Raro ficar lá um fim-de-semana, só mesmo quando ele dissesse “Oh mãe olha tenho mesmo que estudar...”

[Mãe 3] Este ano já estou muito mentalizada, só falta um, para o ano já estou melhor! E depois a pensar que sai o P. e vão as duas...! Penso, penso muito nisso, “será que vou aguentar, agora só tenho o P., será que vou aguentar a L. e a N3 na faculdade?”. Penso muito nisso!

Como pudemos observar, contrariamente às narrativas anteriores, nestas famílias não há um jogo de alianças e de aproximações/separações ao longo do problema. A separação neste caso (motivada pela saída do irmão mais velho de casa) ocorre antes do problema se iniciar, e o eclodir do problema, que é definido como uma doença, parece favorecer a união familiar, nomeadamente a aliança parental, que se coordena para ajudar a filha a superar o problema.

Na família de N5, também ocorre uma saída de um elemento antes de repararem na restrição alimentar da jovem. A restrição alimentar intensifica-se e com a menor presença do irmão, a PI começa a não querer sair só com os pais. Diz-lhe que estes têm vergonha dela, os pais acham que a filha é que tem vergonha deles.

[Irmão5] Depois foi complicado, porque numa fase crítica, a minha vida mudou, fui três meses a Lisboa e reconheço, reconheço o crítico da situação de fotografias dessa altura, nessa altura...

M5 – E fomos lá passar uma semana.

Io5 – Foi nessa semana precisamente, há fotografias que eu agora vejo à distância e foi mesmo numa fase muito má! Embora, essa conversa com o Dr. Y foi só no Inverno, no Inverno seguinte, nessa Primavera, início de Verão já estava muito má!

[Mãe 5] foi quando realmente ela foi fazer essa entrevista ao Dr.Y, lá para o trabalho de área de projecto da escola e aí é que realmente ele foi, acho que foi ele mesmo que, que deu o...que deu, que deu o sinal para nós vermos que realmente aquilo não podia continuar, porque ele confrontou mesmo a mim e ao meu filho e disse que a N5 que se não se curasse em 15 dias que morria, mas assim com...(Mãe)

[Pai 5] Ela própria acusar-nos que nós não queríamos andar com ela na rua, porque tínhamos vergonha, não era verdade.(Pai)

M5 – Não era verdade...

P5 – Por vezes andávamos a passear os três, o meu filho já namorava na altura e sentimos que ela se atrasava, não é? E outras vezes se adiantava, parece que era ao contrário, que não sei se era ela que tinha vergonha de andar connosco.

M5 – Eu acho que era isso mesmo, ela é que tinha vergonha de andar connosco.

P5 – Mas acusava-nos, acusava-nos explicitamente de “Vocês não querem andar comigo na rua, porque têm vergonha de mim!”, não era verdade.

Se o problema causa inicialmente alguma tensão entre mãe e filha e entre irmãos, rapidamente a tensão se dissipa dado que o irmão se apercebe que é uma doença e a mãe opta por pedir desculpa sempre que se sente culpada de algo. Ao invés de se gerarem braços de ferros, passa a haver complementaridade entre os diferentes elementos, unindo-se todos em função do problema.

[Mãe 5] Mas do género, um dia o irmão, ela tem um roupeiro com um grande espelho e o irmão espeta-a assim na frente do espelho, “Olha para o que estás a ver! Gostas?!” , assim, mas com uma raiva enorme, com vontade de a meter pelo roupeiro dentro com vidro e tudo, percebe? Assim, mas ela a dizer que sim, que era assim que gostava, assim é que se sentia bem. (...) A Joana depois ficava a chorar no quarto, depois eu ia lá, fazia mimosinhos, dava beijinhos, “Amanhã vai ser um dia melhor”...

[N5] E até posso dizer que é, provavelmente, a maioria das vezes até sou eu, mas muitas vezes a minha mãe erra e é muito engraçado, porque ela na altura é, como o meu pai estava a dizer, é tudo a quente, sai tudo, sai o que deve sair e o que não deve sair, mas depois a minha mãe reconhece e vem pedir desculpa, tanto seja a mim ou ao Duarte...Eu acho muita piada.

[Mãe 5] Não sou capaz de me sentir culpada e não pedir desculpa aos meus filhos...isso...tenho de pedir desculpa...

[Mãe 5] Sempre a deixá-la fazer aquilo que ela....deixá-la seguir sozinha, percebe? Porque era isso que a Dra. X queria!

P5 – E corremos o risco de acontecer alguma coisa, mas preferimos correr o risco também era uma forma dela superar.

[Pai 5] A partir do momento em que ela começou a ser seguida aqui, havia essas balanças e calcular o peso, acho que toda a gente entendia que nem que fosse uma miligrama já era melhor...

M5 – Era muito bom.

Io5 – Nem que fosse assim durante 20 anos...

I – Hum, hum...portanto, eram explícitos no reforço que faziam?

Io5 – Aí sim, acho que nessa altura, nessa altura sim...todos!

No final o casal sente a sua relação ainda mais fortalecida, usufruindo de momentos a dois. Mãe e filha continuam muito próximas, onde um está a outra está.

[Pai 5] até o meu próprio relacionamento com a minha mulher foi muito, passou a ser muito mais cúmplice, não é? Nós tínhamos vinte e poucos anos de casados e, às vezes, e eu hoje considero que estou mais realizado no matrimónio que estava há quatro anos atrás...

[Irmão 5] Podem estar muito bem ou muito mal, mas se a minha mãe estiver na sala ela também está lá na sala, de pé, a conversar e muitas vezes está como está, a dizer coisas que não têm nada a haver, nem não têm interesse nenhum, mas...

A figura que se segue evidencia estas movimentações:

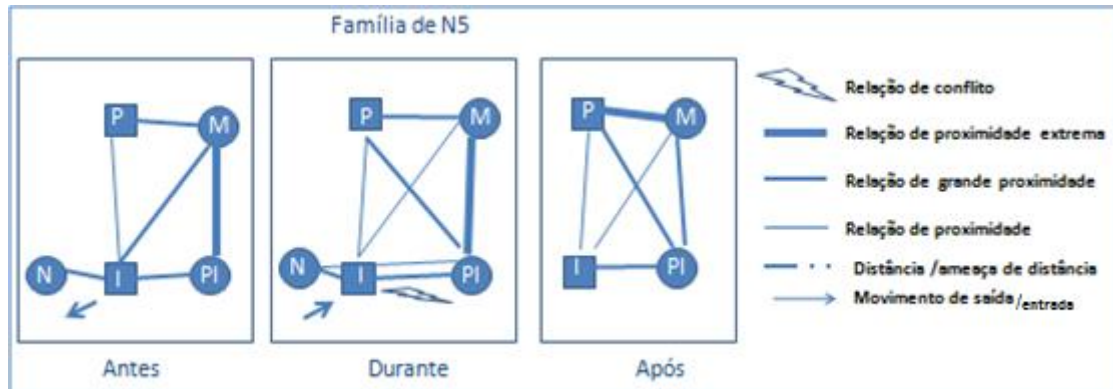


Figura 51. Dinâmica da família de N5 antes, durante e após o problema

Na família de N22, antes do problema a mãe parece ter uma relação privilegiada com os filhos, acompanhando-os nas suas actividades, nomeadamente nos estudos. A relação entre pai e filha parece ser mais distante.

[Mãe 22] Como eu acompanho sempre os meus filhos a nível dos estudos.

[N22] O meu pai nunca foi de muitas conversas comigo, a minha mãe sempre foi.

Com o início do problema pai e mãe têm alguns conflitos, ainda que fossem capazes de manter a aliança parental, não se desautorizando.

[Mãe 22] No início, a nível do meu marido às vezes o nosso relacionamento ficava um bocadinho difícil. Mas é assim eu nunca interferi na educação do meu marido. Embora depois com calma falasse com ele, chamasse a atenção, e lhe dissesse que eu achava que ele estava errado. Mas nunca nos desautorizamos um ao outro, porque acho que isso é prejudicial para os filhos. Claro que nessa altura as coisas eram diferentes. Mas tentamos sempre e vimos que o problema não era uma coisa que ela estava a fazer por crer, o problema era superior a ela e tentamos ajudá-la.

O início da recuperação é coincidente com a saída de casa da filha, altura em que os pais se coordenam em termos de estratégias.

[N22] Quando eu vim para a faculdade achavam que eu ia ficar pior. Achavam que eu devia ficar em casa, devia parar a faculdade. Que ia ficar pior, como não ia ser vista pelos meus pais... Até que eu queria continuar com a faculdade, não tinha nexos nenhum, e viram que eu fui evoluindo. A partir daí, até fui evoluindo mais. A partir daí, até me diziam... viam que eu estava a recuperar, que eu estava a evoluir cada vez mais, viam que eu ficava chateada com os conselhos, com as opiniões deles, e então deixaram de dar. Começaram até a dizer: "Estás a recuperar". Viam até que eu ficava contente.

[Mãe 22] o Porto sozinha, e ela saber que nós se a mandamos para lá é porque confiávamos nela (o Porto é daqui a 2 passos). Mas no início foi muito duro, ela nunca tinha saído de casa. A confiança que a gente depositou na Luísa foi muito importante, acho que ela sentiu que nós lhe

estávamos a dar armas, juntamente com a nossa protecção, que ela conseguisse pôr à prova até onde ela era capaz de ir.

Com a recuperação, todos se sentem mais unidos, especialmente pai e filha que se aproximaram a um ponto que hoje a filha fala com ele de coisas que antes não falava.

[Mãe 22] Num certo ponto até fortaleceu mais a união. Acho que sim. Acho que hoje somos mais unidos.

[N22] Vejo principalmente diferenças no meu pai. Antes da doença não comunicava muito com o meu pai. Vejo que depois houve só discussões. E agora vejo que falo até mais com o meu pai do que com a minha mãe. O meu pai aproximou-se muito de mim. Falamos muito de tudo.

Vejam esquematizadas na seguinte figura as movimentações até agora referidas:

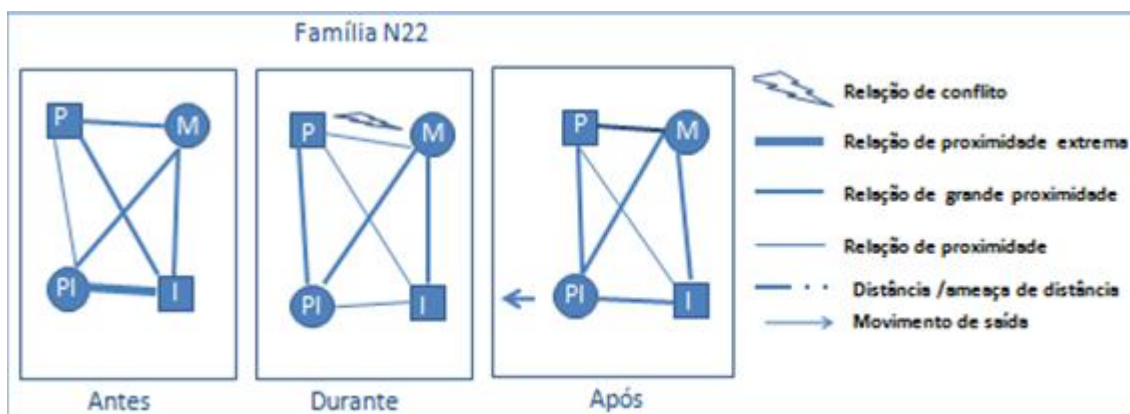


Figura 52. Dinâmica da família de N22 antes, durante e após o problema

Em suma, nestas três famílias não há muitas movimentações familiares durante o problema. Tanto em N3 como em N5 o casal une-se com vista à recuperação. Em N22, o casal começa por passar algumas dificuldades, respeitando-se contudo mutuamente, procurando nunca desautorizar o outro.. Durante a recuperação, enquanto a família de N3 monta uma estratégia de realimentação, as outras famílias confiam na equipa médica para apoiar a jovem a fazê-lo, dando-lhe incentivos e reforços, sem pressionar. Também nas famílias de N5 e N22 é considerado como factor de recuperação os pais terem decidido confiar na jovem, deixando-a ir sozinha às consultas ou para a escola (N5), ou ir estudar para outra cidade (N22). A não culpabilização é considerada pela família de N5 outro importante factor de recuperação, bem como a força de vontade da ex-paciente, como os seguintes excertos ilustram:

Quadro 115.

Factores considerados úteis pelos familiares, nas trajectórias estéticas

Excertos da categoria “Factores úteis para a recuperação”	
Apoiar a alimentação	na Incitava-as a comer, “olha meninas vamos comer alguma coisa?”, eu dizia à meia-noite até estava aqui “olha vamos comer alguma coisa? Vamos lá, vamos tomar chá, vamos comer”, eu ajudava-as a comer...(Pai 3)
Seguir instruções médicas (não se envolverem na alimentação)	as esta foi a primeira consulta e última que fizemos com ela, porque ela disse “A partir deste momento eu só quero falar com a A.” e depois a A. passou a vir ao hospital muitas vezes sozinha... (pai) M5 – Sozinha! E isso era para mim era um pavor, ela vir para aqui sozinha porque era complicado, não é? Mas tinha que ser, a Dra. X não queria que nós viéssemos e nós não vínhamos.
Reforçar a pressão	sem Começamos até...porque era palpável a evolução dela, começamos, eu vinha aqui buscá-la algumas vezes, não vinha à consulta vinha buscar, e ela vinha com o papel “Engordei 5 gramas” e ela ficava um bocado decepcionada, eu disse “Oh filha isto é maravilhoso. 5 gramas é muito bom! Ainda há pouco tempo tinhas tanto...” (riso leve).(Pai5) M5 – “Agora já tens mais”. P5 – “tens mais 5!”, não é? Quando eu vim para a faculdade achavam que eu ia ficar pior. Achavam que eu devia ficar em casa, devia parar a faculdade. Que ia ficar pior, como não ia ser vista pelos meus pais... Até que eu queria continuar com a faculdade, não tinha nexos nenhuns, e viram que eu fui evoluindo. A partir daí, até fui evoluindo mais. A partir daí, até me diziam... viam que eu estava a recuperar, que eu estava a evoluir cada vez mais, viam que eu ficava chateada com os conselhos, com as opiniões deles, e então deixaram de dar. Começaram até a dizer: “Estás a recuperar”. Viam até que eu ficava contente (N22)
Confiar	E muitas vezes corremos riscos, porque houve alturas que ela nunca deixou de ir à escola e sabíamos que ela podia ter tonturas... M5 – E chegou a cair... P5 – E chegou a cair, nós propusemos levá-la à escola e buscar e ela disse... M5 – “Não!”... P5 – E corremos o risco de acontecer alguma coisa, mas preferimos correr o risco também era uma forma dela superar. Quando ela foi para a faculdade, ela ficou lá. Para nós foi um bocadinho complicado e embora soubéssemos que ela se ia alimentar tínhamos medo. A nossa preocupação era telefonar todos os dias e perguntar se ela tinha comido. Embora eu nunca martirizei muito. Só perguntava se estava tudo bem e se ela se tinha alimentado direitinho. Embora tivesse às vezes vontade de perguntar mais, queria que ela soubesse que uma pessoa confiava e que sentisse que ela era responsável. (Mãe 22)
Não culpabilizar	Aliás acho que, no fundo, acho que, embora nos custasse, porque...nós não víamos culpa da nossa parte no que se estava a passar, mas também nunca a culpamos, isto é, isto aconteceu, não valia a pena estar a dizer nada “Tu és uma desgraçada, tu fizeste isto...”, não, aconteceu! O problema era aquele, vamos é resolvê-lo, está a perceber? (Pai 5)
Motivação/determinação da ex-paciente	eu acho que houve trabalho de muita gente, mas há uma...há uma derrotada e há uma vitoriosa, a derrotada conseguiu cair lá no fundo, que foi ela, e a vitoriosa que se conseguiu meter outra vez lá em cima, que foi ela! (Irmão 5) repare também há muito mérito da minha filha, não é? A personalidade dela, se calhar, é que fez também que ela superasse esta situação. Acho que se fosse uma pessoa, que se fosse uma pessoa mais fraca era capaz de não ter superado também isto. (Pai 5) Acho que foi ... outra coisa, a força de vontade dela. A N22 sempre teve uma força muito grande, ela queria ficar boa, queria recuperar. Acho que foi muito importante isso. Mesmo quando fomos à senhora, ela disse isso que queria ficar boa. Sempre vi na minha filha uma força muito grande. Ela sempre queria atingir e lutar sempre por aquilo que quer, quer a nível de estudos. A N22 é uma pessoa muito determinada. Eu acho que sim, que foi isso. (Mãe 22)

3.2.2.5. Funcionamento actual do sistema familiar

Em termos de funcionamento familiar, o que acontecia antes do problema parece ocorrer após a sua resolução, não parecendo haver grandes transformações familiares (na família de N3 o conflito conjugal reaparece após a recuperação, em N5 e N22 a aliança parental mantém-se após a recuperação).

Há contudo em algumas famílias um estreitamento de relações, como por exemplo na família de N22, em que se verifica uma aproximação entre o pai e a filha. Na família de N5 o casal parece também sentir-se ainda mais unido e realizado no matrimónio.

[Pai 5] até o meu próprio relacionamento com a minha mulher foi muito, passou a ser muito mais cúmplice, não é? Nós tínhamos vinte e poucos anos de casados e, às vezes, e eu hoje considero que estou mais realizado no matrimónio que estava há quatro anos atrás...

A dificuldade de separação entre pais e filhos parece também manter-se. A mãe de N3 continua a sofrer com a ausência do filho e sofre por antecipação pela eventual saída das filhas. A mãe de N5 que teve dificuldade em cortar o cordão umbilical com o filho continua a ter uma relação inseparável com a filha.

[Irmão 5] referindo-se à relação entre mãe e irmã] Podem estar muito bem ou muito mal, mas se a minha mãe estiver na sala ela também está lá na sala, de pé, a conversar e muitas vezes está como está, a dizer coisas que não têm nada a haver, nem não têm interesse nenhum, mas...

[Mãe 3] E depois a pensar que sai o P. e vão as duas...! Penso, penso muito nisso, "será que vou aguentar, agora só tenho o P., será que vou aguentar a L. e a Ana na faculdade?". Penso muito nisso!

Quer na família de N22 quer na família de N5 há elementos que dizem explicitamente que ainda não estão recuperado face ao problema da Anorexia Nervosa, o que nos poderá fazer mais uma vez questionar se ficaram transformações familiares ainda por se realizar.

[Irmão 5] eu pelo menos ainda não estou curado da anorexia nervosa dela, ainda tenho, ainda tenho muitas vezes que controlar, controlar para também ficar mais tranquilo, não é desconfiar dela, é ver se ela está a ..., se está a comer bem...há muitas coisas que... Mas isso acho que todos...isso acho que todos.

Io5 – Porque a Anorexia é uma...

M5 – "Oh Joana não comes mais? Oh mãe não quero mais!", pronto eu também achei que ela comeu bem, mas às vezes...

P5 – Fica-nos sempre aquilo...

[Pai 22] Mas quando agora almoça, tenho de dizer sempre alguma coisa à miúda. Não sei porquê. Ela agora diz: oh pai tu é que estás doente e não eu. Aquilo marcou-me tanto, tanto. Não há uma refeição que eu não lhe diga nada. Não sei porquê mas tenho de dizer alguma coisa. Quando eu vejo à refeição ela a escolher isto e aquilo eu pergunto: oh Luísa, tu perdeste alguma coisa. Eu havia de estar calado e deixá-la. Mas não aguento. A mãe já não. Mas eu fiquei tão marcado, tão marcado. Mas não se passa nada daquilo que se passou.

Olhando para as respostas que deram ao FACES, comecemos pela família de

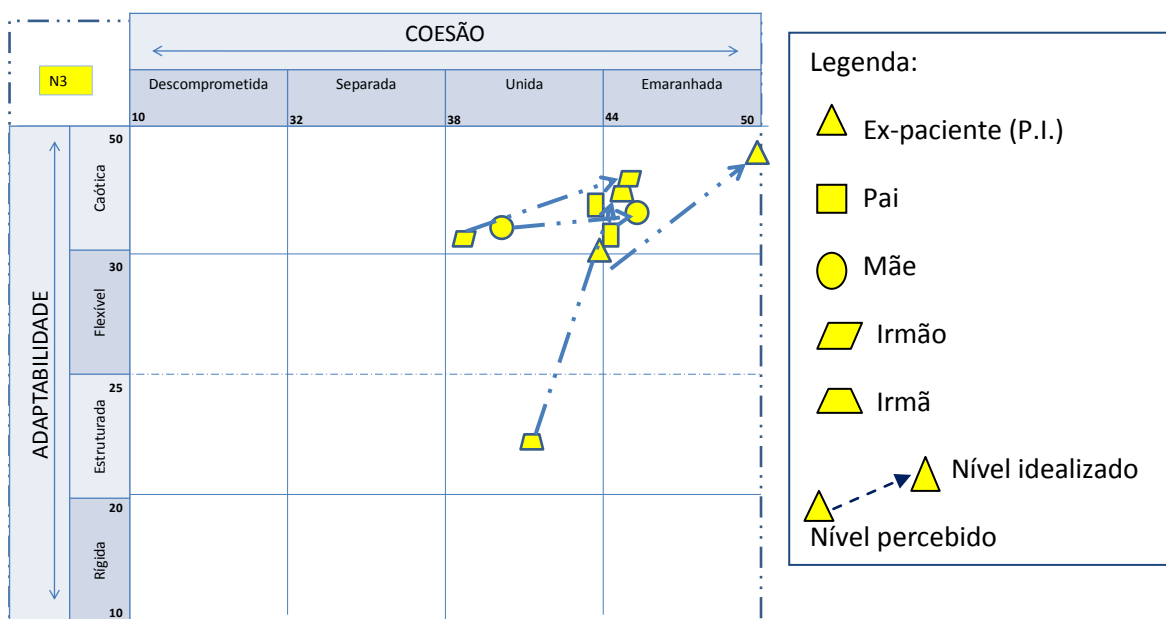


Figura 53. Perfil circunplexo da família de N3 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Verificamos que na família de N3, é a ex-paciente e a irmã, ou seja as duas ex-pacientes, que se encontram mais insatisfeitas com o funcionamento familiar desejando um sistema familiar mais flexível e mais coeso. Fica por saber se este desejo se estende a toda a família, ou ao desejo de verem os pais mais unidos e com estratégias mais flexíveis. Pai, mãe e irmão parecem estar satisfeitos com a adaptabilidade actual, contudo a mãe e irmão idealizam com uma família ainda mais coesa.

No caso da família de N5, todos os elementos parecem estar satisfeitos com o grau de funcionamento actual, como podemos observar na seguinte figura:

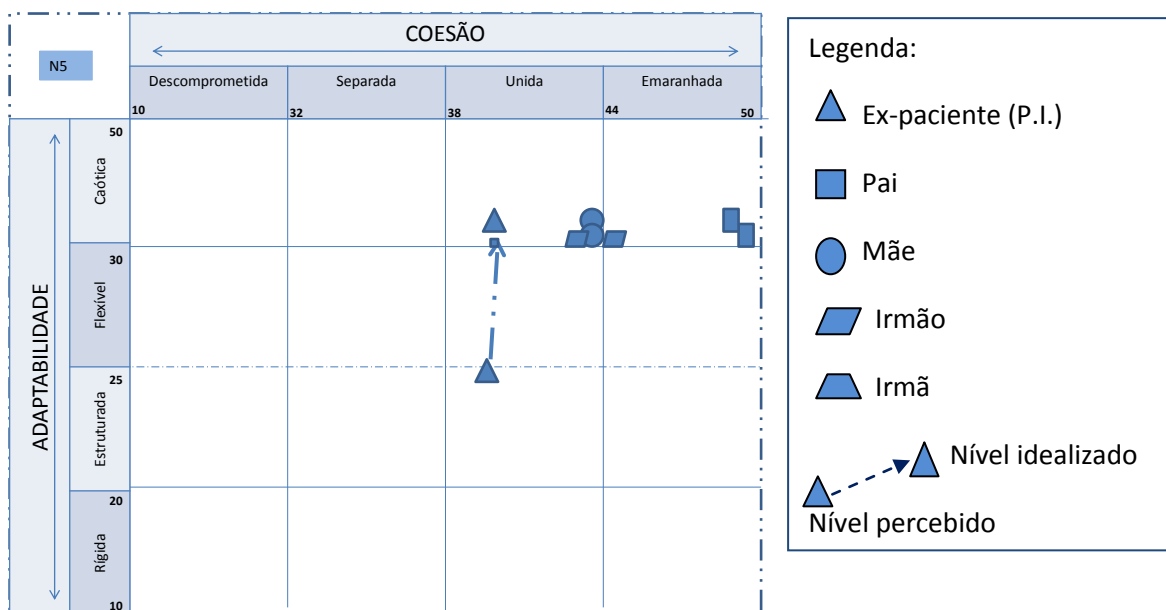


Figura 54. Perfil circunplexo da família de N5 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Apenas a ex-paciente idealiza uma família mais flexível, estando de resto todos os elementos satisfeitos com o nível de coesão e adaptabilidade atingida, talvez por isso a N5 continua a querer impôr-se e a família a querer que ela volte a ser a filha dócil de outrora.

P5 – Honestamente, acho que a minha filha ainda tem um feitio um bocado radical, às vezes agressivo, não é?...e acho que...já não há motivos para isso...

I – Hum, hum...e em relação a quê? Agressiva...

P5 – A tudo! Tudo! Pode ser...Em tudo o que nós gostamos e que ela sabe que nós gostamos, sei lá se estivermos a falar de política ela sendo do mesmo partido é capaz de...

M5 – De confrontar...

P5 – De confrontar, sendo do mesmo clube é capaz de confrontar, é capaz até de tomar atitudes como se fosse uma grande expert de futebol, por exemplo e (? – palavra imperceptível) o pai e o irmão, que se calhar sabem muito mais do que ela. Na roupa, por exemplo, na roupa às vezes eu digo (? – palavras imperceptíveis), aliás nunca quer a roupa que a minha mulher lhe quer dar, por exemplo e eu acho que isso ainda é...

(...)

M5 – Não era assim.

E – Como é que era antes?

M5 – Aceitava tudo.

Na família de N22, há um elevado nível de discrepância entre funcionamento familiar percebido e idealizado.

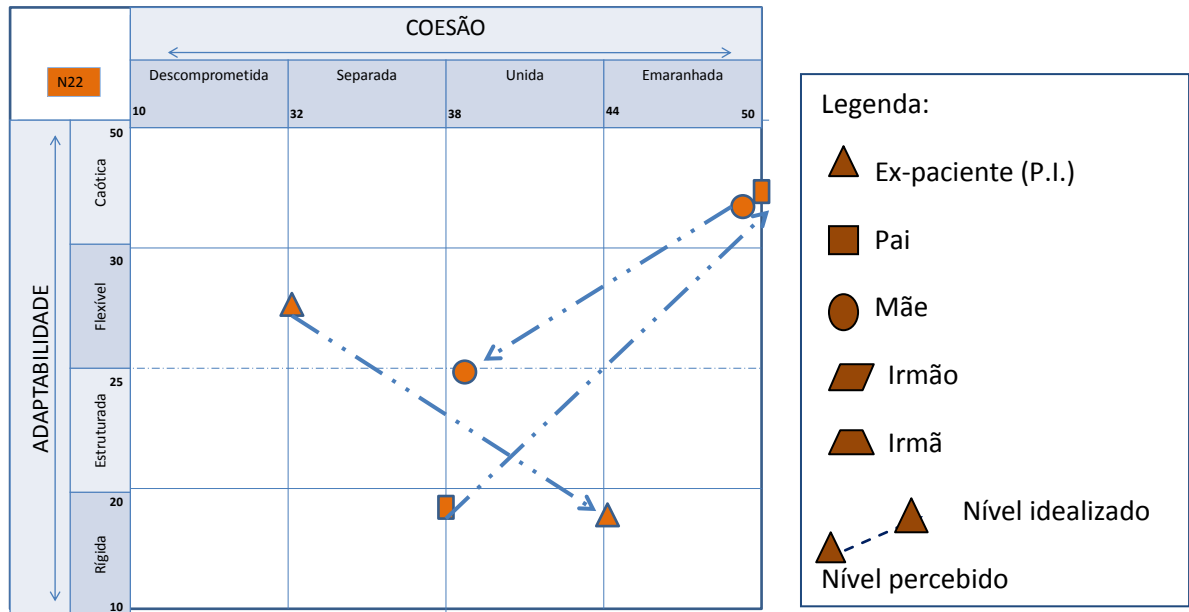


Figura 55. Perfil circunplexo da família de N22 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

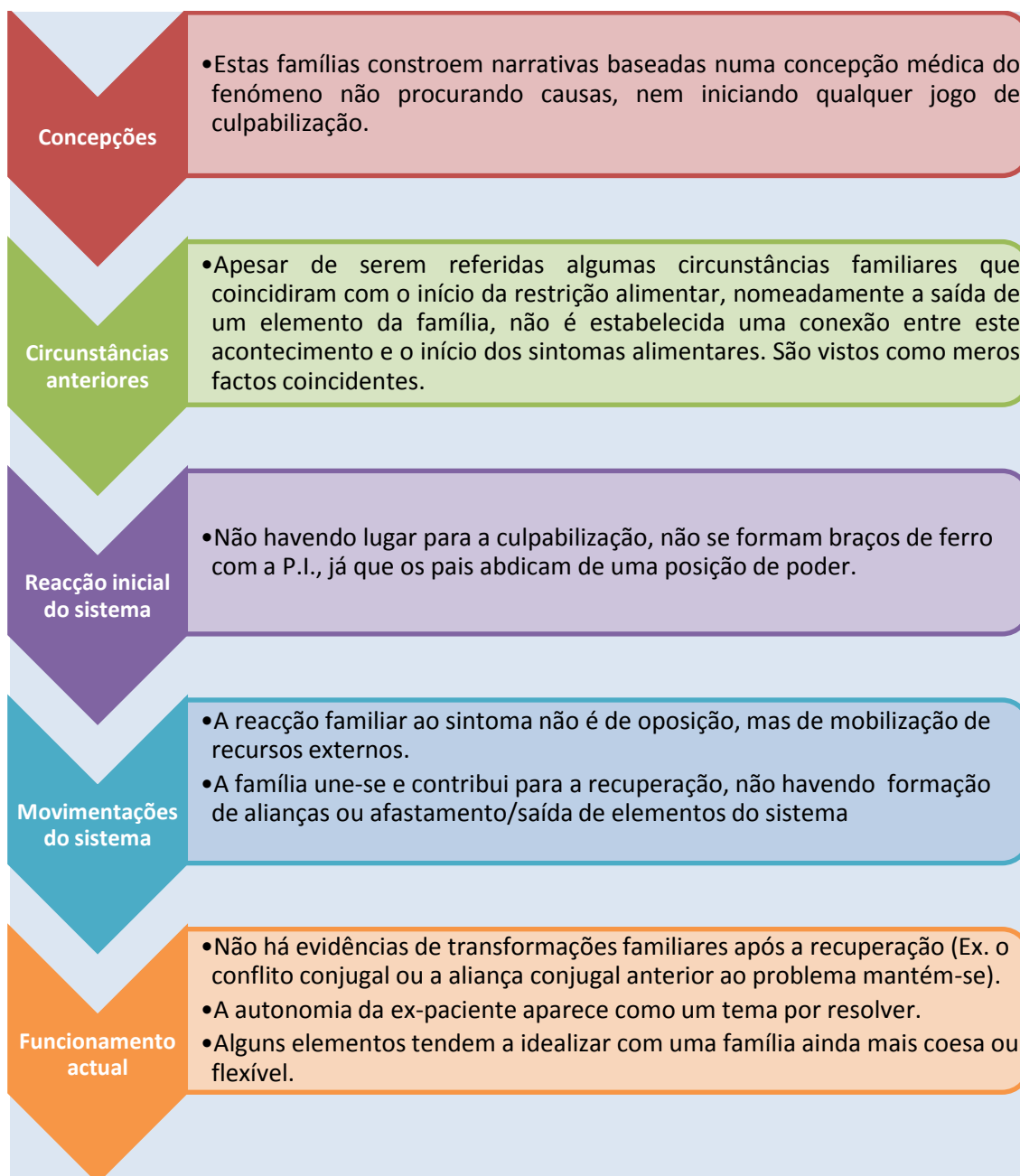
Pai e filha, que se encontram numa fase de aproximação, idealizam uma família ainda mais coesa. Enquanto o pai deseja uma família mais flexível, mãe e filha desejam uma família com um nível maior de rigidez. A mãe, o elemento que sempre se manteve próximo dos outros, não parece desejar mais coesão, mas um nível mais equilibrado de coesão.

Em suma, conforme as famílias anteriores, estas famílias tendem a idealizar com uma família ainda mais coesa. Enquanto nas famílias de N3 e N5 parece haver pouca discrepância entre o funcionamento familiar percebido e idealizado, à excepção das ex-pacientes, na família de N22, esta discrepância verifica-se em todos os elementos.

O quadro-resumo que se segue sintetiza a dinâmica familiar anteriormente caracterizada nestas 3 famílias cujas jovens descreveram uma trajectória de recuperação denominada por estética.

Quadro 116

Quadro-resumo da dinâmica familiar nas trajetórias estéticas



3.2.3. A dinâmica familiar nas trajetórias centradas no self

Ouço agora a família de das jovens que construíram narrativas centradas no self (N11, N14 e N20) e construo um diálogo com as ex-pacientes acerca da dinâmica das suas famílias.

Percebi não só pela entrevista mas também quando procurava negociar uma data para a sua realização, como tu Cristina (N11) e o teu pai estavam um pouco relutantes em participar. O teu irmão também não participou, já que os teus pais evocaram o facto de ele ser demasiado pequeno e nunca lhe terem explicado o que havia sucedido. Talvez por toda esta resistência em participar, fiquei sem saber como vocês eram antes deste fenómeno ter eclodido. Percebi que quando começaste a restrição alimentar, começaram a haver muitos conflitos em vossa casa, achando tu Cristina que “eram 3 contra ti”. Este início coincidiu com o desemprego da tua mãe que passou a estar mais tempo contigo, por estar mais em casa. Após o diagnóstico, em que os teus pais perceberam que se tratava de uma doença, procuraram seguir as instruções da equipa médica, flexibilizando as regras relativas à alimentação: compravam o que tu preferias, comias o que querias, ainda que tal não fosse fácil de pôr em prática. Aos poucos foste recuperando, pois, segundo o teu pai, não querias ficar para trás nos estudos, a tua grande preocupação. Parece também ter sido importante a tua mãe ter-te marcado um limite, dizendo-te que se fosses internada não faria nada para te tirar de lá. Ficaste aborrecida mas sabias que ela estava a falar a sério. Hoje os teus pais continuam, nas tuas palavras, “a levar-te ao colo”, como no início. A tua mãe continua a preocupar-se com a tua “sopa”, o que te causa uma certa irritação. Com o teu pai mostras uma cumplicidade não verbal invulgar que não me foi possível de outra forma desvendar.

Ouço agora, a Leonor (N14), a tua família. Percebo pela tua mãe como tiveste sempre uma relação muito próxima do teu pai, que também ficava doente de cada vez que tu ficavas. Até ao ponto de na adolescência tu desejares usar as calças dele, apesar de já teres corpo de mulher. Com a mudança de escola, os teus pais começaram a notar que estavas mais magra e atribuíram ao cansaço e pressão adicional que implicava estar a estudar a alguma distância de casa. Contudo o teu emagrecimento continuava, algo que os preocupou. Afinal de contas tinhas objectivos elevados, o de entrar em Medicina, ainda que mantivesses isso em segredo, os teus pais também tentassem não exprimir esse desejo que tinham para ti, pois em segredo não tinham de verbalizar o receio que tinham deste desejo não se poder concretizar. Quando a primeira médica disse aos teus pais que te tinham de obrigar a comer e tu lhes disseste que isso não ia adiantar nada, os teus pais deram-te razão, propondo-te uma nova médica. Mantiveram-se sempre unidos nesta luta e inclusivamente quiserem sempre proporcionar-te bem-estar, algo bem visível quando te deixaram ir de férias com os teus amigos, ainda que fraca, e fizerem tudo para que regressasses de avião no dia seguinte, quando lhes telefonaste a dizer que não estavas bem. Seguindo as instruções médicas, procuraram não se meter na tua alimentação. Com a tua entrada na faculdade, foste aos poucos recuperando, recorrendo à tua mãe para desabafares sempre que te sentias mais insegura. Hoje nota-se a admiração que

tens pela tua mãe que conseguiu manter-se forte apesar de tu e o teu pai terem muitas vezes “ido a baixo”. A tua mãe acredita que as reuniões de pais lhe foram dando o fôlego que precisava. Hoje estão muito unidos, tu dizes aliás que contas tudo aos teus pais, com todos os pormenores, o que para ti é sinal de união, para outros poderia ser sinal de indiferenciação.

Finalmente, ouço-te a ti a Filipa (N20) e à tua família. Percebi que nasceste com uma espada apontada à cabeça por causa de uma doença que te foi diagnosticada e que te tem trazido várias complicações. A tua mãe não teve opção e muitas vezes teve de deixar a tua irmã com a tua avó, para te poder acompanhar, já que o teu pai trabalhava fora. Com o aparecimento dos primeiros sintomas alimentares, a tua irmã disse: basta! Achou que esta era mais uma das tuas estratégias para obteres atenção e decidiu sair de casa para ir viver com o namorado, assim que fez 18 anos. Os teus pais nunca te explicaram concretamente o teu problema de saúde, até que por volta dos 9/10 anos um médico não só te explicou onde se localizava o teu tumor, como as suas consequências, como os riscos de uma eventual cirurgia. Sempre que ias lá obrigava-te a dizer-lhe o que tinhas e os respectivos riscos, o que os teus pais hoje acham que foi demasiado duro dada a tua tenra idade. Sempre soubeste que não podias engordar, pois corrias o risco do teu tumor crescer. Mas não achas que tivesse sido por isso que iniciaste a restrição alimentar. Para a tua mãe contribuiu o facto de seres muito perfeccionista, tal como ela. Com ajuda médica e o apoio das reuniões de pais, os teus pais procuraram seguir as instruções médicas e não insistir com a alimentação, deixando que tu comesses o que quisesses. Contudo parecia por vezes difícil manterem-se fiéis à estratégia, já que em vez de melhorar pioravas. Até que um dia, viste-te sem saída, na sequência de uma complicação médica relacionada com o teu problema de saúde antigo. Querias algo para as dores, mas para isso precisavas de ter algo no estômago. A tua mãe ajudou-te. Deu-te o que tu lhe pediste para comer e a partir daí recomenceste a alimentar-te, confiando na tua mãe, “cada uma de vocês cedendo um bocadinho”, como tu explicas. Os teus pais mantiveram-se sempre unidos. Inclusivamente houve uma altura em que um trabalhava de manhã e outro de tarde para te proporcionar apoio. E foi com o apoio deles e principalmente com a tua garra que recuperaste e hoje parecem todos bem, unidos e flexíveis.

Mais uma vez, questiono-me se estas narrativas terão algum enredo que as ligue. Proponho então um olhar mais aprofundado sobre o envolvimento familiar ao longo destas trajetórias de recuperação.

3.2.3.1. Concepção dos familiares sobre o problema

Nestas três famílias, todas descrevem o problema como algo grave para a família, não sendo um problema apenas da jovem, mas algo que atinge os pais ao ponto de eles fazerem por esquecer, ou por considerarem o maior problema que até à altura tiveram ou algo que todos conseguiram ultrapassar.

Quadro 117.

Concepção sobre o fenómeno pelos familiares nas trajectórias centradas no self: Algo grave, doença, sem causa, reflexo da personalidade.

Excertos da categoria “Concepção sobre o problema pelos familiares”	
Algo grave	Eu tenho impressão que, se não estivesse na AFAAB, que já nem sequer me lembrava bem daquilo que aconteceu. Eu não sei se isso acontece com todos...mas eu acho que uma pessoa passa por um choque tão grande e é um drama tão grande que acaba por fazer por esquecer. (Mãe 20)
	vá nós não temos tido problemas na nossa vida e foi o nosso maior problema, pronto, a situação por que a L. passou foi o nosso maior problema até à data de hoje porque nós a nível familiar quer de pais e irmãos nunca tínhamos passado assim por nenhuma situação ou até problemas, sei lá, de dinheiros ou assim nunca tínhamos tido problema nenhum e este foi o nosso primeiro problema (meio sorriso) e espero que fique por aqui (Pai 14).
	uma fase muito difícil, mesmo muito difícil mas que, pronto, conseguimos com a ajuda do Dr. e da equipa toda, não é, ultrapassar essa fase e encerrar o caso só quero esquecer. (Pai 11).
	é assim a coisa foi grave! Mãe 11
Doença	É uma doença. Uma doença, sem dúvida!. Mas eu hoje tenho a certeza que é uma doença e aceito isso como sendo uma doença, mas no início não aceitava e não sabia. Mas é assim, a minha opinião já é uma opinião muito formada. (Mãe 20)
	M 14 – de obsessão que já era um bocado de obsessão na L....
	é uma doença, uma doença muito grave que só quem passa pela situação é que de facto pode... pode compreender e considerar como tal porque se não passar uma situação destas pensa que... ah isto são coisas de meninos, são brincadeiras... eu também era capaz de dizer a mesma coisa, não é, eu se não passasse pela situação que passei dizia ah isso é mas é pessoas que... é difícil e depois leva-se aquilo como seja... sei lá ou falta de autoridade dos pais para mandar a criança comer ou...sei lá ou mimos da parte do filho ou da filha, não é ... mas eu próprio acho que se não passasse pela situação pensaria isso e dizia isso se calhar... não tenho dúvidas nenhuma que diria isso, só quem passa pela situação é que poderá analisar isto. (Pai 11)
Sem causa	M14 – Eu pronto, eu não sei o que é que despoletou isto na L. Ela também diz que não sabe e nós também não imaginamos, mas alguma coisa teve que ser. P14 – Quer-se dizer, eu estava tão à vontade porque a L. nunca foi gorda... M14 – Nós achávamos que isso só acontecia aos gordos ou a pessoas com... P14 – Agora eu ouço comentários dos pais para os filhos “tu és gorda, tu estás gorda, tu só comes...”. Quer dizer, nós nunca pusemos isso em questão porque a L. pronto... M14 – Ela nunca foi de comer muito também, ela também nunca foi...eu também nunca fui de insistir com ela para comer...
	Não faço a mais pequena ideia, nem isso me interessa rigorosamente nada. Eu digo isso muitas vezes às pessoas na AFAV “não procurem a causa, a causa na interessa para nada, o que interessa é que eles fiquem bem”. Mas na altura eu acho que me preocupava com a causa, no início. Eu tenho alguma ideia de me ter preocupado com a causa mas depois aprendi que não é isso que é importante. A causa (som com a boca) porque as pessoas pronto, lá está, eu acho que as pessoas têm tendência a sentirem-se culpadas, portanto se forem culpadas é mais fácil...é mais fácil aceitarem uma coisa porque a culpa é de alguém, então se for nossa para nós é mais fácil aceitar, mas isso é uma estupidez. Eu aprendi que isso não é assim e que...pronto, e que a causa não sei qual foi, não sei, nem sei se a F. sabe qual foi a causa mas é assim, isso a mim não me interessa rigorosamente nada. (Mãe 20)
	Mas pronto, nós agora também vemos que realmente a L. tem características de personalidade que são muito vulgares nas pessoas que acontece, com que acontece. e pronto, se calhar é mesmo uma necessidade delas, não sei. (Mãe 14)
Reflexo da personalidade	Mas pronto, nós agora também vemos que realmente a L. tem características de personalidade que são muito vulgares nas pessoas que acontece, com que acontece. e pronto, se calhar é mesmo uma necessidade delas, não sei. (Mãe 14)

Todos concebem também este problema como uma doença, sem causa ou devido à personalidade das próprias, não havendo lugar para hipóteses sistémicas.

3.2.3.2. Circunstâncias anteriores ao problema

Nestas narrativas familiares não há atribuição directa da responsabilidade do problema à ex-paciente ou aos familiares. Há contudo identificação de causas extra-familiares que constituíram pressões adicionais na vida das ex-pacientes, nomeadamente a mudança de escola que constituiu segundo os pais uma pressão para N14, a pressão exercida pelo médico que constitui segundo o pai uma eventual pressão sobre N20. Na narrativa da família de N11 apenas consta o desemprego da mãe que coincidiu com o início do problema, que pode ter constituído uma pressão extra-familiar adicional, ainda que tal não seja explicitado, como os seguintes excertos evidenciam:

Quadro 118.

Circunstâncias anteriores ao problema referidas pelos familiares nas trajetórias estéticas

Excertos da categoria “Circunstâncias anteriores ao problema”	
Mudança de escola	<i>depois como ela se queixava do estômago nós levamo-la ao pediatra dela, que era o medico dela e ainda é, pronto, ao pediatra dela, pronto, ele esteve a vê-la e justificou a situação dela estar a perder peso com aquilo que nós também naquela altura julgávamos, que era pelo facto dela ter mudado de ambiente e estar com um ritmo de vida, ela tinha que se levantar muito mais cedo, tinha que apanhar o autocarro, tinha depois que apanhar o metro, tinha que descer do Marquês para... pronto, tinha uma alteração, porque lá em Lamas o meu marido ia levá-la ao colégio ao portão e ia buscá-la, era diferente e, pronto, conhecia-a bem e disse que como ela andava muito preocupada e estudava muito também havia um desgaste maior portanto ele justificou as primeiras consultas ele justificou a baixa de peso dela (Mãe 14)</i>
Pressão do médico	M20 – Porque nós escondemos da F. o que ela tinha, até que o médico que ainda hoje é médico dela nos disse cruamente que ela tinha que saber e quais eram as consequências e disse-lhe assim de chofre e mais, obrigou-a a repetir. E durante anos, quando nós entramos lá a primeira coisa que faz é “F., diz-me o que tens”. N20 – (risos). P20 – Mas quando esse médico soube que ela tinha anorexia hesitou, fez marcha atrás e não sei se não se sentiu culpado também... (...) Ele tirou a pressão que ele estava a pôr na questão do tumor, reduziu-a para um décimo...ou porque ele deu muita importância à Anorexia ou porque terá associado até uma...alguma evolução. (...) A pensar na tal...na tal pressão, na tal forma de ele comunicar e querer que a F. soubesse claramente e...mas assim de uma forma muito... N20 – ...adulta, para a idade que eu tinha! P20 – Até para nós que...até para nós era muito agressivo. M20 – Muito, muitíssimo. Cru mesmo. E depois descrevia as cirurgias, e que fazia, e que tirava e que não sei quê e... P20 – E as consequências possíveis...
Desemprego da mãe	M11 - eu estou desempregada I – Há muito tempo, há pouco? M 11 – desde que a N11 ficou doente.

Apenas na narrativa da família de N14, o pai enuncia uma eventual fonte de pressão familiar, o seu desejo que a filha seguisse Medicina. Ainda que esta pressão seja desdita a partir do momento em que refere que assim que percebeu que podia constituir algum tipo de pressão deixou de falar nisso, denota-se ao longo deste

discurso que os pais partem do princípio que este desejo do pai é também o da filha, limitando a sua pressão apenas pelo facto da filha poder não conseguir entrar neste curso. Fica a dúvida a partir deste discurso se haveria espaço para esta jovem desejar em alguma altura outro futuro para si.

P14 – Eu depois também cheguei à conclusão...eu não gosto de ser muito pressionado mas é natural que eu tenha feito alguma pressão involuntariamente, sem saber. E porque...a L. era pequenina e eu dizia à Clara que gostava que a L. fosse médica...

M14 – Porque o meu marido gosta...portanto, tem uma coisa pelos médicos. Ele...

P14 – Não é porque...há pessoas que querem que os filhos sejam médicos porque vão ganhar muito dinheiro...eu nem levo essas coisas para aí. Porquê? Eu acho que um médico tem...é uma pessoa que pode salvar uma vida e eu dou muita importância a isso. Não dou importância a essas pessoas que andam aí do jet7 e que só aparecem na TV que são umas pessoas que não valem nada e que aparecem porque aparecem...aquí há pouco tempo uma senhora...

M14 – Que ias a dizer, que era pequenita e que dizias...a L. era pequenita e eu recorde-me de ela ser pequenita e ele dizer “vais ser médica” e eu “não ponhas essa ideia na cabeça da L.”.

P14 – Eu quando me apercebi disse não, eu nunca mais vou falar nesta situação. E nunca mais falei na situação.

M14 – Portanto ela era boa aluna...

P14 – Eu falava daquilo, falava daquilo...

M14 – Porque era ponto, aquela emoção, aquele gosto, aquele prazer. E eu dizia “não ponhas essa ideia na cabeça da L. porque...”

P14 – A L. pode não conseguir...

M14 – Pode não conseguir. Pode até ter muita vontade mas não basta só ter vontade e pode não conseguir. E não ponhas essa ideia e depois é para ela uma frustração.

P14 – E automaticamente...

M14 – E ele imediatamente nunca mais falou nisso.

P14 – É isso que eu digo, nós temos que pôr a cabeça bem no ar e pensar bem nas coisas e qualquer passo que a gente dê tem que meditar.

M14 – Porque muitas das vezes eu acho que...

P14 – As pessoas andam a...as pessoas nesta sociedade andam aí com a cabeça no ar, não pensam, não pensam.

Ainda assim todos os excertos ilustram o não envolvimento dos familiares nas hipóteses explicativas da génese do problema, ainda que todos tenham sofrido o seu impacto.

3.2.3.3. Reacção inicial ao problema

Nestas narrativas são as mães as primeiras a notar os primeiros sintomas. Perante estes sintomas, levam as filhas ao médico.

Quadro 119.

Primeira pessoa a notar nas trajetórias centradas no self

<p>Excertos da categoria “Reacção inicial ao problema”, sub-categoria: “Primeira pessoa a notar”.</p>
<p><i>M20 – Até porque a F. foi sempre uma miúda magra. A F. nunca foi gorda. Aliás ela era esquelética quando era pequena porque ela tinha montes de problemas de saúde e era muitíssimo magra. E depois a determinada altura pronto começou a perder muito peso e pronto e perdeu muito peso e tinha atitudes que não eram normais nela, não é? No comportamento...para além do comportamento alimentar, o comportamento social alterou-se completamente (...)É...a gente falava com ela, dizia que era uma parvoíce e não sei quê e ela muitas vezes respondia torto ou então não respondia nada e não adiantava nada. Eu lembro-me que a mim o que...aquilo que...quando eu me mentalizei que ela realmente não estava bem, veio cá um amigo jantar que foi meu colega desde do 6º ano, do 5º ano, com quem eu sempre me dei muito bem e éramos muitíssimo amigos. E nós viemos...e eles vieram cá jantar e mesa já estava posta ou estávamos a pôr a mesa ou não sei quê...e então, depois da mesa estar posta, a F. andou não sei quantas vezes à volta da mesa a endireitar milimetricamente os pratos, os talheres, os copos e deu voltas e voltas e foi pondo. Esse meu amigo disse-me assim “engraçado que ela é tal e qual como tu eras na idade dela” e eu pensei assim “caramba, eu nunca fui assim”, foi isso que me...foram aquelas palavras que ele me disse que eu era igualzinha e eu disse “não, eu não era assim”. Eu sempre fui perfeccionista mas não ao ponto de dar voltas à mesa e pôr os talheres direitos. E aí eu falei com a pediatra. E pronto, a pediatra conhecia a Dra. X e foi nessa altura que eu a levei à consulta.</i></p>
<p><i>M 14 – nós começamos a ver assim a coisa já a formar-se, mas ela... eu recordo-me dessa conversa que eu tive com a amiga, com a L... ou já depois dessa, depois dessa conversa perguntei à L: oh L mas a F. anda bem disposta na escola, continua a ter os amigos dela, ela está em grupo na mesma? Está, ela está nem..., pronto, depois fez os exames do 11º ano correu tudo bem, pronto, e viveu... foi aí que fizeste os 18 anos? Não, fizeste os 17, foi com os 17 anos que até fizeste a festa lá em casa do tio Quim, não foi?Pronto, passou aquele verão que foi... divertiu-se muito, muito alegre muito... mas, pronto, tive que comprar umas calças já para os anos dela em Setembro porque as calças já não... nenhuma... era só mandar apertar mas tinham que tornar... deixavam logo de servir outra vez</i></p>
<p><i>é assim, a C começou a ficar muito magrinha e assim branquinha, muito amarelinha, levei-a à médica de família para fazer umas análises para ver se estava tudo bem com ela... via-se que ela não estava bem, muito branquinha, muito magrinha e depois foi à médica e a médica disse que estava tudo bem, com as análises estava tudo bem... e depois as coisas foram-se desenrolando (...) e depois uma vez foi a uma consulta da médica de família e ela disse-lhe essa tua anorexia não sei quê e eu: anorexia ah (em voz mt baixa), porque já tinha ouvido na televisão a falar de casos muito graves e cá para mim: estamos feitos... (Mãe 11)</i></p>

Se inicialmente começam por pressionar as filhas no sentido de estas se alimentarem convenientemente, o que desencadeia tensão familiar, a conselho médico e de outros pais que passaram por situação idêntica, decidem mudar de estratégia e deixar de pressionar a filha, satisfazendo as suas preferências e regras alimentares. Pai e mãe coordenam-se desde o início, usando as mesmas estratégias, como será descrito no ponto seguinte através da descrição de cada família em particular.

3.2.3.4. Dinâmica familiar do problema à recuperação

Nestas famílias a aliança parental parece não ficar comprometida com o início do problema. Os pais usam as mesmas estratégias, ora insistem, ora decidem confiar nas instruções externas que a equipa médica lhes prescreve passando a não pressionar. Acabam por reconhecer que o principal mérito da recuperação deve ser atribuído à

própria ex-paciente, mantendo-se num plano secundário, quer no que diz respeito ao envolvimento no problema, quer relativamente ao envolvimento na recuperação. Nestas famílias a recuperação inicia-se quando os pais desistem de pressionar, aceitando ser mais flexíveis.

Vejamos a família de N11. Pouco sabemos desta família antes do início do problema. Efectivamente esta foi a entrevista familiar em que menos informação familiar se conseguiu acerca da família, porventura dado dois elementos terem aceite participar, ainda que contrariados (o pai e a filha), parecendo haver ao longo da entrevista uma aliança implícita entre estes dois elementos. Com o aparecimento do problema, há um eclodir de um foco de tensão entre filha e pais, não havendo uma centração específica deste conflito numa determinada díade, existindo quer com a mãe, quer com o pai.

M 11 – insistíamos muito C. come, C. come...

P 11 – chateávamos, chateávamos, chateávamo-nos, chateava-se ela, chateava-se o miúdo (diz a rir) chateávamo-nos todos (continua a rir) não havia uma refeição que não acabasse... (mt riso) (...)

I – e entre quem é que havia mais discussões difíceis?

N 11 – era comigo e toda gente ralhava (meia a rir)

I – Eram os 3 consigo?

N 11 – Pois eram os 3 contra mim (risos) (...)

I – e quem é que... havia alguém especial com quem se picava, entre aspas, nessa altura?

M 11 – eu é que estava mais... não ia trabalhar é que estávamos mais em contacto uma com a outra, mas quando chegasse a hora da refeição... normalmente acabava em discussão

P11 – era distribuído

N 11 – fosse como fosse

I – quer dizer, no fundo levava mais por tabela por estar mais tempo ...

M 11 – Sim, porque eu também estava ali a insis...

N 11 – (interrompendo) eu acho que não, eu acho que havia mais do pai mas... (risos de todos)

Os pais mantêm-se unidos lidando com o problema da mesma forma. Inicialmente tentam pressionar a PI no sentido desta comer. Com a ajuda médica, os pais procuram deixar de pressionar, tentando seguindo as suas instruções, o que fez diminuir as discussões.

M 11 – deixámos de insistir com ela, pronto

N 11 – deixaram ah (meia a rir)...

P 11 – deixei... foi assim devagarinho...

I – era às vezes?

N 11 – era às vezes...

I – a N11 acha que diminuiu a insistência ainda que não desaparecesse?

N11 – Diminuiu, teve que ser porque senão depois eu ia chateá-los (riso), não, diminuiu, diminuiu

P 11 – Não, não, isso diminuiu.

(...)

M 11 – começou-se a comprar iogurtes magros...

P 11 – como não comia dos outros, compra-se magros (ri)

M 11 – no princípio era pão integral, iogurtes (...)

P 11 – exactamente desde que comesse fosse o que fosse, fosse magro fosse gordo logo que comesse a gente punha..... (...)

I – E quando começaram a fazer isto as vossas discussões diminuíram?

N 11 – eles não podiam reclamar (voz mt baixa, meia sumida)

Aos poucos, N11 vai recuperando, sendo a sua recuperação atribuída ao seu próprio mérito.

P11- o papel principal é dela, não é, porque nunca recuperava se não fosse ela

F 11 – se não fosse eu querer exactamente nunca mais recuperava

No momento actual filha ainda se sente a ser levada ao colo pelos pais, como se fosse pequenina, parecendo existir um nível muito elevado de coesão, ao ponto dos pais saberem exactamente o que a filha come ou não come.

M11 - geralmente tem sempre iogurtes naturais no frigorífico... mas ela come sem ser naturais, quando às vezes não tenho ela come, normalmente há sempre iogurtes naturais, às vezes não fazia sopa, não dá tanta importância à sopa não há sopa come-se outra coisa, a partir desse problema normalmente tenho sempre sopa

N 11 – Continuo a ser levada ao colo (riso de todos)

M 11 – Não porque ela come muito bem a sopa

I – ao colo de quem, ao colo de quem?

N 11 – dos dois

I - Quer dizer os dois continuam a dar-lhe colo? O que é que ela quer dizer com isto de os senhores darem-lhe colo?

N 11 – então percebe-se logo pela sopa então (muito riso)...

M 11 – nós damos-lhe atenção, ela sabe que a gente lhe dá atenção... e dá ao irmão igual mas há este cuidado de... ela come sempre a sopa e a fruta...

Estas movimentações familiares descritas estão representadas no seguinte diagrama:

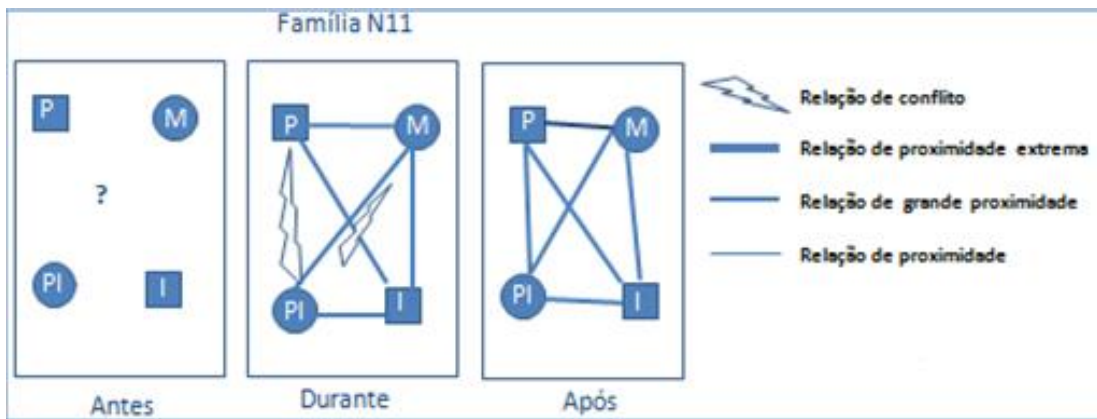


Figura 56. Dinâmica da família de N11 antes, durante e após o problema

Se durante o problema, surgiram algumas tensões entre a PI e o pai e a mãe, com a mudança de estratégia dos pais em relação à alimentação, optando por flexibilizar em vez de insistir e impor algum tipo de alimento, a P.I. foi recuperando.

Na família de N14 parecia existir uma forte aliança entre os pais antes do problema. Há também uma relação de extrema proximidade entre o pai e a filha.

P14 – Eu não largava a L. para lado nenhum.

M14 – E ela arranjava maneira para não sair. Ela fazia fosquinhas, ela punha-se à frente da porta, ela não sei quê, ela...

I – Mas eles eram muito ligados, era?

M14 – Sim. (...) E ela arranjava maneira do pai não sair de casa.

P14 – Eu não sou melhor pai que os outros...

I – Mas tinham uma relação especial?

P14 – Sim, sem dúvida. Eu nunca...eu com a L. eu falei sempre tudo com ela...pronto, tudo com ela...eu ia, ela ia para o colégio e eu ia levar a L. ao colégio, eu ia buscar, a mãe estava em casa e até "eu vou buscar" e eu "não, eu vou...".(...)

M14 – Costumo dizer e é verdade, quando a L. era bebé se ela adoecesse ele ficava doente também.

I – Ficava doente? Então tinha que tratar de dois, era?

M14 – Imediatamente. Se ela tivesse uma constipaçãozinha, uma coisa mais leve, uma virose, eu ia com ela ao médico...se fossemos os dois ele saía do médico e não sabia o que é que o médico tinha dito.

Com o início do problema, a aliança parental mantêm-se, adoptando os dois as mesmas estratégias, unindo-se para seguir as instruções médicas e dar todo o apoio necessário à filha.

M 14 – e então nós dissemos nós não te conseguimos ajudar sozinhos não vamos conseguir resolver o problema vamos... vou tentar... tu com certeza já tentaste, nesta fase já tentaste mas estás a ver que não e nós também sozinhos não sabemos ajudar-te e combinámos com ela e liguei... ou até foi ela que ligou, ligámos para o pediatra dela e, pronto, combinamos ir falar com ele no dia seguinte para o pôr ao corrente

P 14 – fomos só os dois

M 14 – só fomos os dois, para o pôr ao corrente e para ele nos informar o que é nós podíamos fazer

Ambos optam por frequentar reuniões da AFAAB para conseguirem lidar melhor com o problema.

[Mãe 14] depois a gente lidar melhor com a L., por exemplo, começamos logo a ouvir na primeira reunião que fomos que nós ficamos admirados com isso, nós fomos à primeira reunião foi em Fevereiro de 2008, foi em Fevereiro de 2008 que fomos, primeira reunião. Ouvimos logo que nada de reparar no que ela comia, nós não conseguíamos claro, isso foi depois foi... Foi uma aprendizagem que nós começamos a procurar tentar, procurar fazê-lo, porque nós até aí nunca nos tinham dito isso, mas pronto foi realmente, foi uma solução. Sentimos que realmente ajudou, embora claro sempre atentos, mas não fazer reparo... e nós, portanto, as conversas sempre a esperança que as pessoas de outros testemunhos que pessoas passaram e como passaram e como é que sobreviveram e como é que conseguiram sair da situação, isso deu-nos pronto...dava-nos alento para o mês seguinte. (...) foi muito importante. Tanto que nós, portanto, eu...nós precisávamos mesmo disso.

Hoje os pais estão ainda mais unidos. Acreditam que tiveram um papel na recuperação, ainda que reservem o papel principal para a filha.

P14 - ainda nos ter aproximado mais e ainda por cima estamos casados já fez 23 anos...

M14 – Já temos 23 anos de casados, fizemos há dias...e portanto, acho que sempre tivemos bem mas...isto ainda nos...pronto... (...) aproximou, aproximou.

(...)

P14 – Os pais...é importante, sem dúvidas. Mas o mais importante são eles. O querer ir ao médico ou não. (...)

I – Mas no seu entender qual foi o vosso papel?

P14 – O nosso papel...

E – O que é que funcionou bem para estarem onde estão hoje?

P14 – Ela aceitou...

M14 – Nesse dia ela aceitou que estava doente.

P14 – Mas a grande, a grande, a grande questão aqui é a seguinte: os pais aqui têm...são importantes, mas não é tudo!

M14 – O passo tem de ser deles.

Vejamos agora esta dinâmica familiar representada graficamente:

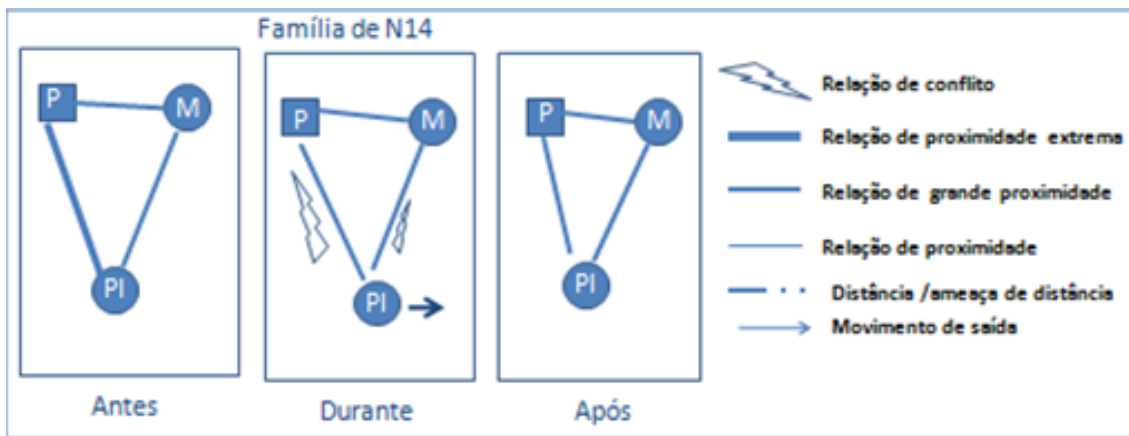


Figura 57. Dinâmica da família de N11 antes, durante e após o problema

Mais uma vez, como ilustra esta figura, durante o problema há algum conflito entre a P.I. e a mãe e o pai, mantendo-se a díade parental unida. Esta união permite-lhe arranjar em conjunto novas estratégias que acompanham a recuperação da jovem.

Na família de N20 parece existir antes do problema uma relação privilegiada entre mãe e a filha do meio (a P.I.), devido aos problemas de saúde que desde cedo esta filha teve. As irmãs sempre competiram entre elas, possivelmente também pela atenção dos pais, competição essa que com o aparecimento da doença culmina na saída da irmã mais velha de casa.

N20 – Ah, nós sempre reclamámos muito uma com a outra (risos).

M20 – Sim, elas sempre se...

P20 – Bem, a irmã não reclamava...

M20 – Ai reclamava, reclamava. Reclamava... não era assim abertamente.

P20 – Não abertamente. Não abertamente nem directamente. Notava-se que ela não estava bem e que sentia ali que estava a ser posta de lado.

M20 – Não e reclamava, e reclamava comigo e ela dava-se aqui bem com a vizinha aqui do lado que era bastante mais velha do que ela e ela dizia à vizinha e depois a vizinha vinha-me contar a mim, porque a vizinha na altura tinha vinte e tal anos, portanto era um pedaço mais velha, embora elas se dessem muito bem...pronto, eu apercebia-se que ela se sentia posta um bocado de lado e achava que aquilo da irmã que era uma chamada de atenção, que era um disparate, que ela não estava nada doente...eu acho que ela nunca aceitou que a irmã estivesse doente. Dá-me essa sensação. (...)

P20 – Claro, mas isso é natural porque a F. desde os 4 anos tem problemas renais e não sei quê e portanto teve sempre bastante mais atenção que a irmã.

M20 – É assim, na altura ainda tinha outra particularidade. O meu marido estava no estrangeiro a trabalhar, eu estava sozinha com elas. Portanto, eu ficando com a F. no hospital ela ficava sem mim. Sem mim e sem o pai. Ficava com a avó, com quem ela se dava muito bem, mas de qualquer maneira...Não era eu e ela não tinha, pronto na altura o pai também não estava e a F. passou mal e esteve várias vezes internada e...pronto, nós estávamos muito preocupados com ela...e pronto. E estas coisas é natural que... A minha filha mais velha nunca lidou bem com a situação. Ela achava sempre que era mimo, que era fita, que era para chamar a atenção e que nós lhe fazíamos as vontades todas e ela é que era uma desgraçada que a ela ninguém lhe ligava nenhum e...e depois na sequência disto ela saiu de casa. Ela...pronto não...não foi por isso, não é mas...pronto. Tanto que depois da fase em que a F. recuperou e ficou bem, isso ela já não estava a viver connosco, ela foi viver com o namorado e saiu de casa.

Se inicialmente gerou-se tensão entre os pais e a PI, ambos os pais após procura de ajuda médica decidem seguir a mesma estratégia, a de não pressionarem, confiando na médica apesar da dificuldade de terem de lidar com o agravamento inicial do problema.

M20 - Nós fazíamos exactamente aquilo que a Dra. X nos disse para fazer que era fazer a comida segundo o plano alimentar que estava ali afixado no placard da cozinha...tinha aquele plano alimentar e a Dra. X dizia assim "o seu papel relativamente à comida é proporcionar o plano alimentar que eu vou dar à F. e mais nada e quando...se ela comer comeu, se não comer pega na comida e deita fora e depois faz outra". E eu seguia escrupulosamente. Eu lembro-me da F. me agarrar no prato com uma posta de pescada e dizer "guarda que eu logo como" e eu ter respondido...se calhar não devia ter respondido, mas lembro-me perfeitamente disse "a pescada é minha, fui eu que a comprei", pimba, espetei com ela no lixo.

I – E o que é que pensou nessa altura?

N20 – Melhor...não tinha que a comer. (risos)

M20 – Mas eu fazia sempre isso, fazia a comida, punha na mesa, ela comia ou não comia, nós não fazíamos o mais pequeno comentário e no fim...lixo. mas era muito complicado. Uma pessoa tem que se moer para conseguir fazer isso, não é? Porque a minha vontade era não fazer nada disso, não é? Mas...Tentava ao máximo cumprir, não é? A missão que me deram e eu cumpri até à exaustão. E depois finalmente deu resultado.

(...)

M20 – Portanto, o tratamento foi sempre piorando, sempre, sempre, sempre, sempre. Bem, e um pai que leva um filho ao médico não é para piorar, é para melhorar, não é?

E – Portanto, era difícil acreditar que aquele tratamento podia...?

M20 – Difícil, difícilimo... até porque a F. naquela altura tinha uma segurança enorme, não é, de que a Dra. X é que a apoiava para ela não comer. E era isso mesmo que acontecia. Uma questão de estratégia. Agora é assim, hoje à distância e depois de ela estar bem eu compreendo que isso é uma estratégia e que é assim que funciona mas naquela altura quando a coisa está eminente é muito difícil nós compreendermos semelhante estratégia.

Mantendo sempre a aliança parental com a ajuda das reuniões da AFAAB em que se integraram, começam todos a fazer o mesmo adaptando-se às novas informações, mantendo alguma flexibilidade, o que permite que a filha decida por ela recuperar.

M20 - Eu não sei como é que foi que nós lidamos... lidamos, eu acho que nós de certa forma acabamos por conseguir lidar sem ter que recorrer nós a ajuda, não é? Porque...nós não estávamos também...só que eu acho é que a sorte foi que nós também nos íamos apoiando um ao outro e nos dias em que eu estava mais em baixo ele estava melhor e nos dias em que ele estava mais em baixo estava...fomos conseguindo lidar sem nunca...pronto, sem nunca entrar numa crise completa, não é? Agora que nós não estávamos bem, aí isso não estávamos. Pronto eu...eu acho que a AFAAB ajudou imenso que nós, que aquilo...pronto, aquelas reuniões são pesadas mas fazem bem. Eu...quando falei...nós fomos, tivemos conhecimento...

P20 – E...mas pelo menos eu, tu não...(risos). Eu tenho muita capacidade para recuar e para alterar a minha opinião porque...somos...a minha vida profissional a isso me obriga. A minha vida profissional é resolver problemas, portanto, todos os dias tenho problemas diversos e não sei que mais e...e muitas vezes não os consigo resolver na hora ou aquilo que eu vou resolver na hora não serve, ou tenho que ouvir pessoas, tenho que fazer marcha atrás, tenho que alterar, tenho que...pronto e aqui foi um bocado disso, vamos andando e vendo. Fomo-nos adaptando às circunstâncias, às...à informação que vinha da AFAAB, da Dra. X, do...

[Mãe 20] e ela sentou-se na primeira cadeira assim em cima, ao contrário, virada para eles e ela...eu tenho a recordação perfeita, a F. fez uma dissertação, qual político. Uma coisa super bem estruturada, não hesitou um momento, contou tudo, tudo, tudo, parte técnica, parte emocional, tudo, os colegas tudo a chorar e ela com uma segurança brutal ali a contar aquilo. O professor coitado, estava estarecido e chegou ao fim...eu saí, o professor saiu, ela ficou lá com alguns colegas e o senhor olhava para mim...e pronto. E depois eu liguei à Dra. X e contei-lhe o

que é que se tinha passado, a Dra. X. disse “é caso único” (risos). Portanto, acabava de resolver recuperar...

A figura que se segue ilustra as movimentações da família ao longo de toda a trajetória.

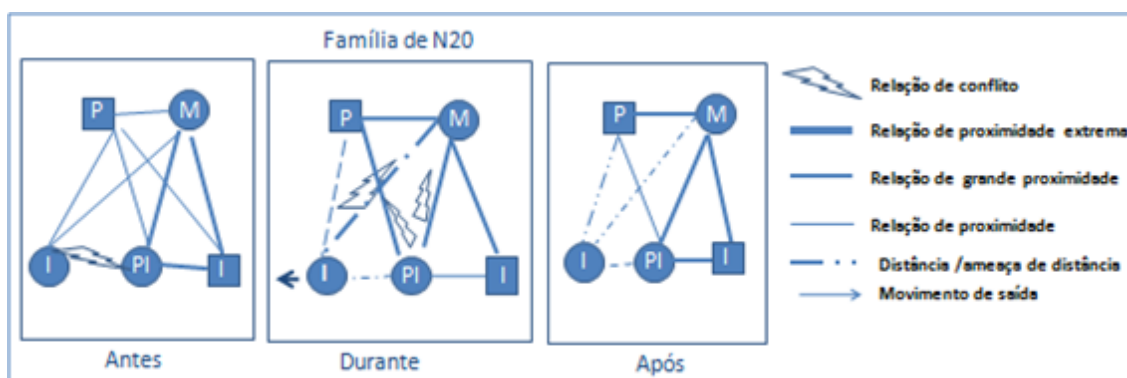


Figura 58. Dinâmica da família de N20 antes, durante e após o problema

Também nesta família a díade parental mantém-se unida ao longo de toda a trajetória, coordenando-se em termos de estratégias para lidar com o problema. A P.I. mantém sempre uma relação privilegiada com a mãe, acabando a outra irmã por sair precocemente de casa, durante o problema.

Em suma, em todas estas dinâmicas familiares a aliança parental não parece ter corrido risco, mantendo-se forte. Os conflitos entre a PI e os pais não se avolumam em demasia já que os pais decidem “recuar” ou flexibilizar, perante a constatação da sua impotência face ao problema e perante os argumentos da filha ou perante as instruções médicas, como ilustram os seguintes exemplos:

Quadro 120.

Factores considerados úteis pelos familiares para a recuperação, nas trajetórias centradas no self

Excertos da categoria “Factores úteis para a recuperação”
M 14 – e então nós dissemos nós não te conseguimos ajudar sozinhos não vamos conseguir resolver o problema vamos... vou tentar... tu com certeza já tentaste, nesta fase já tentaste mas estás a ver que não e nós também sozinhos não sabemos ajudar-te e combinámos com ela e liguei... ou até foi ela que ligou, ligámos para o pediatra dela e, pronto, combinamos ir falar com ele no dia seguinte para o pôr ao corrente
P20 - o facto de nós termos compreendido cedo que era uma doença, que a nossa interferência era negativa, fez com que...(P20)
M20 – Com que levássemos a bom porto rapidamente. Quer dizer, não foi só isso, não é, mas... Eu acho que o que contribuiu...imenso foi o facto de nós termos conseguido fazer aquilo que nos aconselharam a fazer, embora para nós fosse uma coisa contra natura.(...)
P20 - E...mas pelo menos eu, tu não...(risos). Eu tenho muita capacidade para recuar e para alterar a minha opinião porque...somos...a minha vida profissional a isso me obriga. A minha vida profissional é resolver problemas, portanto, todos os dias tenho problemas diversos e não sei que mais e...e muitas vezes não os consigo resolver na hora ou aquilo que eu vou resolver na hora não serve, ou tenho que ouvir pessoas, tenho que fazer marcha atrás, tenho que alterar, tenho que...pronto e aqui foi um bocadinho isso, vamos andando e vendo. Fomo-nos adaptando às circunstâncias, às...à informação que vinha da AFAAB, da Dra. X., do... eu trago a L. e digo “ó L., porra filha, se calhar a médica tem razão filha, podias comer mais

um bocadinho”. Ela dispara aos gritos comigo e disse-me assim “ó pai, o meu problema não é o comer, o meu problema é a cabeça, porque eu posso engordar e engordar e não estar bem”, disse “pronto filha, vamos caminhar para outra situação”. Eu nem...nem manifestei, nem ralhei, disse “tem calma...”. Ela entrou lá num pânico... (...) Sim, eu não abri mais a boca. Disse “filha, vamos partir para outra situação, vamos tentar de outra maneira”. (Pai14)

Há portanto nestas famílias a consideração da voz da ex-paciente relativamente ao tratamento e uma responsabilização pelo seu papel, como podemos verificar também através do seguinte extracto:

[Mãe 20] E depois a uma certa altura estava lá uma menina que já estava a recuperada, não é, porque já estava com bom aspecto...estava com uma cesta enorme de flores para a Dra. X e a F. “olha aquela parvalhona com aquela cesta...aquela é uma estúpida e vai-me com a cesta...” e eu envergonhadíssima e a fazer de conta que não era comigo. Ela esteve seguramente uma hora a dizer mal da cesta das flores, mas a mãe da menina e a menina também já deviam ter passado por isso. Estavam impávidas e serenas com a cesta das flores. E um dia eu disse assim “olha F., não me digas mal da Dra. X. porque eu não posso fazer nada, não gostas dela diz-lhe a ela” e ela chegou lá dentro e disse-lhe. E a Dra. X. perguntou “queres mudar de médico?” e ela “não”. (risos)

Nestas famílias é portanto considerado útil os pais manterem-se unidos, e seguirem a estratégia aconselhada pela médica, de não pressionarem e respeitarem o espaço da ex-paciente, mesmo que a vejam como contra-natura (*foi o facto de nós termos conseguido fazer aquilo que nos aconselharam a fazer, embora para nós fosse uma coisa contra natura*). Para tal, em duas destas famílias foi importante terem o apoio da AFAAB e dos amigos, já que tentaram manter a família alargada distante desta problemática (ou porque a filha lhes pediu tal ou porque consideraram que era melhor assim). Na família de N14 foi também importante a mãe e filha terem ido fazer uma viagem que permitiu às duas estarem ocupadas.

M14 – Entramos numa agência e foi aí que combinamos ir a...

P14 – A ir para Paris, pronto.

I – Ah, quem teve a ideia de ir a Paris?

M14 – Alias...portanto, foi nossa porque nós não estávamos bem em casa as duas. Porque já tínhamos feito a toalha, já tínhamos feito coisas... que já não havia...

P14 – A mãe aí ia...pronto ia ser tipo mais sair, vamos sair...

I – Achava que era bom para a...?

M14 – Pronto porque eu também não estava bem, não estava bem em casa...

P14 – Era para dar ocupação.

Nessas férias, a filha alimentou-se melhor, segundo ela foi importante “*outras situações para que não possa estar focada e que tenha outras motivações para, que não seja só não querer preocupá-los para me ocupar...porque não basta uma motivação, porque uma coisa tão forte é preciso muitas motivações para conseguir vencer...*” (N14).

Estas famílias apesar de considerarem que tiveram um papel importante no sentido de seguir as instruções médicas, dando espaço à paciente para a sua recuperação,

atribuem o principal mérito da recuperação à própria P.I. como ilustra o seguinte exemplo:

Pai 11 - o papel principal é dela, não é, porque nunca recuperava se não fosse ela

N11 – se não fosse eu querer exactamente nunca mais recuperava.

3.2.3.5. Funcionamento actual do sistema

Em termos de funcionamento familiar, durante e após a resolução do problema parece haver alguma evidência de flexibilidade na família. A coesão parece ser uma constante ao longo de toda esta dinâmica, especialmente entre a díade parental.

Se atentarmos agora aos resultados de cada família na FACES III, apercebemo-nos que estas famílias parecem ter resultados mais elevados em termos de satisfação familiar (definida enquanto medida de discrepância entre o funcionamento familiar percebido e idealizado), especialmente as pacientes identificadas, relativamente às famílias anteriores. Vejamos agora com mais pormenor cada família. Na família de N11, observa-se um grau relativamente elevado de satisfação familiar, como podemos observar na seguinte figura:

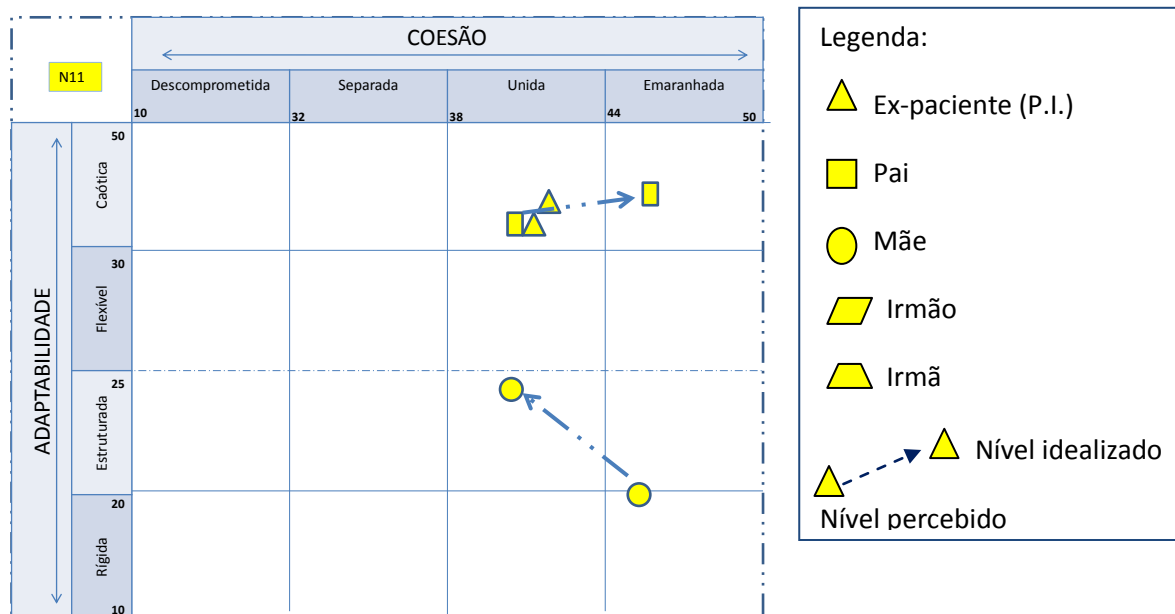


Figura 59. Perfil circunplexo da família de N11 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Como a figura ilustra, o pai idealiza contudo com um nível mais elevado de coesão e a mãe idealiza com mais flexibilidade e um nível mais equilibrado de coesão. Há bastante consonância de visões entre o pai e a filha, o que pode traduzir uma aliança entre estes dois elementos, não compreensível a partir do discurso explícito, apenas visível pelas trocas não verbais na entrevista.

Na família de N14, há um grau elevado de satisfação familiar e consonância nas visões sobre o funcionamento da família por parte de todos os elementos. Todos descrevem e idealizam com uma família caótica do tipo unida/emaranhada, como ilustra a seguinte figura:

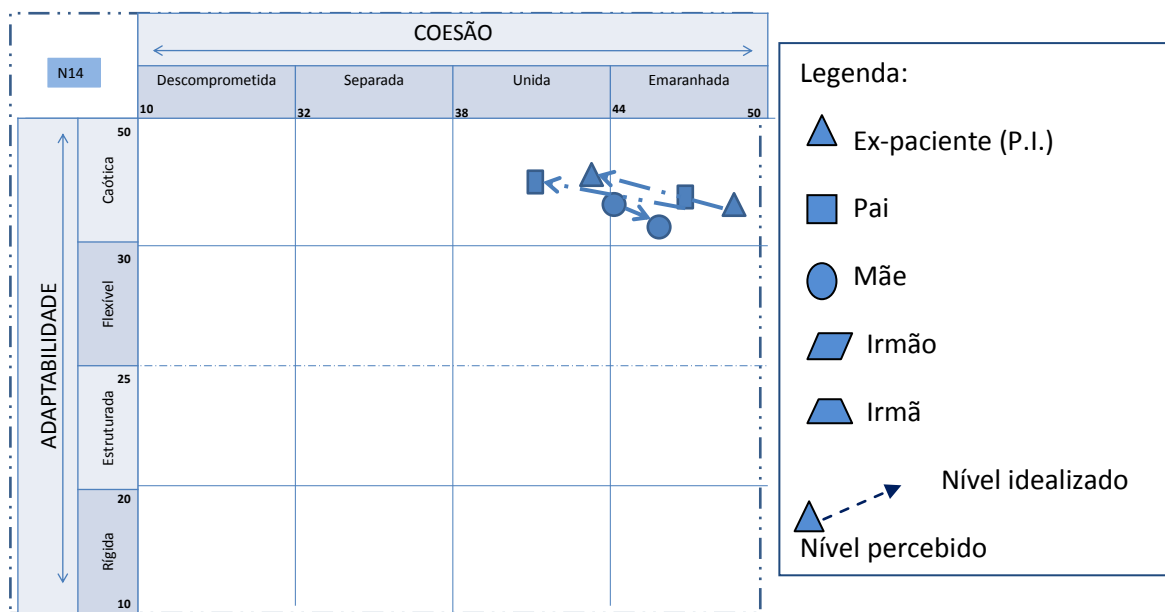


Figura 60. Perfil circunplexo da família de N14 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Na família de N20, observa-se um grau elevado de satisfação, quer ao nível da coesão quer da flexibilidade.

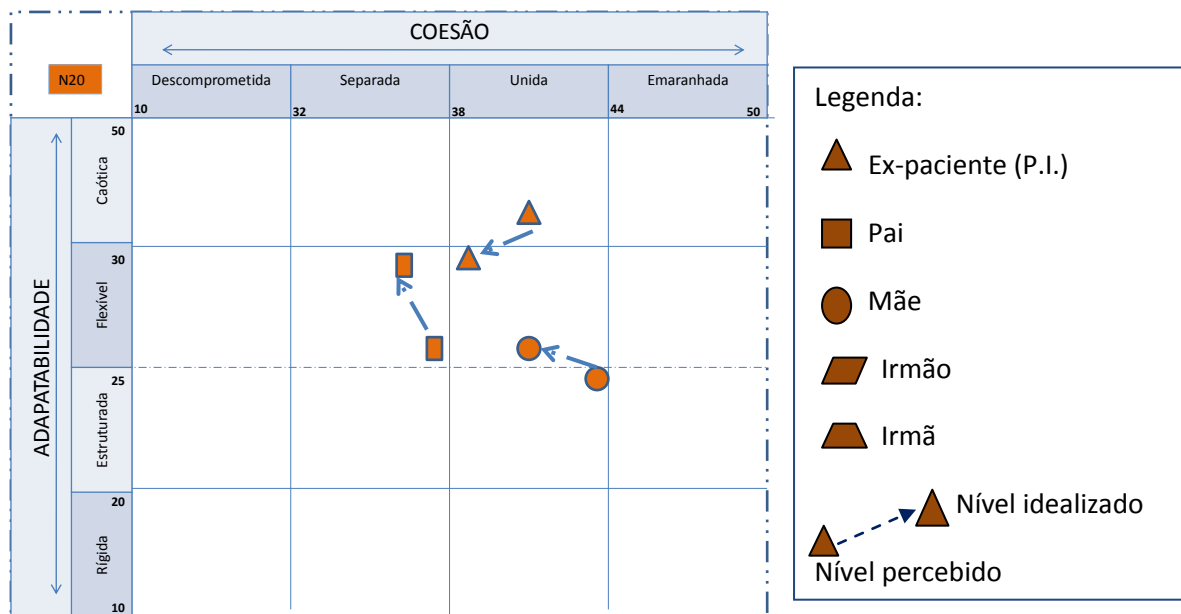


Figura 61. Perfil circunplexo da família de N20 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Como se pode constatar, os elementos tendem a idealizar um nível ainda mais equilibrado de funcionamento familiar, desejando todos uma família flexível e separada/unida.

O quadro resumo que se segue sintetiza os resultados relativos à dinâmica familiar ao longo das trajetórias anteriormente denominados por trajetórias centradas no self.

Quadro 121

Quadro-resumo da dinâmica familiar nas trajetórias centradas no self



Quadro 122

Síntese comparativa da dinâmica familiar nas trajectórias estéticas, relacionais e centradas no self

	Dinâmica familiar ao longo das trajectórias estéticas	Dinâmica familiar ao longo das trajectórias centradas no self	Dinâmica familiar ao longo das Trajectórias relacionais
Concepção dos familiares sobre o problema	<p>Não se envolvem na explicação do problema. Aderem de imediato à explicação médica.</p> <p>Ex. pronto, como já tinha conhecimento do caso da anorexia por acaso passou-me logo pela cabeça...Passou, passou! Pensei logo nessa hipótese porque...Sim, sim, há coisas que não, mas o coisa de ficar muito magrinha e a agressividade dela eu achei logo, fui logo para a anorexia (Mãe 3)</p>	<p>Não se envolvem na explicação do problema. Aderem à explicação médica, após o diagnóstico.</p> <p>Ex. É uma doença. Uma doença, sem dúvida!. Mas eu hoje tenho a certeza que é uma doença e aceito isso como sendo uma doença, mas no início não aceitava e não sabia. Mas é assim, a minha opinião já é uma opinião muito formada. (Mãe 20)</p>	<p>Aderem a hipóteses sistémicas. Concebem este fenómeno como múltiplo, abarcando factores familiares, sociais e individuais. Não há consenso entre os diferentes elementos relativamente à concepção sobre o fenómeno.</p> <p>Ex. Não vou dizer que a minha filha quisesse mal à mãe nem ao pai, mas que realmente que se notava que queria... era mesmo queria irritar-se connosco, não sei se para manter uma posição da maneira dela pensar...não faço a mínima ideia. (Pai 2)</p>
Reacção inicial ao problema	<p>Não há atribuição directa da responsabilidade do problema à ex-paciente ou aos familiares.</p> <p>Ex. N3 – Uma está com gripe, a outra nos dois dias a seguir está, é sempre assim!</p> <p>P3 – Eu desde que vos conheço é sempre assim! Eu sei que...se hoje vou com vós ao médico ou contigo, sei que amanhã ou depois vou com a outra! Isso é certinho!</p>	<p>Não há atribuição directa da responsabilidade do problema à ex-paciente ou aos familiares. Há identificação de causas extra-familiares que constituíram pressões adicionais na vida das ex-pacientes.</p> <p>Ex. Mas quando esse médico soube que ela tinha anorexia hesitou, fez marcha atrás e não sei se não se sentiu culpado também... (P20)</p>	<p>Há alguma culpabilização da ex-paciente ou dos familiares.</p> <p>Ex. Interrogava-me se a culpa não era minha dela estar assim, o que é que eu teria feito para ela estar assim...quer (Mãe 2)</p>
Movimentações do sistema familiar	<p>A reacção familiar ao sintoma não é de oposição, mas de mobilização de recursos externos pela família.</p> <p>A família une-se e contribui para a recuperação.</p> <p>Ex. eu não estava habituada porque a A. não era assim, achei que a A. estava agressiva e malcriada, malcriada na maneira de falar para mim e acho que</p>	<p>Inicialmente há alguma tensão familiar que não se circunscreve a nenhuma díade específica. Esta tensão diminui quando os pais decidem confiar na equipa médica e seguir as suas instruções.</p> <p>A família respeita o espaço da PI e devolve-lhe o mérito da recuperação.</p> <p>Ex. Nós fazíamos exactamente aquilo</p>	<p>Gera-se um braço de ferro que se avoluma, entre o PI e um dos pais (o que assume a dominância em termos de poder), causando disfunção familiar.</p> <p>O sistema familiar vai-se movendo até ao ponto em que o paciente fica em risco de ficar só. Nesta altura</p>

	<p>noutra situação qualquer a Ana levava um estalo, e naquela não, naquela situação eu disse “não”, preferi ficar assim, desabafei a chorar, fui a chorar para o trabalho, mas não lhe bati, (...) já não era a Ana, já era trocado pela doença. (Mãe 3)</p> <p>mexeu-se para arranjar técnicos que pudessem acompanhar a A. ... (Pai em relação à Mãe 3)</p>	<p>que a Dra. X nos disse para fazer que era fazer a comida segundo o plano alimentar que estava ali afixado no placard da cozinha...tinha aquele plano alimentar e a Dra. X dizia assim “o seu papel relativamente à comida é proporcionar o plano alimentar que eu vou dar à F. e mais nada e quando...se ela comer comeu, se não comer pega na comida e deita fora e depois faz outra”. E eu seguia escrupulosamente. (Mãe 20)</p>	<p>inicia-se a recuperação.</p> <p>Ex. o comportamento da irmã ia levar a mãe, se não fosse à morte ou ao destempero total, ou um desequilíbrio mental total e, várias vezes...várias vezes, o meu filho em desespero veio pedir a minha ajuda para... (pai emociona-se – pausa – chora bastante tempo)</p> <p>Eu do meu pai não sentia preocupação comigo, não sentia isso, sou sincera. O meu irmão não falava comigo. (N2)</p>
<p>Situação actual do sistema</p>	<p>Não há evidências de transformações familiares após a recuperação (Ex. o conflito conjugal ou a aliança conjugal anterior ao problema mantêm-se).</p> <p>Alguns elementos assumem-se como “ainda não recuperados”.</p> <p>A autonomia da ex-paciente aparece como um tema por resolver.</p> <p>Ex. Isso é o que todos dizem “eu se soubesse o que sei hoje não me casava.” (Pai 3)</p> <p>Penso muito nisso, por acaso penso, e quando penso, penso assim para mim “será que vou aguentar a L. e a A. na faculdade?”, mas também não vou, não estou para sofrer... (Mãe 3)</p>	<p>Não há evidências de transformações familiares após a recuperação.</p> <p>A autonomia da ex-paciente aparece como um tema por resolver em 2 das 3 trajectórias.</p> <p>Ex. De resto era viver como vivemos até essa altura e continuamos a viver durante e depois...quer dizer, sempre nos apoiando e procurando perceber-nos uns aos outros e... (Mãe 20)</p> <p>N 11 – continuo a ser levada ao colo (riso de todos)</p> <p>N14 – Enquanto que não estou com eles mas quando estou conto tudo, conto mesmo tudo, tenho mesmo...não tenho receio em contar certos pormenores que se fosse antigamente não contava e agora conto-lhes.</p>	<p>Há evidências de transformações familiares após a recuperação, nomeadamente em termos de flexibilidade da autoridade.</p> <p>De toda a dinâmica, resultam aproximações e/ou separações entre os elementos. Há avanços realizados no processo de autonomia.</p> <p>Ex. comecei a reagir de um modo diferente e a dar-lhe mais autonomia, sem dúvida que sim e ela fazia qualquer coisa e eu não gostava, e eu dizia “pronto, acabou com ela, F., não tens nada que te meter”. (Mãe)</p>
<p>Funcionamento familiar actual percebido e idealizado</p>	<p>O funcionamento familiar percebido varia de família para família</p> <p>Há uma tendência para idealizarem com uma família ainda mais coesa e flexível, num ponto extremado do modelo circumplexo.</p>	<p>O funcionamento familiar percebido varia de família para família.</p> <p>Há uma tendência para idealizarem com uma família num ponto mais equilibrado do modelo circumplexo</p>	<p>O funcionamento familiar percebido varia de família para família.</p> <p>Há uma tendência para idealizarem com uma família ainda mais coesa e flexível, num ponto extremado do modelo circumplexo.</p>

3.2.4. Análise da dinâmica familiar de um caso de não recuperação

Ouço agora a Bianca e a sua família (N21), antes mesmo de ter analisado os seus resultados no EDI, que evidenciavam o seu perfil ainda clínico.²¹

Logo de início, Bianca, a tua família esclareceu-me que tu ainda não estavas recuperada e ao longo da entrevista, fui-me apercebendo que também os teus pais ainda não se sentem recuperados do que passaram, já que continuam “sempre preocupados”, apesar de tu clinicamente estares melhor (tens há mais de 6 meses um peso superior ao peso corporal mínimo, menstruação regular bem como diminuição do medo de ganhar peso ou ficar gorda). Porém, a tua mãe diz-me que não acredita que estejas recuperada: “dizem que está curada da anorexia mas as mazelas da anorexia continuam na cabeça dela, quer dizer aquela obsessão continua e eu para mim não percebo porque é que chamam curada a anorexia porque ela está sempre obcecada pelo peso ou nunca está bem com ela própria, nunca se acha bonita, que ninguém gosta dela ou se a gente lhe pergunta qualquer coisa: “o que é que foi agora? Tu não entendes não vale a pena estar a te explicar”. Percebo como deve ser difícil para ti, Bianca, que para o teu pai não existam doença psicológicas, já que não sentes que que ele compreenda o sofrimento que acarreta esta doença que tu e a tua mãe descrevem e apelidam de Anorexia. Desde cedo foste sempre muito ligada ao teu pai, ligação essa que se tornou tensa com a entrada na adolescência. Não sentias que o teu pai te desse a liberdade que querias, cada vez te apercebias melhor dos problemas familiares do teu pai com a sua anterior família que constituiu antes de casar com a tua mãe e dos problemas familiares da tua mãe com a sua família de origem. Na escola sofrias de bullying mas parecia ninguém reparar. Afinal de contas os teus pais ficaram nesta altura desempregados em simultâneo, assoberbados com problemas. Quando deixaste de comer, os conflitos em família aumentaram. A tua mãe desde o teu nascimento que sofre de “depressões” e por isso compreende o teu sofrimento. O teu pai não aceita que tu não decidas de uma vez por todas recuperar. E talvez por terem posições tão diferentes, continues a impor-te a ti própria ficar no meio deles. O teu pai já te deixa sair com os teus amigos mas tu, por vezes, não queres ir... Dizes que não queres deixar ninguém sozinho... E eu pergunto-me: porque adias a tua vida? Será que adiares a tua vida é também adiares a tua recuperação?

²¹ O objectivo de analisar a dinâmica familiar desta trajectória de recuperação inacabada prende-se com o interesse de explorar a dinâmica de uma família que ainda não ultrapassou o problema, no sentido de se tornarem mais evidentes as “diferenças que fizeram a diferença” para a recuperação. Neste sentido pretende-se colocar em evidência eventuais contrastes com as dinâmicas familiares das jovens recuperadas.

3.2.4.1. Concepção sobre o problema

Na família de N21 não há consenso entre os diferentes elementos relativamente ao fenómeno. Enquanto mãe e filha consideram que é uma doença, para o pai não existem doenças psicológicas, sendo esta uma mera “ideia fixa”.

[Pai 21] naquele momento achei uma coisa muito estranha, que era uma ideia fixa que ela teve para emagrecer (...) sinceramente continuo a achar que é uma ideia fixa

[Mãe 21] não, eu acho que é uma doença, uma doença terrível, pronto, eu no início comecei a dar conta porque a Bianca começou a comer mais no liceu porque eu meti-me num curso de formação de musica e eu quando lhe telefonava via que não tinha intervalo muito grande para ela ter feito a refeição, portanto comecei a desconfiar, agora começou a emagrecer... pronto...

[N21] é assim eu não vou julgar o pai porque eu percebo que seja muito complicado, não é, eu nunca comer e estar ali sem fazer nada, agora eu julgo o pai e o pai sabe disso é assim eu ás vezes fico triste com o pai por o pai não conseguir perceber que isto é uma doença pelo menos não respeitar que isto é uma doença (...)mas para o pai as doenças psicológicas isso não existe (...) não, se for uma dor, pronto, mas as doenças psicológicas isso não existe isso não é nada, mas a verdade é que existe, eu cheguei a dizer muitas vezes ao pai eu só espero que um dia a ti não te aconteça o mesmo ou algo parecido porque tu vais perceber aquilo que é e aquilo que custa (pausa)

Este desacordo de perspectivas parece provocar hostilidade entre pai e filha. Ainda que a mãe defina o problema como uma doença terrível, culpabilizando-se em certa medida ao se questionar: sim, porquê nós? Em que é que a gente errou, em que é que a gente falhou... quer dizer, e depois é difícil da gente....., o que nos remete para a possibilidade de ela se sentir envolvida na emergência/manutenção do sintoma, não parece esta mãe sentir que pode ter algum papel no sentido de contribuir para a recuperação:

[Mãe 21] é uma doença que nós pais pouco podemos fazer ou nada, quer dizer não nos deixam intervir em nada, não nos deixam estar nas reuniões nem nada, quer dizer nós estamos a leste de tudo a sofrer, não é e isso é duro porque nós estamos de braços cruzados a ver a filha a ir-se, sem podermos fazer nada, por mais que a gente lhe diga... isto da cabeça... a gente não sabe nada.

3.2.4.2. Circunstâncias anteriores

Antes do problema pai e filha sempre tiveram uma ligação muito próxima até ao ponto em que a filha entrou na adolescência e o seu pai começou a restringir a sua liberdade.

N 21 – mas no fundo não era só isso foi uma situação em que o meu..... me convidou para ir ali à Foz... ao molhe e o meu pai não deixou porque não era àquela hora que se ia convidar para ir e não era tão longe de minha casa e era capaz de implicar se eu usasse uma saia mais curta... (...) porque o meu pai... os meus irmãos são muito mais velhos do que eu o meu irmão que é mais novo que a minha irmã tem 38 anos e o meu pai acho que nunca se adaptou, quer dizer há 38 anos atrás a maneira de educar era muito diferente do que é agora.

Não só co-ocorreu com o início do sintoma estas questões normativas da adolescência, como muitos outros problemas familiares, nomeadamente o

desemprego dos pais bem como as dificuldades relacionais da P.I. com a primeira família do pai, constituída no seu primeiro matrimónio, antes do actual, e com a família de origem da mãe.

[N21] e depois sempre houve muitos problemas familiares tanto da parte da família da mãe como da parte da família do pai, da parte da família da minha mãe sempre senti muita discriminação pela minha avó

N 21 – não, eu gosto mais do meu irmão do que da minha irmã, a minha irmã nem vale a pena mas mesmo com o meu irmão é muito complicado querer estabelecer uma relação de irmãos é muito complicado mesmo, pronto, e depois os meus pais estavam desempregados

N 21 – ou seja lá começam as discussões outra vez em casa como é normal, não é, e pronto e foi tudo ao mesmo tempo e depois os pais não trabalhavam eu também não queria sair com os meus colegas para não deixar os pais sozinhos então comecei a ficar em casa com a mãe

A N21 considera que a Anorexia Nervosa poderia ter sido evitada se tivesse tido ajuda na altura em que a solicitou, dadas todas as circunstâncias já referidas, acrescidas de um episódio de *bullying* de que foi vítima na escola, mas que nunca contou aos pais, que também estavam absorvidos com os seus próprios problemas, nomeadamente o desemprego que tiveram que enfrentar.

[N21] eu não gostava de andar no colégio só que nunca disse aos meus pais porque eu era vítima de *bullying*

[N21] se calhar gostava que os meus pais se tivessem apercebido mais cedo dos meus problemas quando era criança porque... acho que isso é uma obrigação dele (...) de ter sido gozada na escola tantos, problemas... de eu ter sido afectado por problemas familiares tanto da parte da mãe como da parte do pai como do desemprego acho que isso era uma obrigação deles... e acho que nesse sentido sim e eu... da minha parte acho que devia ter tentado resolver os problemas de outra forma acho que devia ter ido a um psicólogo muito mais cedo do que a anorexia porque se calhar se tivesse resolvido estes problemas e soubesse lidar com eles de outra forma e se tivesse falado com alguém mais cedo se calhar não tinha chegado a este ponto e gostava de ter sido uma pessoa diferente, gostava de ter sabido defender-me dos outros, de ter tido confiança em mim mesmo, já que não tive..., pronto, passei por isto mas não me arrependo, sinceramente não me arrependo, foi mau mas deu para aprender e deu para ser o quem sou hoje, não seria a pessoa que sou hoje se não tivesse passado por isto...

P 21 – quando há bocado disseste que a gente se devia ter apercebido e não nos apercebemos, tu também nunca disseste nada

F 21 – sim, lá está eu devia ter falado

P 21 – eu não posso fazer fogo sem ter fósforos

M 21 – se tivéssemos também... houve uma época que nós estivemos mais absorvidos com os nossos problemas, não é?

3.2.4.3. Reacção inicial ao problema

A reacção inicial dos pais ao problema foi de tensão, especialmente entre pai e filha, em que a filha ainda comia menos quanto mais conflitos se originassem. A mãe procurava tentar acalmar a situação.

[N21] quando havia mais conflitos era à hora da refeição e para mim... eu ainda ficava mais revoltada, eu já não me apetecia comer mas depois com aquelas atitudes ainda ficava mais

revoltada e, lá está, a mãe apoiou-me mais mesmo à hora da refeição (..) o meu pai às vezes enervava-se e atirava com os talheres, saía da mesa e não voltava

I – e a sua mãe que fazia nessa altura?

N 21 – a mãe não fazia nada às vezes permanecia calma e às vezes dizia ao meu pai para voltar para a mesa para comer (meio riso) porque... pronto, e depois eu comecei a tentar comer mais apesar que o esforço já não

P 21 – sim, fiz alguns reparos, muitos e...dava cabo a haver discussão muitas vezes, nesse momento tinha que me levantar para não ver... a não comer, a não comer

I – e com quem havia mais discussão entre vocês nestas alturas?

N 21 – era eu e o meu pai.

Os pais não só usavam estratégias diferentes como tinham perspectivas diferentes sobre o problema, algo que se mantém até ao momento actual da entrevista familiar.

3.2.4.4. Movimentações familiares

Antes do problema, pai e filha tinha uma relação muito próxima, ficando inclusivamente N21 doente quando o pai se ausentava.

M 21 – não, eles eram muito próximos e brincavam muito, era a filhinha do papá.

P 21 – era ao ponto que eu uma vez fui para fora ao estrangeiro e a N21 foi abaixo

N 21 – e eu fiquei doente

Não só a filha sentia muito a ausência do pai, como a mãe sempre sofreu com a ausência do marido, por motivos profissionais, acabando este por não cuidar dela como a mulher gostaria.

M 21 – eu pensei, quer dizer, agora que eu estou grávida que estava a precisar... além do mais pensei que ele tinha sido egoísta porque ele estava com aquele... estava grávida e ele devia ter pensado mais em mim do que aquilo que ele estava a fazer, se eu estava naquele estado o que ele tinha mais que a fazer era tratar-se para...era cuidar dele...para poder cuidar de mim, quer dizer chegou ao ponto que chegou desnecessariamente e depois ficou com o sistema nervoso muito alterado e, quer dizer, aqueles meses seguir foram muito difíceis porque eu ia com ele..... não é isso, quer dizer, tinha uma dieta especial, quer dizer, foi assim muito atribulado; quando a N21 nasceu, também não queria nascer, a N21 depois nasceu mais tarde, estive 4 dias no hospital e ela não nascia e a N21 depois nasceu...nasceu com... o problema de não dormir de noite... e depois diziam-nos ah aos 2 meses vai passar, pronto, bom... e depois, quer dizer, só aos 2 anos e meio é que realmente lhe passou, e mesmo para comer era muito difícil, fazia-se-lhe aquela papa, aquela papa, e aquela papa e ela não comia, era um desespero, eu já estava desesperada, falava para a minha mãe ela não come..... não sei mais que hei-de fazer, porque estava-me dar cabo do sistema nervoso porque ela não comia nada e depois quem comia era eu, não é

I – e o seu marido ajudava nessa altura?

M 21 – não, ele trabalhava, trabalhava, trabalhava uma vez até à meia-noite, outras vezes até à 3.

Também a mãe parecia sofrer com o facto da sua própria mãe discriminar as filhas, ao ponto de tal se repercutir na neta (ou seja, na N21), como o pai explica.

[Pai 21] e então eu conhecendo a minha sogra disse olha desculpa mas a N21 não vai para lá se a N21 fosse para lá tenho a certeza que a alimentação da N21 ia para a outra neta, se a N21 chorasse tinha a certeza que a deixava chorar para olhar pela outra neta por isso a N21 vai para uma ama, fiz o sacrifício e foi para uma ama e lá esteve até aos 3 anos e meio aos 3 anos e meio meti-a num colégio.

Os conflitos com a família alargada não se circunscreviam à avó materna da P.I. Também desde sempre a P.I. sofreu com o facto de não conseguir ter uma relação próxima com os seus meios-irmãos, filhos do primeiro casamento do pai:

[N21] não, eu gosto mais do meu irmão do que da minha irmã, a minha irmã nem vale a pena mas mesmo com o meu irmão é muito complicado querer estabelecer uma relação de irmãos é muito complicado mesmo.

Durante o problema não só a filha, segundo o pai, tinha uma ideia fixa em relação à alimentação, como o pai tinha uma ideia fixa que a filha se quisesse melhorar era só fazer por isso, o que causava vários conflitos entre eles. Afinal de contas, pai e filha, segundo a mãe, são iguais, não há nada que os faça mudar, restando à mãe submeter-se, ou seja, “não piar”.

[Pai 21] Sinceramente continuo a achar que é uma ideia fixa. (...)

[Pai 21] Oh N21 quando uma pessoa tem que lutar, uma pessoa se lutar tem que lutar para fazer qualquer coisa nem que tenha de comer pedras come as pedras

[Mãe 21 referindo-se ao marido] em tudo, quando tem uma ideia não há nada que o faça mudar e eu sem piar (risos) pai e filha são iguais.

Com o internamento, a família parece ter-se unido, nomeadamente os irmãos, filhos do primeiro casamento do pai e a P.I. e a avó materna e a P.I. Contudo estas mudanças não parecem manter-se no momento actual.

[N21] no dia em que eu fui internada os meus irmãos foram lá a casa e tudo e abraçaram-me e tudo isso e eu pensei: bem quando eu sair do internamento isto vai ser tudo diferente, sempre me vou dar melhor com a minha família, vou começar a ter irmãos de verdade e quando eu saí do internamento realmente parecia que isso aconteceu porque saí do internamento os meus pais sempre me apoiaram sempre estiveram lá... mas abraçei o meu irmão, isso para mim foi a primeira e única vez mesmo e eu pensei isto vai ser diferente mesmo a minha avó está diferente comigo... não, não é diferente as coisas agora estão muito piores do que eram e por isso é que eu digo que acho que as pessoas são muito hipócritas porque só se lembram de nós quando estamos mesmo doentes

As movimentações familiares descritas estão representadas no seguinte diagrama:

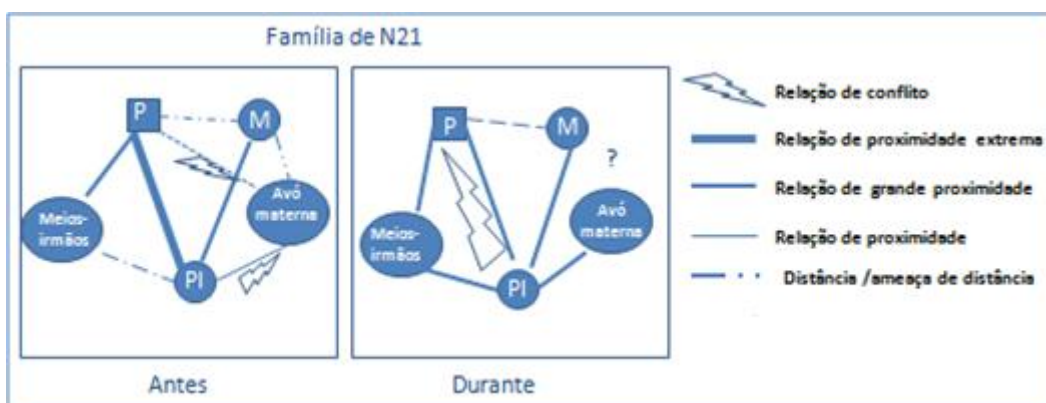


Figura 62. Dinâmica da família de N21 antes e durante o problema

Se antes do problema, fica visível na entrevista familiar realizada o conflito entre a família de N21 e a família de origem da mãe, e uma distância da PI com a primeira família do pai, durante o problema há uma aproximação da PI quer com a família de origem materna, quer com os irmão do lado paterno. Eclode contudo um conflito entre pai e filha, que parece no momento actual estar menos aceso mas ainda latente.

3.2.4.5. Funcionamento actual

A família descreve alterações familiares no momento presente não só na forma de lidarem com o problema, em que as discussões diminuíram, já que o pai começou a respeitar a vontade da filha de comer ou não comer, mas também relativamente às saídas da filha, em que o pai já autoriza e a filha também já vai querendo sair com os amigos.

[N21] eu saio de vez em quando, por exemplo, este ano fui a um congresso a Lisboa e fui ao Rock in Rio e fui com amigas da faculdade, portanto eu saio

P 21 – e eu deixei-te ir!

M 21 – mesmo ficando preocupados porque o pai não dorme, não é?

P 21 – tinha confiança nela e sabia para onde ela ia, sabia aonde ela estava... nem que tivesse que ir a pé ou qualquer coisa se ela me faltasse eu tinha que ir a Lisboa

Ainda assim, a família também revela algumas mudanças por realizar que parecem ser importantes para o seu bem-estar. Apesar das mudanças do pai, ainda é com a mãe que a filha sente que pode falar. Para além disso, apesar de N21 já sair com os amigos, continua sem gostar de deixar os pais sozinhos, já que não consegue “resolver os problemas entre eles”, subentendendo-se a necessidade da filha ocupar um lugar entre os pais.

[N21] pronto, senti mais apoio por parte da mãe, porque o pai não percebe, isto não é uma doença para o pai nunca foi, isto foi é uma birra, nunca há-de ser, pronto, e a mãe sempre me apoiou mais, ainda agora se for preciso eu falo com a mãe e não falo com o pai,

[N21] ainda hoje não gosto de deixar, por exemplo, a minha mãe sozinha em casa sou capaz de não sair com os meus colegas para não deixar a mãe sozinha porque não gosto que ela fique sozinha, também não gosto que o meu pai ande sozinho, não gosto, mas não são eles que me dizem nada eu é que não... (...) é e depois eu sempre me senti muito... não conseguia resolver os problemas entre eles e então ficava assim...

Por vários motivos, esta família ainda não se sente recuperada. A mãe ainda nota que a filha tem muitos pensamentos obsessivos com o peso e o corpo. Pai e mãe também ainda têm muitos receios e preocupação com a filha, temendo que lhe “volte a acontecer o que aconteceu”, ou seja, que a filha volte a emagrecer.

[Mãe 21] eu estou sempre a ver quando é que a N21 sai desta situação porque a N21 dizem que está curada da anorexia mas as mazelas da anorexia continuam na cabeça dela, quer dizer aquela obsessão continua e eu para mim não percebo porque é que chamam curada a anorexia

porque ela está sempre obcecada pelo peso ou nunca está bem com ela própria, nunca se acha bonita, que ninguém gosta dela ou se a gente lhe pergunta qualquer coisa: “o que é que foi agora? Tu não entendes não vale a pena estar a te explicar” quer dizer não dá para

M 21 – quer dizer vivemos sempre preocupados

P 21 – ainda hoje todos os dias acordo com o credo na boca

M 21 – acho que ficámos marcados... quer dizer... com aquele medo que ela não saiba chegar ao ponto que deve parar

[Mãe referindo-se ao marido] agora o pai, o pai está completamente digamos... do sistema nervoso muito mais... digamos mexido, muito mais irritado e muito mais perturbado com tudo e eu acho que é isto, tenho observado o meu marido (diz isto com a voz perturbada, comovida), ele não diz, a gente pode perguntar-lhe a mesma coisa se está bem, ele não diz nada, mas eu tenho observado e vejo que o meu marido olha para a minha filha e vê-a emagrecer e então ele está apavorado por dentro que lhe torne a acontecer o que aconteceu e isso ele não vai conseguir passar por outra situação

P 21 – Ai não consigo não...

Também a filha defende que era importante ocorrerem determinadas mudanças relativamente aos seus pais, nomeadamente, um emprego novo sobretudo para a mãe, mais auto-estima também para a mãe, e mais coisas para fazer o pai feliz e, quem sabe, menos preocupado com a filha.

N 21 - se eu pudesse arranjava empregos diferentes sobretudo para a minha mãe, sobretudo mesmo, mais auto estima porque a mãe também não tem auto estima nenhuma e custava-me um bocado ver que os meus paissujeitar-se para eu me formar, custa-me muito e por isso é que eu tenho objectivos e já disse eu quero ser mesmo a melhor na faculdade porque quero ter um emprego garantido, não quero que me aconteça o que aconteceu aos meus pais, quero poder ajudá-los e quero mesmo, isso é mesmo, a mãe queria que ela ficasse sem a depressão, queria que ela cuidasse mais dela e o pai queria que ele começasse a abrir assim a mentalidade porque ele também tem problemas para resolver...

I – como é que gostava de ver o pai, que diferenças é que gostava de notar?

N 21 – mais feliz, menos preocupado, fazer coisas que ele gosta mais

Esta configuração familiar é muito diferente das que até agora apresentadas nas famílias ditas recuperadas, como se pode perceber pela seguinte figura:

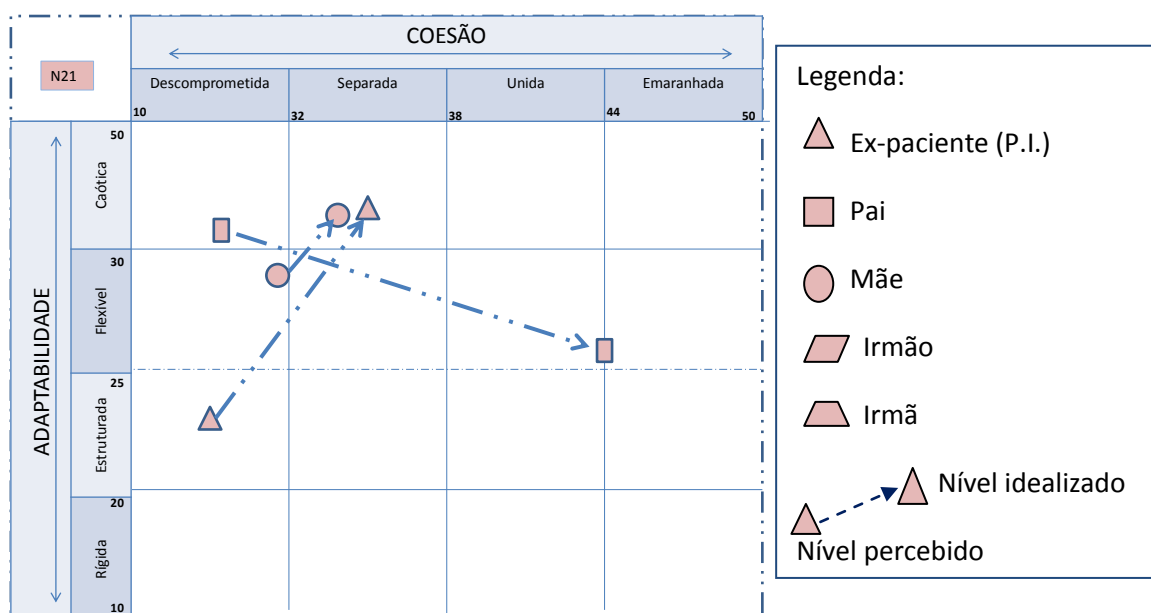


Figura 62. Perfil circunplexo da família de N21 – Funcionamento familiar percebido e idealizado

Todos percebem a família com um nível muito baixo de coesão (Família descomprometida), apesar de discursivamente vermos sinais de emaranhamento, pelo menos, entre pais e filha (Ex. filha que não sai para ficar com os pais). Fica a questão se este descomprometimento não se referirá mais à fraca aliança parental/conjugal ou se apenas é sinal que a coesão que têm, nas suas perspectivas, não é suficiente. O pai é o que idealiza com mais coesão. A filha não só deseja mais coesão como fundamentalmente idealiza com mais flexibilidade. Mãe e filha parecem idealizar com o mesmo tipo de famílias (separada/emaranhada), demarcando-se o pai desta visão (que idealiza com uma família emaranhada/flexível), revelando uma possível aliança entre mãe e filha, algo que se foi notando no discurso da filha (Ex. *senti mais apoio por parte da mãe, porque o pai não percebe, isto não é uma doença para o pai nunca foi, isto foi é uma birra, nunca há-de ser, pronto, e a mãe sempre me apoiou mais, ainda agora se for preciso eu falo com a mãe e não falo com o pai*) e no discurso da mãe queixar-se da ausência do marido.

Em suma, é notório nesta família que nenhum dos elementos ainda se sente recuperado. Os pais apontam problemáticas na filha bem como a filha nos pais. A mãe encontra-se actualmente em tratamento, a filha acha que o pai também precisava e a mãe acha que a filha precisava de mais acompanhamento psicológico. Ao contrário das restantes famílias não se descrevem enquanto família unida e vitoriosa. Ainda que o processo de autonomia se esteja a iniciar, este parece esbarrar com uma dificuldade: a da filha sair do meio dos pais. Parece persistir uma falta de aliança parental que não permita à filha prosseguir com a sua caminhada, mantendo-se centrada nos seus pensamentos obsessivos com o corpo e alimentação. Resta saber se esta é a chave desta história inacabada...

Capítulo IV. Resultados do estudo III: Uma meta-visão

Hermes, o famoso Deus da Mitologia Grega, conhecido por ser o mensageiro dos Deuses para os humanos, ofereceu ao Mundo a palavra “hermenêutica”, que se assume hoje enquanto prática de interpretação. Primeiramente aplicada às obras bíblicas, a hermenêutica foi expandida para a interpretação psicológica, sendo actualmente considerada como a “arte da compreensão” (Schleiermacher, 2010).

Imbuída desta missão compreensiva sobre o fenómeno da recuperação e apoiando-me na ideia expressa por Nietzsche que “não existem factos somente interpretações”, vou procurar agora mergulhar na minha visão dos “factos” relatados, ou seja, na minha visão sobre as visões (ou interpretações) que as ex-pacientes e familiares nos ofereceram através dos seus discursos. E proponho-me agora oferecer uma nova compreensão da realidade, mais pessoal e mais sistémica, no fundo, uma visão hermenêutica, a partir do estudo de três casos, um de cada trajectória anteriormente descrita. Partirei ainda dos discursos mas procurarei ir para além destes, na certeza de que poderei produzir ficções (Geertz, 1989), que mais não são do que as realidades possíveis que podemos ambicionar aceder, enquanto observadores. Procurarei desvendar o que está oculto na visão das ex-pacientes susceptível de ser complementado com a visão dos familiares e o que está oculto na visão das ex-pacientes e dos familiares que posso complementar com a minha visão, tendo em conta que, e segundo Dilthey (cit in Besse & Boissière, 1998, p.52), “a riqueza da nossa experiência permite-nos imaginar, por uma espécie de transposição, uma experiência análoga exterior a nós e compreendê-la...”. Assim, através do meu olhar, reflexo das minhas experiências, enquanto pessoa, enquanto filha, enquanto mulher, enquanto mãe, enquanto psicóloga, enquanto terapeuta familiar, enquanto investigadora, proponho-me compreender os discursos e acções alheias. Neste capítulo procurarei recontar a história de cada um dos casos seleccionados, fornecendo um olhar pessoal, sistémico e construcionista social, um olhar sempre que possível escrito e redigido para a jovem recuperada.

4.1. Um contágio (im)previsível?

Ana é uma jovem de 15 anos. Vive actualmente com os seus pais e com a sua irmã gémea. Tem ainda um irmão mais velho que estuda e vive fora durante a semana, vindo a casa de quinze em quinze dias. Os primeiros sintomas de Anorexia Nervosa iniciaram-se aos 12 anos. A história que nos conta é uma história simples e linear, que

contraria a ideia que o processo de recuperação é “algo difícil e moroso”. A sua trajetória poderia talvez resumir-se nas suas seguintes palavras:

Pensava que estava gorda e deixei de comer. Apeteceu-me, não por vontade dos outros ou por coisas que me disseram. Foram coisas que eu meti na minha cabeça. Mas passou-se ainda algum tempo. Depois fui de férias. E depois quando vim, já tinha emagrecido para aí 15 kgs, é que entrei na nutricionista. Quando ia à nutricionista ou estava mais magra e sentia-me diferente ao pensar... quando emagrecia... ao ver a tristeza da minha mãe. Toda a gente me mandava comer mas eu pensava que estavam todos a exagerar. A nutricionista já dizia que eu tinha anorexia nervosa. Eu para mim acho que não tinha. Acho que só tinha emagrecido uns quilos e não passava disso. Depois comecei a aceitar, comecei a comer. Mas mesmo assim entrei para o dr. X. ele também me fez um plano mas eu seguia o da nutricionista. A nutricionista fez um plano para eu comer e eu fazia aquilo tudo. Depois de um certo ponto, não foi difícil porque eu cumpria o que a nutricionista dizia no plano alimentar. No início nós achamos que toda a gente está a exagerar, está a querer, digamos, fazer-nos mal, ninguém nos percebe. Mas depois nós começamos a perceber que não é verdade e que o que as pessoas dizem tem algum sentido. Tive alta e continuei a minha vida normal: a comer o que devia. Lamento ter passado por isso, ter metido na cabeça querer emagrecer e ter chegado ao ponto que cheguei. (N3)

Como podemos verificar estamos perante uma jovem que começou por se achar gorda e decidiu começar a restringir na alimentação. O seu objectivo foi estético, pelo que nos revela. Mas porque terá esta jovem de se justificar mais, de dizer “apeteceu-me, não por vontade dos outros ou por coisas que me disseram”? Relembro num ápice as palavras da sua mãe, à saída da entrevista, sobre a relação da Ana com o seu corpo:

eu ainda hoje, acho que a Ana que, não sei se reparou que a Ana tem ali uma mancha que nem se vê e eu acho que a Ana tem tanto complexo com aquilo que, por vezes, tenta arranjar, digamos que tenta arranjar ali um grande problema quando não há, porque aquilo é uma questão de fazer uma repinha ou arranjar uma repinha e a Ana, como é que eu hei-de dizer? Naquela fase, naquela fase da anorexia também, também a mancha também serviu, também serviu para pretexto...porque a Ana não se sentia bem, achava-se gorda e achava que tinha a mancha e também tinha aparelho... (Mãe 3)

E pergunto-te Ana, porque haverias de esconder algo que não se vê? E porque haveria eu de reparar em algo que nem se vê? E porque te diriam que era uma questão de esconderes com a repinha se não viam qualquer problema nisso? E com estas questões fico enredada em perguntas paradoxais, em mensagens contraditórias, que dificilmente tu poderás ser capaz de processar, a não ser querendo ter outra imagem, não porque os outros te digam algo (porque dizem sem dizer, conforme a tua mancha que se vê sem se ver), simplesmente porque tu decidiste meter na tua cabeça. O teu pai complementa as palavras da tua mãe dizendo:

P3 – Achava-se diferente dos outros.

M3 – Tinha aparelho... e A. achava-se diferente dos outros.

P3 – Ela até é bonita assim.

E, talvez pela minha incrível sensibilidade a algumas palavras, ouço repetidas vezes a expressão “até é bonita assim”. Será que este “até” tem algo oculto? Será que não era suposto seres bonita por teres uma mancha que não se vê e aparelho nos dentes? Fico na dúvida e agora sou eu que acho que são tudo coisas da minha cabeça e não

da tua. E fico a pensar se és tu que tens os direitos de autor deste discurso estético que empregas para explicar o que te sucedeu ou se esta história tem outros autores, nomeadamente os teus pais, que mergulhados numa sociedade em que a beleza é um atributo importante de sucesso e difícil de atingir, acabam por te condicionar as possibilidades discursivas, impondo-te esta necessidade de ser especial que Hilde Bruch identificou.

Volto novamente ao teu discurso, à tua descrição do que sucedeu. Dizes que se passou ainda algum tempo, desde que começaste a reduzir até ires à nutricionista, com menos 15 kg. E pergunto-me se entretanto aconteceu alguma coisa. À partida nada parece oculto no teu discurso. Mas quando te pergunto como reagiram os teus familiares, tu explicas-me que o teu irmão saiu após o Verão de casa, para ir estudar para fora. Percebo que a ausência do teu irmão foi algo difícil para todos, afinal ele animava a casa. Desvendas também o choro da tua mãe, que pelas tuas palavras soam-me apenas ao choro de uma mãe que sofre com a ausência de um filho. Mas quando ouço a tua família, percebo que este choro tem oculta uma relação especial entre a tua mãe e o teu irmão, conforme a tua mãe me explicou:

Elas acham que, isso elas dizem sempre, mas se alguém tem alguma coisa a dizer também pode ser o P. As duas têm sempre a ideia de dizer, pronto, que o P. é o filhinho da mamã. Elas dizem que o P. é o filhinho da mamã. (Mãe 3)

E o que ainda parece oculto é a origem desta relação privilegiada entre mãe e filho que rapidamente vem à tona na entrevista familiar, quando a tua mãe explica a relação com o teu pai, a partir do que aconteceu quando engravidou de ti e da tua irmã gémea:

foi eu querer outro filho e estar preparada para ter outro filho e saber que vinham duas, saber que estava grávida de gémeas e depois no decorrer da situação, já grávida e depois de elas nascerem nunca pensei que pudesse sentir tanta falta de ajuda, ou seja, foram momentos muito, muito, muito, muito marcantes desde que elas nasceram, durante oito anos, foram tudo momentos muito, muito, muito marcantes, porque foi uma pressão muito grande e muita falta de ajuda e...Foram tantos, foram tantos os dias em que eu estava aqui no sofá, mais à noite, sentia mais a falta à noite, em que eu estava aqui, cheguei a estar aqui no sofá com elas as duas a chorar e eu a dar leite a uma e a outra a berrar, não tinha como dar leite à outra e, sei lá, foi estar noites e noites e noites sentada na cama a chorar, elas a chorar e eu a chorar também, sei lá foram tantas...durante oito anos foi noites e noites, foi muito marcante, muito mesmo...elas era...vomitavam muito, noites de Inverno, eu nem chegava a adormecer já ouvia uma a vomitar e eu levantava-me, ia tirar a roupa toda aquela, tornava-me a deitar, não chegava a fechar os olhos já vinha tirar a roupa toda à outra, já tinha a outra cama toda vomitada...foi falta de ajuda, foi falta de compreensão, foi doloroso mesmo. Sim, sim, durante a noite, porque durante o dia tinha então a segunda mãe que elas têm, a ama ajudava-me, aqui a falta de carinho, a falta de atenção, a falta de apoio foi tudo da parte do meu marido. (Mãe 3)

Ana, percebo o quão difícil foi para a tua mãe lidar com a notícia que estava grávida não de um mas de dois filhos, neste caso, de ti e da tua irmã, difícil não porque não tivesse planeado e desejasse ter mais filhos, mas simplesmente pelo facto de já ter um, e temer não ser capaz de tomar conta de mais duas, com o marido ausente, que trabalhava fora. Percebo que a tua mãe se tivesse sentido muito desamparada com 3

filhos à sua guarda, tendo-se valido de uma ama, que foi uma segunda mãe para ti, e do teu irmão, que desde cedo assumiu as funções que poderiam ter sido realizadas pelo teu pai. Perante a ausência do teu pai, o teu irmão transformou-se num braço direito da tua mãe, pelo menos até ao início da tua doença.

O P. é...portanto é uma pessoa...portanto é um amigo para mim também, é um filho...Mas é muito amigo, é muito...é assim uma coisa assim muito especial...! E é assim eu preciso de qualquer coisa e se calhar sou capaz de me desenrascar, se pedir ao P. para me fazer qualquer coisa o P. faz e há coisas que nem é preciso pedir ao P., por exemplo! (...) Sem ter que pedir? Sei lá! Eu sou capaz de sair de casa de manhã, era capaz de sair de casa de manhã, por exemplo e deixar...sei lá a tábua de passar a ferro armada e...às vezes até se saísse e se deixasse a minha cama por fazer e o P. ficasse em casa...se deixasse louça sem meter na máquina de lavar a loiça...sei lá! Qualquer coisa que eu deixasse o P. não era preciso dizer "eu vou trabalhar, tu estás em casa não te esqueças faz isto ou aquilo ou aquilo"! Não é preciso pedir ao P.! E eu saio e a L. e a A. ficam em casa, por exemplo, e eu quando chego a L. e a A. estão na cama, não há nada feito! (...) Eu lembro-me que, não há muito tempo, e há coisas que ficam marcadas sempre, eu não sei há quanto tempo que eu fiz anos, a uma segunda-feira, acho que foi a uma segunda-feira que eu fiz anos e fiz uma festa...foi um dia à semana que eu fiz anos e fiz uma festa e disse "eu não estou para me chatear hoje, não vou arrumar mais nada e amanhã eu tenho tempo!". E no outro dia, o P. ficou em casa, no outro dia eu cheguei a casa e eu tinha tudo o que estava fora do sítio eu tinha tudo no sítio, pronto são exemplos de coisas... O P. sempre que pôde, o P., sempre que eu lhe pedi qualquer coisa, sempre que o P....sempre que eu precisei do P., o P. estava sempre, sempre, sempre, sempre...O P. é um grande apoio meu. Eu disse sempre isso à minha psiquiatra, eu disse sempre isso. Na altura que o P. foi para o Local X e eu chorei muito, ui...chorei aquele ano, foi todo o ano a chorar, todo o ano a chorar, todos os dias chorava, todos os dias chorava, eu olhava de manhã para o quarto dele eu já ia para o trabalho a chorar. (Mãe 3)

E se o enredo da tua história era simples e linear, quando o junto com o enredo da tua família tudo se torna complexo e intrigante. É que foi justamente quando iniciaste esta dieta, que o braço direito da tua mãe acaba por partir. Todos vocês acham que isto foi pura coincidência. Aliás na entrevista familiar até ficaram a pensar se estes dois factos coincidiram.

I - ... disse-me que está a estudar há 4 anos, isto foi, mais ou menos, na mesma altura? (Várias pessoas a falar)

Io3 – Eu acho que foi...

la3 – Desde o primeiro ano ou quê...

P3 – Foi, foi...

la3 – Coincidiu um bocado!

P3 – Foi nessa altura foi!

la3 – A Ana andava no 8º, foi mais no 7º, por isso coincidiu um bocado!

E de facto parecem ter coincidido. E é aqui que mais uma vez entra o meu olhar. Uma vez estabelecida a ligação entre estes dois acontecimentos não sou mais capaz de os desconectar. Ainda que fiquem ocultas as motivações do teu comportamento, ao ligar estes dois acontecimentos várias possibilidades interpretativas se abrem.

Será que tu após veres todo o sofrimento que a tua mãe sentiu face à ausência do teu irmão, quiseste testar se esta se preocupava contigo da mesma forma, se era capaz de sofrer por ti, tanto como pelo teu irmão? Terá sido esta forma de testares o amor incondicional dos outros, algo imprescindível para abdicares da perfeição?

Ou será que o agravamento da tua dieta alimentar foi uma forma de desviars a atenção da tua mãe relativamente ao teu irmão, para que esta sofresse menos e deixasse o teu irmão partir sem culpa. Será que houve na tua atitude uma forma de sacrifício pela autonomia do teu irmão? Procuro pistas no discurso que corroborem esta possibilidade, mas o que encontro vem infirmar esta possibilidade:

M3 - E ao fim-de-semana chegava aqui, ele namorava, não é? Ao fim-de-semana chegava cá, agarrava no carro e ia ver a namorada. E depois a seguir vinham elas as duas, chegavam "Oh mãe, o nosso irmão? Já chegou?" e eu disse "Já!" e não viam o carro e diziam "Já sei, foi ver a M., liga mais à M. do que às irmãs e não sei quê e não sei que mais!". E fez com que elas...

N3 – Tu também dizias que ele não passava tempo em casa, agora somos nós!

M3 – E depois diziam... (...) Agora elas não conseguiram entender que o P. tinha que ter um bocadinho de tempo para a namorada e um bocadinho de tempo para elas, elas só queriam para elas e eu notava que quando elas, o pouco tempo que elas...e às vezes chamava a atenção ao P. "Oh P. também é verdade as tuas irmãs dizem também passas pouco tempo em casa!", eu também lhe dizia. (Mãe)

Ao analisar este diálogo, percebo como parece ter-se estabelecido uma aliança entre a tua mãe, tu e a tua irmã no sentido de trazerem o teu irmão mais para casa, o que rapidamente me leva a hipotetizar algo contrário à premissa anterior: Será que, pelo contrário, foi uma espécie de aliança que decidiste fazer com a tua mãe para que o teu irmão regressasse ou viesse mais a casa?

Ainda assim e olhando para os teus 12 anos e enquadrando-os no início da adolescência e conseqüente necessidade de afirmação, uma nova hipótese me surge: Será que decidiste abdicar de ser mais autónoma ao veres como isso poderia colidir com as aspirações familiares (ao observares o sofrimento da tua mãe perante a autonomização do teu irmão), optando pelo desaparecimento? Conforme Michael White descreveu, a Anorexia Nervosa pode ser entendida como um dilema entre as aspirações de "ser independente" (acompanhadas de culpa) e de "ser para os outros", que degeneram no paradoxo da doença de "descobrir-se a si mesma perdendo-se" ou "encontrar-se a si mesma desaparecendo". Perante a impossibilidade de aspirar a ser independente, já que isso acarreta sofrimento para os demais, conforme aconteceu com o irmão, esta jovem "deixa-se" desaparecer em prole dos outros, sacrificando as suas aspirações. E mais uma vez recorro às vossas visões e vejo como ainda hoje a tua mãe se aflige com a tua independência, parecendo haver um conflito entre as tuas necessidades de autonomia e as necessidades da tua mãe.

M3 - Este ano já estou muito mentalizada, só falta um, para o ano já estou melhor! E depois a pensar que sai o P. e vão as duas...! Penso, penso muito nisso, "será que vou aguentar, agora só tenho o P., será que vou aguentar a L. e a Ana na faculdade?". Penso muito nisso!

P3 – Pensas agora nisso e se calhar para o ano ou quê de casar e for? Como é? Como é que vai ser?

M3 – Eu não penso nisso.

P3 – Um dia...não pensas? Então a gente tem que estar mentalizado para isso! Isso já é uma preparação que estamos a fazer para o futuro.

M3 – Mas é que eu não penso...

P3 – Isto é uma preparação...

M3 – Eu não penso no dia em que ele case, eu penso sempre em fazer melhor quando está comigo! Penso muito nisso, por acaso penso, e quando penso, penso assim para mim “será que vou aguentar a L. e a Ana na faculdade?”, mas também não vou, não estou para sofrer... Não estou para sofrer antecipadamente! (...) Penso muito que, se calhar, chega-me a passar isso pela cabeça, “será que a L. e a A. também vai ter que ir assim para longe?”

Contudo, ao lembrar de autores como Minuchin (1978) e Palazzoli (1999) que alertam para a existência nestas famílias de um conflito conjugal, muitas vezes dissimulado, no qual a jovem anoréctica é envolvida, *fico a pensar: Será que o teu comportamento surgiu no momento em que parecia haver oportunidade para forçares o teu pai a aproximar-se da tua mãe e do resto da família, agora que o teu irmão tinha partido? Ou será ainda que o teu comportamento foi uma forma de protesto, conforme descrito por Pallazoli (ver capítulo 4), através da tua mãe e dirigido ao teu pai, para que este olhasse pela tua mãe, agora que ela estava deprimida? E vejo os queixumes da tua mãe e mantenho esta minha hipótese:*

[Mãe referindo-se ao Pai] Não, ele nunca acompanhou! Ele foi sempre, foi sempre...o coiso dele era o trabalho, o trabalho, o trabalho, o trabalho e quem acompanhou fui eu! Quem teve todas as preocupações fui eu, quem acompanhou tudo sempre fui eu!

Talvez tenhas estado envolvida no seio de um conflito conjugal, que se agudizou com o teu nascimento. Mas as hipóteses não se esgotam. E ao ouvir a tua mãe a falar na sua depressão, crio uma nova hipótese, menos sistémica, ainda que relacional:

Eu desde que tive a L. e a J. tive uma depressão pós-parto e estou-me a tratar lá na psiquiatria do hospital de S. João e falei com a minha médica também na altura também estava mal eu, não é? Também estava doente também da cabeça.

Será simplesmente que a tristeza da tua mãe consumiu-te o teu apetite e a tua vontade de viver?

Ouçamos agora novamente as palavras da tua família e procuremos perceber mais uma vez o que está oculto. *Na altura em que o teu irmão partiu, a ama, que “não é uma ama qualquer, é uma segunda mãe” (Mãe 3), detectou que estavas a comer menos e disse-o à tua mãe. O teu emagrecimento ainda não era óbvio para a tua família, talvez porque a tua ama tivesse fama de gostar muito de alimentar as crianças, como a tua mãe afirmou, ou eventualmente, e agora falando eu, porque as lágrimas da tua mãe pela saída do teu irmão lhe turvassem a vista relativamente ao teu emagrecimento. Mas eis que és notada através de outro sintoma:*

não era assim, não era a minha A., não! Eu disse sempre e falava com os médicos e dizia a minha A. não era agressiva, ela era carinhosa e assim... a própria doença é que a pôs muito agressiva... (Mãe 3)

de repente a A., tão depressa deixou de comer como começou mesmo a desaparecer e eu comecei-me a assustar, a assustar muito e comecei a andar até tive várias chatices no centro de saúde por causa de querer andar e eles eram lentos...(Mãe 3)

A tua mãe depara-se com a tua agressividade, uma faceta que não era a tua. Ao invés desta agressividade gerar agressividade, como muitas vezes sucede na história do dia-a-dia e até da Humanidade, a tua mãe apercebeu-se que esta não te pertencia, pertencendo antes à doença que já te havia dominado.

eu não estava habituada porque a Ana não era assim, achei que a Ana estava agressiva e malcriada, malcriada na maneira de falar para mim e acho que noutra situação qualquer a Ana levava um estalo, e naquela não, naquela situação eu disse "não", preferi ficar assim, desabafei a chorar, fui a chorar para o trabalho, mas não lhe bati, mas realmente da maneira que ela falou para mim noutra situação qualquer não admitia que falasse assim para mim, com aquele berro, aquele olho arregalado para mim, mas já não era a Ana, já era trocado pela doença. (Mãe 3)

E foi aqui que sentiste novamente as lágrimas da tua mãe, agora já não dirigidas ao teu irmão, mas a ti, que passaste a ser o centro das suas preocupações, ainda que não te lembres. O sintoma neste momento permite-te ter a certeza do amor da tua mãe por ti, o amor que viste nas lágrimas que anteriormente a tua mãe verteu pelo teu irmão. Sem querer portanto medir forças contigo, mas achando que ao tratar-se de uma doença precisava de ajuda externa, a tua mãe levou-te ao médico e foi insistindo para que te arranjassem um especialista. E foi com esta flexibilidade, adaptando-se às mudanças que verificava em ti, que passou a acompanhar-te mais em vez de se opor a ti, decidiu em vez de um estalo, dar-te a mão e levar-te a uma nutricionista, à qual te passou a acompanhar sempre. E mais uma vez sentiste as lágrimas da tua mãe.

Quando ia à nutricionista e ia lá e ou estava mais magra e sentia-me diferente ao pensar... quando emagrecia... ao ver a tristeza da minha mãe ... ela às vezes chorava lá. (N3)

Para além das suas lágrimas, com o sintoma podias assegurar a sua presença.

A ama ficava com a L. ... foi a grande ajuda da tal segunda mãe que elas têm, que sempre nos acompanhou, sempre em tudo, mesmo...ela só não acompanhou a Ana ao hospital porque tinha a L., ela ficava com a L., porque ela acompanhou em tudo...na nutricionista! (...) Ela acompanhou-me sempre, menos ao hospital, ao hospital é que era sempre só eu, ia com ela porque a ama tinha a L. (Mãe 3)

A tua ama ficava com a tua irmã e a tua mãe passou a dedicar-te mais tempo, já te acompanhava às consultas. Contudo, tu nunca gostaste de ir às consultas.

[N3] dizia para ela não fazer isto, para olhar para o que eu passei, para ela ver se quer o mesmo, andar em médicos um ano e tal e passar o que eu passei. (...) Primeiro porque não gosto de médicos, de hospitais, deste ambiente. E então para mais quando se referia a mim, e numa doença que eu tinha, mais difícil.

Para além disso, apesar do sintoma ter-te possibilitado mais tempo com a tua mãe, ele não permitiu que o teu irmão passasse a estar mais tempo em casa ou que o teu pai estivesse mais próximo da tua mãe. Atrevo-me a dizer que se o sintoma inicialmente pode ter surtido um dos efeitos desejados, o de te ter assegurado que a tua mãe era capaz de sofrer por ti como sofreu com a ausência do teu irmão, a certa altura parece ter deixado de surtir os efeitos desejados, trazendo-te inclusivamente o inconveniente

de teres de ir ao hospital, o que provavelmente, entre outros motivos, contribuiu para que te “rendesses” às evidências e decidisses seguir o plano alimentar. Vejamos então que ganhos ou perdas o sintoma estava a proporcionar:

Quadro 123.

Ganhos e perdas associados ao sintoma de N3

Extractos	Ganhos/perdas
eu não estava habituada porque a Ana não era assim, achei que a Ana estava agressiva e malcriada, malcriada na maneira de falar para mim e acho que noutra situação qualquer a Ana levava um estalo, e naquela não, naquela situação eu disse “não”, preferi ficar assim, desabafei a chorar, fui a chorar para o trabalho, mas não lhe bati, mas realmente da maneira que ela falou para mim noutra situação qualquer não admitia que falasse assim para mim, com aquele berro, aquele olho arregalado para mim, mas já não era a Ana, já era trocado pela doença.	Com o sintoma conseguiste mostrar oposição à tua mãe, mas não conseguiste uma forma de luta/imposição, porque esta escolheu não se contra-impôr a ti.
Ela acompanhou mais do que eu porque eu ando sempre fora a trabalhar... (Pai)	Com o sintoma, não viste acontecer a aproximação dos teus pais. Pelo contrário a tua mãe parecia cada vez mais sobrecarregada, aumentando o desequilíbrio já existente na relação dos teus pais.
Não, ele nunca acompanhou! Ele foi sempre, foi sempre...o coiso dele era o trabalho, o trabalho, o trabalho, o trabalho e quem acompanhou fui eu! Quem teve todas as preocupações fui eu, quem acompanhou tudo sempre fui eu! (Mãe)	
Mas era eu que tinha de suportar tudo, notei que era eu mesmo que tinha que andar, era eu que tinha que ouvir, era eu que tinha que dizer “a melhor solução é esta”, “eu acho que não está correcto como eu quero, eu acho que vou ter que fazer assim, eu acho que vou ter que fazer assado”, era eu que faltava constantemente também ao trabalho, para tratar da Ana, para ir com ela para o médico, para a acompanhar, fui sempre eu, acho que fui sempre eu que andei muito e que resolvi todas as situações, fui eu que a acompanhei, não fui?	
E ao fim-de-semana chegava aqui, ele namorava, não é? Ao fim-de-semana chegava cá, agarrava no carro e ia ver a namorada. E depois a seguir vinham elas as duas, chegavam “Oh mãe, o nosso irmão? Já chegou?” e eu disse “Já!” e não viam o carro e diziam “Já sei, foi ver a C., liga mais à C. do que às irmãs e não sei quê e não sei que mais!”	Com o sintoma não viste o teu irmão regressar a casa ou decidir passar mais tempo em casa. Afinal de contas ele vinha a casa e saía logo a seguir para ir ter com a namorada.
E depois eu tinha que suportar a Ana também o mau humor da Joana, nas idas ao hospital. A Ana lá sentada...	Com o sintoma, não assististe ao alívio do sofrimento da tua mãe (pela ausência do teu irmão), já que ela passou a sofrer por ti. Mas pelo menos com o sintoma percebeste como a tua mãe também sofria por ti, conforme sofria pelo teu
logo, logo de manhã...eu saía, eu havia dias que saía de casa, daqui, ela ia para a escola eu ia para o trabalho, mas eu já ia a chorar, por causa da agressividade dela	

	irmão.
a ama até estava mais bem informada sobre aquilo que a Ana comia, sobre aquilo que ela, as refeições que ela fazia durante o dia, a ama até era uma das pessoas mais indicadas até para falar e ela acompanhou-me sempre, menos ao hospital, ao hospital é que era sempre só eu, ia com ela porque a ama tinha a L..	Com o sintoma, a tua mãe passou a estar mais presente na tua vida, já que acompanhava às consultas.
Sim, a A. detestava médicos! (Mãe)	Contudo, tu nunca gostaste de ir a médicos e hospitais. Para além disso, a tua mãe tinha de compensar o tempo perdido para te acompanhar em trabalho nocturno.
ele a ele descontava-lhe, mas eu a mim do corpo saía porque eu se ia ao médico com ela faltava à tarde e eu no, ou ia para lá no outro dia e ficava até à meia-noite, tinha que dar as horas. Tinha que dar as horas. Sempre tive que dar as horas. Eram meses e meses e meses a ficar até às oito, até à meia-noite...	

Como se pode observar no quadro, o sintoma foi sendo retroalimentado negativamente pela família, no sentido da mudança, acabando por se extinguir e levando a jovem a admitir o problema e a investir na recuperação. Acredito que para a Ana levar a cabo esta decisão tenha sido importante a sua força de vontade, como ela revela. Mas coloco a hipótese de terem havido outros momentos que favoreceram a sua vontade de recuperar. *Como, por exemplo, aqueles momentos em que o teu pai te vinha oferecer comida e tu aceitavas, como conta a tua mãe:*

M3 (referindo-se ao marido) – Depois partia muito queijo e ao partir o queijo, isso eu lembro-me também, mas já numa fase um bocadinho melhor, mas eu lembro-me de ele partir o queijo, quanto mais ele partia, mais elas comiam e então eu dizia “parte sempre, parte sempre, para elas comer”.

I – E portanto isso ajudava?

M3 – Era! Mas ele partia muito e depois chegava no outro dia se eu estivesse muito cansada ou até já não me apetecesse já não saía da cama, dizia-lhe a ele “vai para a cozinha parte queijo, parte queijo que elas comem!”.

É curioso como aceitavas comer quando o teu pai te oferecia. Talvez a recuperação estivesse a abrir novas possibilidades. O teu pai até já ajudava a tua mãe, podendo esta descansar na cama. Talvez o tal conflito conjugal em que estavas envolvida estivesse a resolver-se. Assim, em vez de o sintoma surtir este efeito, foi a recuperação que o surtiu. Também é interessante o facto de tu teres melhorado numas férias:

M3 - Já antes de nós sairmos daqui a A. já dizia muito...eu disse “eu não vou de férias! Eu não vou de férias porque a A. não está em condições!” e é preciso fazer sopinhas, andar com as sopinhas...

P3 – Prontos, mas ela foi... (...)

M3 – Acabamos por ir, acabamos por ir, mas eu disse à A. antes de sair “Oh A. se eu chegar lá e tu começares a não comer nós vimos logo embora” e então ela queria muito e então aquilo foi uma maravilha. Eu fazia-lhe sempre a sopinha e controlava as refeições, o pequeno-almoço...

P3 – E para ter senha e para ir para a piscina tinha que comer. (...)

M3 – Seguíamos o plano alimentar, “tens de comer isto se não comeres isto tens de comer aquilo e tal” e depois é X horas aqui outra vez para comer a sopa, depois comia a comida, depois a seguir podes ir outra vez, depois vens comer a fruta e tal e assim...

P3 – Não, foi muito controlado, nesse ano foi muito controlado. (...)

N3 - depois a partir daí nunca piorei, depois de começar os tratamentos da nutricionista e a comer nunca piorei, foi sempre aumentando.

Estas férias estiveram em risco de não se concretizarem. A tua mãe lá acabou por ceder e tu cedeste também. Afinal de contas sabias que se não comesses as férias terminavam, não só para ti, como para todos. Talvez fosse melhor abdicar de uma aspiração pessoal em prole das aspirações colectivas. Os teus pais uniram-se como uma equipa e montaram um verdadeiro sistema de contingências, que fez com que recuperasses tão bem de peso. E a tua recuperação, foi assim, simples e rápida. Vejamos que ganhos ou perdas a recuperação te proporcionou:

Quadro 124.

Ganhos e perdas associados à recuperação de N3

Extractos	Ganhos e perdas
Era! Mas ele partia muito e depois chegava no outro dia se eu estivesse muito cansada ou até já não me apetecesse já não saía da cama, dizia-lhe a ele “vai para a cozinha parte queijo, parte queijo que elas comem!”.	Ao aceitares comer com o teu pai, não só permitias à tua mãe descansar como proporcionavas à tua mãe uma nova imagem do seu marido: alguém que a ajuda.
eu achava que a Ana melhorou e melhorava sempre que houvesse férias. A Ana queria muito ir de férias, nós fomos sempre de férias! (Mãe)	Ao comprometeres-te a comer nas férias permitiste que mais uma vez, nas férias, a tua família estivesse bem e unida.
Vocês costumam ir os cinco? M3 – Sempre! P3 – Sempre, vamos sempre!	

Se o sintoma parece ter gerado mais perdas que ganhos, a recuperação proporcionou-te alguns ganhos que foram retroalimentando positivamente.

Voltando novamente à tua narrativa individual, dizes que lamentas o que aconteceu. Fico normalmente com curiosidade para ver se há algo de oculto neste lamento. Será que lamentas ter tentado que o teu irmão regressasse em vão? Será que lamentas ter tentado aproximar os teus pais em vão? Também continua oculto o que os teus pais lamentam. Na pista do teu pai, ele parece lamentar ter-se casado.

Isso é o que todos dizem “eu se soubesse o que sei hoje não me casava” (risos). (Pai 3)

Mas diz estas palavras a sorrir, e eu fico confusa se estas provocações entre os teus pais são formas de alimentarem a sua relação ou se são sinais de fragilidade da relação. E percebo melhor que tu te lamentas de teres tentado algo que não estava ao teu alcance. O que não lamentas? Presumo que não te lamentas de teres conseguido mostrar à tua mãe como afinal o pai também consegue ser um bom pai ao distrair-te para comeres? De continuarem todos juntos, unindo-se nas férias e em ocasiões especiais? Contudo, a tua família não parece estar muito diferente do que era. Apesar da tua mãe parecer estar um pouco mais conformada com o facto do teu irmão estudar fora, ainda está pouco conformada com o facto do teu irmão não vir todos os fins de semana a casa. Parece sentir muito a sua falta e já sofre quando antecipa a tua saída e da tua irmã, algo mais fácil de aceitar pelo teu pai, que desde cedo se tornou independente.

E também me está a custar este ano, este ano também me está a custar, também não aceito assim muito bem, ou seja, fico triste quando o P. não vem, porque é assim o P. os outros anos veio sempre a casa ao fim-de-semana, era raro ficar, não é? Raro ficar lá um fim-de-semana, só mesmo quando ele dissesse “Oh mãe olha tenho mesmo que estudar...” (...) E depois a pensar que sai o P. e vão as duas...! Penso, penso muito nisso, “será que vou aguentar, agora só tenho o P., será que vou aguentar a L. e a A. na faculdade?”. Penso muito nisso! (Mãe 3)

Eu quando andava na tropa só queria vir era namorar, não queria estar à beira dos velhotes, eu queria vir era sair! Por isso não estranho, ele não estar cá não estranho, dele ir e vir de quinze em quinze dias não estranho, porque eu sei dar valor porque andei por lá e sei bem o que é! (Pai 3)

Actualmente, a tua mãe parece ainda sentida com o teu pai, o teu pai vai levando com humor este ressentimento, ficando por desvendar os seus sentimentos.

Mãe 3 - aqui a falta de carinho, a falta de atenção, a falta de apoio foi tudo da parte do meu marido. Sim, sim, digamos que sim, que não dava, ou seja, para quem queria tanto ter gémeos, porque já quando eu estava grávida do meu filho...

Isso é o que todos dizem “eu se soubesse o que sei hoje não me casava” (risos). (Pai 3)

E mesmo actualmente os teus pais mostram o seu desentendimento enquanto díade parental:

M3 – O meu marido não... pensa que, como é que eu hei-de dizer? Que se pode levar tudo a brincar e às vezes não pode, não é? Tem mesmo que se falar e tem mesmo que se dizer “é assim que se vai fazer!”.

P3 – As coisas tem que se levar a vida a brincar, que a gente, isto é uma brincadeira...

M3 – Não, tanto que não pode ser assim que depois tu acabas por te virar para mim “tu havias de dizer, tu havias de as pôr a fazer isto, tu havias de as pôr a fazer aquilo!”, mas quando eu não estou tu não as pões! Devias pôr quando estás também, não é?

P3 – Então se tu és a dona de casa tu é que tens de as pôr a trabalhar!

M3 – Então mas eu não estou, eu estou ausente, eu estou ausente, chego a casa e as coisas estão por fazer, não é? Quem devia ter posto a fazer eras tu! Eras tu que estavas aqui! No tempo em que eu andei na escola quem tinha que pôr a fazer o serviço aqui eras tu, não era eu, eu não estava cá e tu não punhas, que era para ser eu a má da fita, quando chegasse a casa eu fazia barulho.

I - Mas é como se o marido não gostasse muito de conflitos, é isso?

P3 – Eu não gosto...Eu não gosto de guerras...Prefiro eu ficar culpado, prefiro eu ficar culpado...

I – Sim! Do que?...

P3 – Do que culpar, do que foi ela, ou que foi ela que não fez aquilo. Prefiro assumir do que “olha foi ela que fez aquilo!”.

M3 – Não, mas nesse aspecto então não tinhas nada que me dizer a mim “tu é que tens que lhe dizer, tu é que tens de a pôr a fazer!”.

P3 – Eu chamava-te à atenção, não é?

M3 – Se és tu...

P3 – Eu mandei a N3 fazer aquilo, ela não fez!

M3 – Pronto, mas se és tu que estás aqui com ela...

P3 – Que é para não dizeres que eu não fiz, que eu não mandei fazer, toma nota!

M3 – Mas se não está feito, eras tu que estavas aqui com ela, eras tu que tinhas que mandar fazer, não era eu porque eu não estava, não é? Quando eu ia para a escola isso funcionava assim, não é?

Como podemos observar através deste excerto, o diálogo entre marido e mulher centra-se na responsabilidade pela educação das filhas, ainda que o conteúdo parece ser muito menos relevante que a relação entre ambos. Num jogo de acusações e defesas, a mulher assume-me e é vista como a responsável por ditar as regras para as filhas. Enquanto a mãe assume este papel de activa, dominadora, voluntariosa, o pai assume o papel de vencido, de assumir a culpa, uma espécie de herói da paz que se sacrifica, não se impondo, mas impondo-se na relação, gerando, por sua vez, a posição contrária na mulher, a de quem culpa, de quem domina. Gera-se assim, segundo Ugazio, uma polaridade semântica em que os vencedores são vencidos e os vencidos vencedores num círculo recursivo interminável.

Ainda falta referir que a tua irmã, pouco depois de teres recuperado, começou também a manifestar a doença, algo que no seu caso não se agravou tanto como o teu. Se para o teu irmão isto pode-se explicar por uma procura, ainda que inconsciente, de atenção da tua mãe, para os outros este acontecimento sucedeu simplesmente por contágio, algo que recorrentemente acontece, já que quando uma tem gripe a outra apanha sempre depois.

Mas o que me admira é uma coisa...primeiro ficou esta, não é? Esta teve essa mania e esta estava gordinha, estava jeitosa, estava toda coisa e esta dizia à irmã para ela comer “tu come, isto e aquilo e tal” e ela a ver que estava a ficar dia-a-dia, a emagrecer e depois a seguir ficou ela! (Pai 3)

Para mim, para mim que vivo com elas chamou-me à atenção estas duas situações logo quando elas nasceram e, a partir daí, foi sempre, portanto...não foi novidade para mim que a L. ia ficar também, só que também tenho a experiência de que tudo o que der, qualquer coisa, por exemplo desde sarampo, febre aftosa, varicela dá a uma primeiro, à que dá primeiro dá sempre mais pesado, que foi o caso da anorexia nervosa, a ela foi muito mais grave que a L., portanto, tudo o que der à primeira...durante 15 anos tem sido sempre assim...tudo o que der à primeira, a primeira tem...a varicela foi assim, a primeira teve muito pior que a segunda, depois a segunda tem também, mas já é uma coisa mais...portanto a primeira é sempre tudo e continua a ser assim agora, em tudo! (Mãe 3)

Neste caso acho que pode ter sido outra coisa diferente! Mas lá está eu também tenho uma posição diferente...quando há alguém que tem um problema como o que ela tem há muita atenção depositada nela! Sim, ela está doente, não é? A minha mãe anda com ela para o médico, todas as refeições preocupa-se com ela, antes de ela ir para a cama preocupa-se, de manhã preocupa-se, há uma constante atenção...Que se calhar em parte é retirada doutra...Portanto, quando a Ana fica boa, se calhar, até de uma forma inconsciente dela há uma procura de atenção através disso! (Irmão 3)

Não foi nada disso, desculpa lá! (N3)

Fica aqui a questão se este contágio seria assim tão previsível ou imprevisível. O que poderá conter em si a palavra contágio? Seria efectivamente um contágio de vírus, ou terá sido um contágio das estratégias usadas para adquirir uma atenção especial da mãe, como o teu irmão afirma? Ou poderá ter sido um contágio de reacções no sentido de garantir a união de um casal em risco, que se une perante as adversidades?

Ainda assim, apesar deste “contágio”, tal como uma gripe, a segunda irmã já não o teve de forma tão grave. O sintoma ainda que pudesse ser “apetecível” parecia esbarrar-se com várias consequências negativas: as idas ao hospital, as faltas da mãe ao trabalho e respectiva sobrecarga.

Os teus pais ainda hoje continuam sem perceber que papel tiveram no meio disto tudo. Percebo, contudo, pelas vossas palavras que já passaram por várias dificuldades, que acabaram por vencer, achando aliás que a vossa família podia ser por isso um caso de estudo.

Eu acho que nós somos um caso de estudo! Porque com todas as dificuldades que nós já passamos... E ainda pensamos como é que conseguimos ter a qualidade de vida que temos e...eu estou na faculdade, elas estão bem encaminhadas... (Irmão 3)

E efectivamente vocês servem de caso de estudo já que:

- as vossas acções não retroalimentaram o sintoma pelos mecanismos de oposição que muitas os perpetuam e intensificam (a tua mãe não personalizou o teu sintoma, encarando-o como algo externo a ela, o que a impediu de se opor ao sintoma e permitiu-lhe usar uma estratégia mais flexível);

- não deixaram que o problema contaminasse a vida de todos os elementos (assim o pai e mãe continuaram a trabalhar, o vosso irmão seguiu com a sua vida, permitindo a cada um ser para si, e não para os outros).

- conseguiram não contrariar as estratégias dos terapeutas, apesar de arranjaram uma solução inovadora - a de serem os próprios terapeutas que gerem a alimentação da filha, com reforços e também flexibilidade.

Parece que vos ajudou a serem bem sucedidos nestas tarefas o facto de terem sido capazes de ser flexíveis perante a agressividade de N3 mas não se tornaram caóticos,

continuando a impôr algumas regras, deixando o ónus da decisão de recuperação na filha e, como casal, terem conseguido unir-se durante o tempo necessário para a recuperação.

Questiono contudo ainda se esta história estará inacabada. Inacabada estará sempre na medida em que a vossa trajectória como família ainda tem vários estádios pela frente mas questiono-me como irá esta dinâmica familiar evoluir quando a Ana e a irmã se autonomizarem ou reclamarem por esta autonomização? Como irá mover-se esta díade parental/conjugal? Será que alguém vai adoecer? Será que alguém vai abdicar da sua autonomia em prole dos outros? Será que os pais irão virar-se um para o outro? A evolução de um sistema é imprevisível bem como o final desta história inacabada...

4.2. Uma arrelia com um alvo inatingível!

Matilde é uma jovem de 27 anos. Os primeiros sintomas de Anorexia Nervosa iniciaram-se aos 20 anos, ainda que para si o seu problema começou cerca de 4/5 anos antes, quando tinha 15/16 anos. Está actualmente grávida a dar os últimos retoques à sua nova casa, para onde em breve se irá mudar, com o seu namorado. A história que nos conta é uma história longa, complexa e intrigante que começou bastante antes da restrição alimentar. Contrariamente à Ana, revela-nos mais na entrevista individual que na entrevista familiar, como se soubesse demarcar o seu espaço dos demais. A Matilde começa desde logo por nos mostrar vários aspectos da sua vida que contribuíram para o fenómeno que se convencionou denominar por Anorexia Nervosa, que esta entrevistada apelida de “arrelia”, como tão bem nos explica:

Eu achava que era muito criticada (...) e tudo o que me diziam de mal eu tomava como sendo uma crítica, mas não construtiva e positiva, como uma crítica negativa, era sobretudo uma pessoa triste. Cresci a pensar que não era boa, que não valia, cresci a pensar que não gostava de mim e então isso é ao longo de anos temos que mudar. Tinha que atingir um pouco a perfeição. Eu nunca ficava satisfeita com pouquinho. Eu tinha que atingir mesmo assim um mito.

Depois eu sempre pratiquei natação. Desde os 8 anos. Porque o meu pai tinha a ideia que ia ser atleta. Também por zanga eu disse: Eu nunca vou ser atleta. Até podem ir lá ver-me a nadar mas quando forem lá ver-me eu faço os piores tempos. E porque eu queria ir para o ténis. Aos 15 anos queria ir para o ténis. Mas o meu pai disse que não, que era só natação, porque natação é que era completo. Ele via-me, lá está, M. acho que veio de uma nadadora, por acaso descobriram, mas o meu pai acho que via a natação como um desporto muito completo que os filhos deviam praticar. E depois há... isto foi aos 15/16 anos, foi o primeiro namoro. E via-me criticada pelos meus pais. Porque era um jogador de futebol. Então eu passava a ser aquelas meninas que ... tinham aquele estereótipo pronto. E sempre foi o abolir da relação. os meus pais não percebiam. Diziam que eu era uma menina mimada. E foi a partir daí. Eu falava com eles. O meu pai não. É muito distraído em relação à família e passa-lhe, não se apercebe dos problemas. Mas quando tentava falar sobre alguma coisa, sobre algum assunto, algum assunto não sobre guerras, nem sobre fome, mas quando tentava falar sobre problemas ou alguma saída com amigos, não me explicava bem onde queria ir e eu nunca expliquei bem aquilo que queria. E

nunca havia um bom diálogo. Eu dizia as coisas, eles diziam do outro lado, eu achava que eles me estavam a atacar, atacava também e foi sempre assim e foram muitas quezílias entre mim e os meus pais.

Se a medicação começava a não surtir efeito eu tomava redobrada, a dose era aumentada e andava sempre e... E as pessoas associavam-me à calma e diziam que eu era muito boa aí, e eu: Ui, mas aí nem se quer era a M.. Porque eu não retilava, era um zombie autêntico, andava ali. E revoltei-me contra isso. Não a partir de agora não há drogas. Senão daqui a pouco, chego aos meus... Já tinha, foi aos 18/19 anos que comecei, andar, andei... acho que 6 meses seguidos sempre e não fazia mais nada senão andar em drogas. Ainda és muito nova. E pensei quando fores mais velha e tiveres aqueles problemas mesmo que poderás vir a ter ou por estares mais velha podes estar mais desgastada então aí não há droga que te segure. E aí disse não às drogas e aí já tinha que enfrentar as coisas e manter a calma porque disseram-me que eu era muito melhor com as drogas. Ah, mas isso foi antes da anorexia. Disseram-me isso e foi aquela revolta. (N2)

Percebo Matilde que a crítica que sentias te fizesse duvidar do teu valor. E talvez por isso, tentasses perseguir “um mito”, um desejo de seres aprovada por todos conforme Guidano (1987) explicita no seu modelo, um nível isento de (auto e hetero) crítica, onde tudo brilhasse e não houvesse lugar para “ser apenas normal”, afinal de contas querias ser especial, conforme explicitado por Bruch (2001). Ao longo dos tempos, talvez te tenhas apercebido que os teus pais não eram perfeitos, logo tu que procuravas a perfeição. O teu pai parecia não ter jeito para os afectos. Para além disso, parecia ser difícil comunicar com os teus pais. Sentias-te atacada e também atacavas. Afinal de contas não conseguias comunicar o que querias até porque os teus pais já sabiam à partida o que queriam e o que não queriam para ti. E com tudo isto começaste a tomar medicação, nomeadamente anti-depressivos, e ficaste mais calma. Mas tu não eras essa calma. Presumo que a revolta permanecia em ti, ainda que adormecida. E quando percebeste que afinal os outros te apreciavam pela tua “calma” aparência e não pelo que verdadeiramente eras ou sentias, decidiste dizer não à medicação e tentar ser quem sentias ser. Querias talvez “ser para ti” e não para os outros (White, 1994), algo que parecia difícil no seio da tua família. E foi aqui que começou a “arrelia”, o nome como designas o que te sucedeu.

Se estes dados já pareciam ser suficientes para perceber trajectória até ao início da Anorexia Nervosa, apercebi-me de mais alguns aspectos familiares importantes que parecem poder estar também relacionados. Apercebi-me como a culpa é um elemento comum no seio desta família, a culpa que, segundo White (1994) inspira soluções que não trazem alívio.

O meu pai mudou muito no primeiro mês que a minha mãe foi operada. Eu não dei valor nenhum à mastectomia que a minha mãe fez, nem sequer sabia o que era aquilo e... não dei valor, só queria ir para a escola e estar com os colegas, não dei valor. Eu às vezes peço desculpa à minha mãe, porque não... só queria ir para a escola, para estar com as minhas colegas... tinha aquelas amigas e queria ir e eu não percebi, não percebi. Nunca pensei que fosse assim tão grave. A minha mãe também chegou lá e disse que ia... basicamente disse-nos que aquilo não era nada, pronto. A minha mãe foi e... é que a minha mãe nunca diz aquilo que tem, pronto. (N2)

Percebo como a tua mãe passou por uma fase difícil antes de tu adoeceres. Para te proteger disse-te que não era nada de grave, mas sinto que há como que uma culpa

implícita que vem não sei de onde sobre o facto de não teres dado a devida atenção à doença da tua mãe. Mas afinal de contas, como poderias? Como tu própria dizes, andavas no 8º ano, naquela fase das amigas e a tua mãe também te disse que não era nada de grave! Nesta altura deste conta, contudo, de algo invulgar.

N2 - Depois o meu pai, naquele mês, achei que teve uma atitude daquelas, que eu às vezes até lhe digo "Porque é que não fazemos como fazíamos", o meu pai disse "A partir de agora vamos ser nós os três a fazer as coisas à mãe". Toda a gente se ajudou para a minha mãe fazer menos. Para lavar...um lavava a louça, outro fazia isto. Coordenávamo-nos todos, direitinho.

I – Não estavam habituados a isso, é isso que quer dizer?

N2 – Não, era a mãe que fazia.

Nesta altura, o teu pai assumiu as rédeas da casa. Todos passaram a ajudar a tua mãe, algo que tu achaste fabuloso, mas que não perdurou no tempo. Na altura em que começaste a manifestar alguns sintomas, a tua mãe estava outra vez muito cansada, tinha morrido a tua avó, o teu pai já não ajudava outra vez em casa.

foi num domingo. A minha avó estava muito doente. Então a minha mãe com essa doença da minha avó, começou a ficar mais doente, foi-se abaixo, a certa altura estava a ver que a minha mãe ia primeiro e que a minha avó ia depois. (...) Eu dizia: oh pai por favor não convides, a minha avó estava doente também, a minha mãe super cansada, 'não os convides' e eles vinham todos para minha casa. (...) Ver a minha mãe como estava, que não se aguentava, e ver o meu pai ali contente por ver aquela família toda, lá porque se davam bem, estar toda lá a lanchar e a divertirem-se. E depois foi toda a mesa suja, cheia de coisas para se lavar, e o meu pai agarra, em vez de ajudar, não, foi jogar bilhar com eles. E aí atingiu o pico. Porque vi a minha mãe cansada que ia para lá, precisava de descansar porque no dia a seguir precisava de trabalhar, chegar a casa e estar com a minha avó, porque a minha avó, mesmo com essas senhoras obrigava a minha mãe a estar lá. Então ver a minha mãe esse período de descanso a não o ter, a eliminar mesmo, e para além de não o ter ainda cansar-se mais a estar a limpar digamos aquilo que foram para lá fazer que nem se quer se apercebiam que a minha mãe estava mal. E foi uma zanga muito grande com o meu pai. Porque então se convidava também limpava. Não era convidar e deixar a minha mãe limpar. E foi aí sei que houve mesmo muitos problemas. (...) eu não me zinguei só com o meu pai, zinguei-me também com a minha mãe. Porque também aceitava que eles estivessem lá e nunca disse. Mas acima de tudo apercebi-me e fiquei muito triste, não foi bem uma zanga ou uma discussão, mas fiquei muito triste com o meu pai e disse que aquilo não se fazia, não se deixava a minha mãe como estava, eu também tentava proteger a minha mãe. Eu nem se quer discuti. Eu vi isto tudo. Depois no dia a seguir, não, quando eles foram embora, disse à minha mãe, não, isto não se faz. Eu dizia à minha mãe: "isto não se faz, o que o pai fez não se faz". (N2)

Talvez fosse mesmo difícil para ti compreenderes porque não faziam como da outra vez, em que a tua mãe esteve doente. Talvez tenhas sentido através da interacção entre os teus pais, a experiência de não ter voz, de não ser ouvida, de não serem tidas em contas as necessidades individuais. E talvez esta situação tenha colidido mais uma vez com o teu sentido de justiça, daí a tua arrelia. Mas porque protestavas com a tua mãe? Será que a tua restrição alimentar foi uma forma de protesto contra a tua mãe por ela não se impor ao teu pai? Terá sido uma espécie de protesto contra o papel de mulher veiculado na tua família? Terá sido uma forma indirecta de mostrares à tua mãe que ela podia impôr-se perante os outros tal como tu começaste a fazer com a alimentação? Será que com a restrição alimentar comunicavas que ninguém te podia impor nada, que só tu podias mandar em ti, querendo assim servir de exemplo para a tua mãe? Será que era este o teu último reduto, a zona inexpugnável de ti própria na

quem ninguém podia mandar? Ou terá sido apenas uma expressão da injustiça que sentias ao ver a tua mãe cansada e doente e o teu pai tão desatento a ela, conforme já havias sentido o teu pai desatento a ti? Ou terá sido uma forma de ao menos tu dizeres “basta” ao teu pai, relativamente às imposições dos seus interesses aos outros familiares, nomeadamente a ti e à tua mãe?

Ou será que a restrição alimentar foi uma forma de desaparecimento social, no sentido empregue por M. White, em que já que não podias seguir com as tuas aspirações individuais (como por exemplo namorar com um jogador de futebol, jogar ténis em vez de praticar natação, sair com os teus amigos), abdicaste delas em prole das aspirações colectivas, decidindo submeteres-te sem te submeter?

Apesar dos teus pais dizerem que nunca tiveram conflitos e gabaram-se disso, aos teus olhos a relação dos teus pais não parecia tão perfeita. Talvez a tua família, como tantas outras “famílias psicossomáticas” pudesse ser caracterizada pelo evitamento de conflitos, conforme descrito por Minuchin (1978). E a questão que deriva é: Será que estiveste envolvida no meio de um conflito conjugal disfarçado que te levou a tomar partidos?

Ou será simplesmente que a tua arrelia era uma procura de autonomia, algo que parecia especialmente difícil adquirir com a tua mãe e “com o seu autoritarismo”?

Efectivamente, foi a tua mãe a primeira a notar alguma coisa em ti. Não foi emagrecimento, foi tristeza, oscilações de humor que atribuiu em primeiro lugar à perda da tua avó. Depois parecia que era algo que fazias intencionalmente em relação à tua mãe. As vossas discussões começavam por qualquer motivo e iam crescendo até um ponto em que a tua mãe ficava fora de si. O teu pai procurava não se envolver. Houve alturas em que teve de interromper estas discussões. Com ele as discussões nunca chegavam a este ponto, já que ele deixava que tu ficasses “com a tua”. O teu irmão procurava mediar os vossos conflitos, pedindo ao teu pai para interromper as tuas discussões com a tua mãe.

Mas isso era constante, o que dava nitidamente a entender de que havia, da parte da filha, uma intenção persecutória relativamente à mãe, que só ficava satisfeita quando atingisse mesmo um limite de discussão, aí é que eu comecei, um bocado...quando...quando podia, quando podia cortava abruptamente a conversa e não deixava chegar ao limite. Entretanto, também posso dizer, ele está aqui ao lado e vai corroborar aquilo que eu vou agora dizer a seguir, também tinha um outro problema...pronto...embora numa escala menor, não era só o problema da mãe, tinha o problema do filho. E tinha o problema do filho, porque o filho desde o início também não aceitava o raciocínio ilógico da irmã, pronto, isso era ponto assente. E começa-se a aperceber, o que estava bem observado, é que realmente o comportamento da irmã ia levar a mãe, se não fosse à morte ou ao destempero total, ou um desequilíbrio mental total e, várias vezes...várias vezes, o meu filho em desespero veio pedir a minha ajuda para... (pai emociona-se – pausa – chora bastante tempo)

la até a um determinado limite e quando via que, digamos, já era um abuso, já considerava um abuso a maneira como se falava para querer discutir as situações, eu mesmo dizia “Fica com a tua C., não vale a pena”, virava costas e ia-me embora.(Pai 2)

A certa altura parece que ficaste sozinha, tendo apenas a tua mãe perto de ti, com quem discutias a toda a hora. Nesta altura, o sintoma parecia já ter sido retroalimentado positivamente e negativamente, tendo tu que decidir sozinha qual o seu rumo. O quadro que se segue hipotetiza os ganhos e perdas do sintoma.

Quadro 125.

Ganhos e perdas associados ao sintoma de N2

Extractos	Ganhos/perdas
<i>Não vou dizer que a minha filha quisesse mal à mãe nem ao pai, mas que realmente que se notava que queria... era mesmo queria irritar-se connosco, não sei se para manter uma posição da maneira dela pensar... (Pai 2)</i>	Com o sintoma conseguiste comunicar aos teus pais que estavas zangada, contudo o sistema aumentou a sua rigidez.
<i>Eu cheguei a uma altura em que deixei de falar com a minha irmã porque era a única solução. Era a única solução, porque com o meu pai não dava, porque ele não lhe dava troco, não lhe dizia nada (...) e era assim, era a única solução. E depois como já só tinha a minha mãe que lhe respondia... (Irmão)</i>	Com o sintoma assististe ao teu pai e ao teu irmão a ajudar novamente a tua mãe, que estava doente e cansada, contudo ficaste mais isolada relativamente ao resto da família.
<i>Eu fiz opções, escolhi ajudar a minha mãe, porque acho que era o mais importante naquela altura. E sempre que podia fazia alguma coisa para parar com isso e aquilo...as pessoas não iam a lado nenhum, por isso ou era a minha mãe que acabava, ou era o meu pai que chegava lá e acabava, ou era eu que acabava, porque senão não dava para parar. Não dava. E era aí...(Irmão 2)</i>	
<i>O meu irmão não falava comigo. N2</i> <i>E o meu irmão entrou furioso, abre-me a porta, entrou mesmo furioso e disse: só te vou dizer isto uma vez, portanto ouve bem (o meu irmão com cara de mau) tu estás tão magra, estás tão magra que estás feia de estar tão magra, ouviste? Disse isto: estás a ficar muito feia. Fechou-me a porta e eu não tive tempo nem de reclamar. Disse aquilo. Chegou lá, desbobinou. Parecia que se tinha aliviado, desbobinou aquilo, fecha a porta e virou costa. E nunca mais me falou de nada.</i> <i>I- e ainda se recorda o que é pensou, o que é que sentiu... N- que o meu irmão gostava de mim. Foi isso. (...) E que estava preocupado. Que afinal eu não passava despercebida. Que ele gostava de mim. Eu gostei da atitude do meu irmão e esta atitude ajudou-me muito para a recuperação.N2</i>	Com o sintoma conseguiste perceber como o teu irmão gostava de ti.
<i>O meu tio apercebeu-se e ficou com as lágrimas nos olhos. Ele tem filhos mas viu assim a sobrinha. E isso custou-me muito. Eu fui, essa parte dos tios, pensei que eram desligados e que não se preocupavam e afinal não, até se preocupavam. N2</i>	Com o sintoma conseguiste perceber como os tios se preocupavam contigo.
<i>Eu do meu pai não sentia preocupação comigo, não sentia isso, sou sincera. N2</i>	Com o sintoma não conseguiste perceber os sentimentos do teu pai em relação a ti.
<i>Eu dizia-lhe “Tu és culpada também dessa situação, porque não deverias deixar a discussão chegar a esse ponto”, mas a minha mulher dizia “Mas eu nem estava a discutir, a conversa era normal” “mas tu já tens experiência, já sabes que começa assim, mas sabes como vai terminar, pois com essa tua experiência, chegando ao meio, digamos assim, tu cortas, cessa a conversa e não adiantas”. (Pai 2)</i>	Com o sintoma não viste a relação dos teus pais melhorada.

Se com o sintoma o teu pai e o teu irmão se uniram mais à tua mãe e obtiveste a confirmação da preocupação e amor do teu irmão e tios, em que foste tocada pelo amor incondicional, também com o sintoma vivenciaste algumas perdas. Passaste a estar mais sozinha, já que o teu pai e o teu irmão decidiram apoiar a tua mãe e, para além disso, assististe a um desentendimento novo entre os teus pais. O teu pai dizia à tua mãe que ela também tinha responsabilidade. A tua mãe decidiu então pedir ajuda externa, para poder conversar contigo, o que surtiu bons resultados. Passou a dar-te mais autonomia, e deixar-te ter opinião própria, o que melhorou bastante a vossa relação e a tua mãe também notou que foste melhorando.

E nesse último período, a certa altura, resolvi também ir a um psicólogo para me ajudar, porque eu não conseguia estabelecer conversação com a minha filha...Comecei também a ver que não era só ela que estava a ser afectada com o meu comportamento, o rapaz também estava e tinha razão no que me dizia e nas chamadas de atenção que fazia... (...) Às vezes...sim...Ó, mãe não lighes. Ó, mãe não faças assim. Tu dás-lhe grande conversa e depois acabam sempre a discutir e não sei quê. Ó, mãe e ta ta ta..." Pronto. E eu reconhecia que ele tinha razão e que também tinha que olhar por ele, não é? Quer dizer, no fundo, ela era minha filha mas ele também era meu filho. Claro que eu achei realmente que o meu comportamento estava muito mal e que não era capaz, eu sozinha, então fui para um psicólogo. Foi uma maravilha de um senhor, consegui fazer ver-me n de coisas e eu comecei a ter outro comportamento e a lidar doutro jeito. (Mãe 2)

até que houve uma altura que eu tentei também falar com a M., a M. ficou muito zangada comigo, que eu que me metia na vida dela e não sei quê e... (pausa) e eu nessa altura disse "realmente tens razão, és maior e vacinada portanto eu já não sou responsável por ti" (breve pausa) Pronto, e foi isso, acabou, não me meto mais. E realmente aí, às vezes ia e reagia e dizia "não! Efectivamente ela é responsável por ela, acabou! Fiz o que pude, acabou" Portanto, comecei a ver que eu tinha tentado ajudar o mais que podia, e pronto assim as coisas foram melhorando.

Com a recuperação, obtiveste alguns ganhos, ainda assim algumas perdas parecem ter-se mantido, conforme apresentadas no quadro seguinte, o que pode ter contribuído para uma trajectória de recuperação mais complexa, de altos e baixos.

Quadro 126.

Ganhos e perdas associados à recuperação de N2

Extractos	Ganhos/perdas
<i>No final, já bastante tempo...depois entretanto a M. andava a estudar e portanto na época de exames era uma aflicção, a tentar apaziguar e aí eles colaboraram, perfeitamente, foi uma...a 100%...Para estar o ambiente o mais calmo possível, ela não podia ouvir nenhum barulho e protestava e ele fazia de conta que não ouvia e pronto, lá lhe pedi e assim... (Mãe2)</i>	Com a recuperação, a família conseguiu novamente unir-se para te ajudar, a pedido da tua mãe.
<i>agora somos capazes de estar a almoçar ou a jantar todos juntos, quando o meu irmão vem, e estamos na brincadeira e, às vezes, quando há assim opiniões...pode haver uma opinião diferente mas debatemos a opinião e não se discute, pronto...E se não se gostar, ficamos...cada um fica com a sua ideia, pronto... (N2)</i>	Com a recuperação, passaste a poder ter uma opinião diferente dos outros, o que para uma maior diferenciação entre os elementos e uma maior flexibilidade no sistema.

<p><i>até que houve uma altura que eu tentei também falar com a M., a M. ficou muito zangada comigo, que eu que me metia na vida dela e não sei quê e... (pausa) e eu nessa altura disse "realmente tens razão, és maior e vacinada portanto eu já não sou responsável por ti" (breve pausa) Pronto, e foi isso, acabou, não me meto mais. E realmente aí, às vezes ia e reagia e dizia "não! Efectivamente ela é responsável por ela, acabou! (Mãe2)</i></p>	<p>Com a recuperação, a tua mãe passou a reconhecer a tua autonomia, cedendo na sua posição anterior de "autoritarismo".</p>
<p><i>Bem, em relação à M. já saberia o que ela gostaria que lhe dissesse, não é? Que a agarrasse, que a abraçasse e tudo. (Mãe 2)</i></p>	<p>Com a recuperação, a tua mãe aprendeu a aproximar-se de ti e tu a agir com ela.</p>
<p><i>Tentava...tentava...tentava não, não levar uma conversa ao ponto extremo de se estar a discutir mesmo...era mesmo discutir violentamente...Era conversar mesmo e se visse que estava a perder, a perder o controlo, aí fazer uma coisa que não gosto de fazer, que é sair. Gosto de terminar sempre as coisas, mas...Para nunca...porque senão depois chega-se a um extremo que é muito...é uma tensão muito, muito grande, é triste. Tentava sempre fazer isso, nunca levar as conversas que começavam a esse extremo, porque aí havia muito desgaste e depois a partir daí havia a bola de neve que se seguia.(N2)</i></p>	
<p><i>assim que a M. começou, também, a melhorar, acho que sim, particularmente o irmão, porque o relacionamento deles começou outra vez a melhorar.(...) houve uma altura que ele disse "Não falo" e não falava, quer dizer, acabou e não falava mesmo! E eu não estava de acordo... "Acabou, mãe, e eu não quero discussão!" E agora não, está a voltar a falar com a irmã. As coisas estão a voltar... (Mãe 2)</i></p>	<p>Com a recuperação, estás novamente mais próxima do teu irmão. Já consegues transmitir aos outros, nomeadamente ao teu irmão, os teus sentimentos.</p>
<p><i>neste caso ele abraçou-me e ficou assim um bocadinho comigo, a reconfortar-me...mas são aquelas duas situações que depois de eu melhorar, e depois de fazer o clique, eu penso...Por exemplo, eu digo à minha mãe "Eu adoro-o!". E se calhar nunca lhe transmiti que gostava tanto dele, nunca... (emociona-se) O meu problema é dizer às pessoas o que tanto gosto delas. Por exemplo, eu tinha...eu tenho vergonha de dizer ao meu irmão...No outro dia disse que o adorava... (voz emocionada, a chorar) mas tinha vergonha de o dizer...(N2)</i></p>	
<p><i>O meu pai nem quer saber, nem... quer dizer, nem quer saber não. Ele com a família... o meu pai não tem jeito nenhum para os afectos. O meu pai é daquelas pessoa. Noutra dia tomei mesmo consciência disso. O meu pai não tem jeito nenhum. E isto dos afectos custa muito porque não dá, não transmite qualquer tipo de carinho, não transmite nenhum assim nenhuma forma de que está feliz, só tem jeito, por exemplo, mas ele nem se quer jeito tem, porque ele não sabe ouvir as pessoas precisam.</i></p>	<p>Com a recuperação, ainda estás distante do teu pai e ainda não tens acesso aos seus sentimentos dele por ti.</p>

Com a recuperação pudeste sentir novamente alguma união da família como aconteceu quando a tua mãe esteve doente e o teu pai decidiu formar equipa com os filhos para manterem as "rédeas da casa". Com a recuperação as relações entre ti e a tua mãe e entre ti e o teu irmão melhoraram. Contudo, não parece teres conseguido a atenção especial do teu pai.

Quando lhe disse que ia ser avô, ele nem me deu os parabéns. Vou-lhe ser sincera. Ele só olhou para a minha mãe e disse: o quê? Está grávida? Mas eu estava mesmo à frente dele. E a minha mãe disse que sim. E o meu pai: que bonito. Virou, olhou para a televisão e continuou a ver futebol. (...) O meu pai nem quer saber, nem... quer dizer, nem quer saber não. Ele com a família... o meu pai não tem jeito nenhum para os afectos. O meu pai é daquelas pessoa. Noutra dia tomei mesmo consciência disso. O meu pai não tem jeito nenhum. O meu pai só tem jeito para os afectos entre os amigos, e estar no convívio, para ele o mais importante é estar no convívio. Depois os aspectos familiares ele não tem jeito. É capaz de ficar muito preocupado se eu me sentir mal, mas não sabe. (N2)

E não sei se o conseguiste também a atenção do teu pai para a tua mãe, pelo menos em momentos que não sejam críticos. Noto ainda a tua mágoa em relação ao teu pai, por não o teres sentido próximo de ti, durante todo este tempo. Mas gostava de te

mostrar que, durante a doença, ele também achava que não te podia ajudar. Estava à espera de um clique, afinal o médico disse-lhe que teriam que o aguardar.

Na parte da minha filha também medi é que, também com a colaboração do Dr. X., é que o processo não é fácil, não era fácil porque, assim como tinha vindo a anorexia, a anorexia iria embora através de um clique, foi mesmo o termo...um clique., resolve o problema. Ora, sendo assim tão directa uma informação, para nós...nada podemos fazer para que esse clique venha ou não venha, porque o próprio médico também não o consegue, não consegue encontrar a altura para activar esse clique. Ora...simplificou, então, um bocado a nossa situação. (Pai 2)

Talvez as coisas entre ti e o teu pai estejam prestes a mudar. Toda esta trajetória faz-me perceber, Matilde, como estás emocionada por o teu pai ter comparecido à entrevista. Afinal de contas hoje é dia de futebol. Mas o teu pai mesmo assim escolheu vir, algo que temias que não acontecesse.

ontem eu fui almoçar lá com o J. e o meu pai virou-se "Não!". Amanhã desmarca porque há futebol. E quando ele me disse isso, eu disse "Não acredito que vais pôr outra vez o futebol à frente!". E a minha mãe ficou também assim... e disse "Não, não desmarques, quando muito vou eu e o Z." Eu disse "Não, porque o pai também é importante." (...) quando tocaram à porta, o que eu fiz logo foi contar o número de pessoas... (risos) A sério! Foi importante...para mim foi muito importante. Porque eu estava...eu vi logo a minha mãe e depois é que vi o meu pai a espreitar e foi muito importante... (N2)

E talvez esta decisão possa ser um sinal de que se sentem todos próximos, que há algo que vos une e que vos faz falar orgulhosamente da vossa família, aquela que estiveram perto de perder e que recuperaram.

Ganhei novamente uma família, não é? Que tinha perdido... E realmente agora tudo isto funciona como uma família, que é fundamental. A cura foi um contributo importante para voltar a normalizar o anteriormente, que é a existência de uma família, que deixou de existir durante todo o período da doença. (Pai2)

Estás feliz Matilde, hoje nesta entrevista familiar, por estarem todos juntos. Vais agora começar uma nova etapa. A tua casa está quase pronta, tens um bebé na barriga e vais partir, vais viver com o teu namorado e com o teu futuro bebé, ainda que consideres que a tua família ainda sejam os teus pais e o teu irmão...

neste bocadinho está aqui aquilo que eu considero a minha família e, pronto, não estava o Rodrigo cá, mas sei que ele está cá connosco, ou seja, a minha família que agora passam a ser cinco, que é muito importante, que eu digo "É mesmo a minha família". Podem dizer que é estúpido e que eu agora já tenho uma nova família, ou vou constituir uma nova família, mas para mim a minha verdadeira família, a quem eu recorro, e sei que recorrerei para pedir apoio, porque às vezes as coisas podem não correr bem, eu sei que é aquela que eu chamo família. (N2)

Talvez esta seja mais uma história inacabada. Talvez precisássemos de ver um final feliz com a tua aproximação/aceitação do teu pai com as suas qualidades e defeitos, com as suas diferenças. Ou talvez tu quisesses ainda ter garantias que o teu pai estaria disponível para ajudar a tua mãe, da mesma forma que a tua mãe sempre se mostrou disponível para ajudar os outros. Mas sabes, a igualdade e a reciprocidade são metas abstractas e dificilmente medíveis, que esbarram com o nosso sentido de justiça colectivo mas também com o nosso direito à diferença. Tu conquistaste este direito à diferença e talvez agora possas abdicar da justiça pela igualdade...Ou não!

Gostava de continuar a ouvir a tua história e acompanhar a tua história com o teu pai. Será que o teu pai será um avô mais atento do que o foi como pai? Será que agora que tu e o teu irmão estão prestes a partir, o teu pai poderá dar a atenção que parece que gostavas que a tua mãe tivesse? Ou será o teu pai um alvo inatingível? Talvez agora que já aprendeste a expressar os teus sentimentos, se abra uma porta para o teu pai expressar os deles. Ou talvez o teu pai os expresse de outra forma. Ou talvez tu agora ao partires para a tua vida passes a prescindir deles. A tua mãe diz que não precisa de dizer ao teu irmão que gosta dele. A questão que permanece é se tu poderás prescindir destas palavras também, tal como o teu irmão...

Mãe - A M. [referindo-se à filha] às vezes pensava que uma pessoa não gostava dela, porque não lhe dizia isso, acho que este [referindo-se ao filho] não precisa que lhe diga, não é?

Filho – Eu já sei...(risos)

4.3. Crescendo num trapézio sem rede ...

Filipa tem 20 anos. Está no final do seu curso e ainda vive com os seus pais e o seu irmão mais novo. Desde cedo cresceu com um desafio acrescido, uma partida que a vida lhe decidiu pregar.

F- eu tinha descoberto aos dez anos que tinha um tumor e pronto, acho que talvez isso, a recusa do “porquê eu?” foi diagnosticado aos nove, dez anos, mas talvez eu na altura ainda fosse demasiado criança para perceber. cheguei ao médico e quis fazer mais exames, aprofundar. Por volta dos meus doze anos chegamos a pensar que era mesmo necessário operar porque estava a perder sensibilidade, depois voltei ao normal, ao meu normal! e... pronto, e na altura chegamos mesmo a ter que tomar umas compensações para poder depois poder levar altas transfusões e depois acabamos, esse período acho que também foi, aquele período negro, de ouvir eu dizer, pronto porque era mais do que eu podia com doze anos, não se tem grande consciência...

I. Mas recorda-se do sentimento dessa fase?

F. Sim, sim. Senti medo, mas pronto, depois lá...

I. Mas sentimento de quê? De ser operada, de não ficar bem?

F. De não ficar bem.

E com esta partida a dinâmica familiar se configurou, uma dinâmica que não permitia que todos pudessem reivindicar pelo mesmo espaço no seio familiar.

N20 (Referindo-se à sua relação com a sua irmã mais velha) – Ah, nós sempre reclamámos muito uma com a outra (risos).

P20 – Bem, a irmã não reclamava...

M20 – Ai reclamava, reclamava. Reclamava...não era assim abertamente.

P20 – Não abertamente. Não abertamente nem directamente. Notava-se que ela não estava bem e que sentia ali que estava a ser posta de lado.

M20 – Não e reclamava, e reclamava comigo e ela dava-se aqui bem com a vizinha aqui do lado que era bastante mais velha do que ela e ela dizia à vizinha e depois a vizinha vinha-me contar a mim, porque a vizinha na altura tinha vinte e tal anos, portanto era um pedaço mais velha, embora elas se dessem muito bem...pronto, eu apercebia-se que ela se sentia posta um bocado de lado e achava que aquilo da irmã que

era uma chamada de atenção, que era um disparate, que ela não estava nada doente...eu acho que ela nunca aceitou que a irmã estivesse doente. Dá-me essa sensação.

M20 – A F. a primeira vez que foi internada tinha dois anos. Portanto, desde muito pequenina ela teve imensos problemas de saúde e teve bastante tempo no hospital e estava mal e eu ficava com ela, de maneira que ela sempre cobrou um bocado disso. É assim, na altura ainda tinha outra particularidade. O meu marido estava no estrangeiro a trabalhar, eu estava sozinha com elas. Portanto, eu ficando com a F. no hospital ela ficava sem mim. Sem mim e sem o pai. Ficava com a avó, com quem ela se dava muito bem, mas de qualquer maneira...Não era eu e ela não tinha, pronto na altura o pai também não estava e a F. passou mal e esteve várias vezes internada e...pronto, nós estávamos muito preocupados com ela...e pronto. E estas coisas é natural que...Tinham uma razão de ser, não é, mas que os miúdos em determinada altura não compreendem, não é? Portanto isso veio sempre essa...essa ideia: “Lá vem outra vez, com uma coisa qualquer para ter a atenção toda e na na na”.

Como se pode perceber, a tua doença Filipa fez com que a tua relação com a tua mãe se tornasse mais próxima. O teu pai trabalhava fora e os teus sucessivos internamentos e consultas médicas implicavam que a tua mãe te acompanhasse. Quem sofreu com esta proximidade foi a tua irmã mais velha que parecia não conseguir “competir” contigo. Parecia não reclamar abertamente mas o teu pai notava que ela não estava bem até que quando iniciaste a restrição alimentar ela decidiu seguir o seu caminho: saiu de casa ainda antes de fazer 18 anos e foi viver com o seu namorado. A tua mãe afirma que “não foi por isso”, mas parece acreditar que esta foi uma gota de água importante para a decisão da tua irmã decidir sair de casa. Também parece que não foi por o teu médico ter dito que engordar poderia aumentar o teu tumor que decidiste emagrecer, ainda que quando te ouço, e volte a ouvir, fico na dúvida se tal também não terá contribuído:

Comecei, não fazia assim uma dieta pronto, comecei a ter mais cuidado, mas fazia muito mais exercício físico, tinha o cuidado de não comer muitos doces... por exemplo, no Algarve não comia um gelado nas férias todas! (ri-se) E com sacrifício! E com o meu irmão com quatro anos e eu sempre a vê-lo comer! Mas... mas pronto, mas pronto não comia por vontade. E na altura ninguém dizia... pronto, porque como o meu tumor é um lipoma, pronto de massa gorda, quanto mais eu aumentar de peso mais ele cresce. Quer dizer! não é por eu engordar dois quilos que ele vai crescer, mas... eu nunca devo ter um peso, pronto eu neste momento tenho cinquenta quilos mas eu já tive cinquenta e sete e aí o médico quando me viu chamou-me a atenção. Disse que tinha que ter cuidado porque “não podia aumentar mais, porque senão o tumor podia crescer comigo”...

I. Isto antes?

F. Não, não, não.

I. Mas tinha a noção então que não devia, que não devia ultrapassar certo peso?

F. Sim, não, na altura penso que não. Na altura como eu estava bem, pronto nunca foi preciso, ele nunca me falou disso, hum... portanto, já não sei onde é que ia...

Hoje não sabes explicar o que aconteceu, é algo que apenas “aconteceu”. Os teus pais também já desistiram de procurar causas. A verdade é que quanto mais olho para a vossa história mais encontro ligações entre o início da tua restrição alimentar e a doença congénita, esta doença injusta que te acompanhou desde sempre mas que adquiriu contornos diferentes pouco antes de iniciares esta restrição, ao teres acesso a novas informações:

M20 – Porque nós escondemos da F. o que ela tinha, até que o médico que ainda hoje é médico dela nos disse cruamente que ela tinha que saber e quais eram as consequências e disse-lhe

assim de chofre e mais, obrigou-a a repetir. E durante anos, quando nós entramos lá a primeira coisa que faz é “F., diz-me o que tens”.

P20 – Mas quando esse médico soube que ela tinha anorexia hesitou, fez marcha atrás e não sei se não se sentiu culpado também...Ele tirou a pressão que ele estava a pôr na questão do tumor, reduziu-a para um décimo...ou porque ele deu muita importância à Anorexia ou porque terá associado até uma...alguma evolução (...) pressão, na tal forma de ele comunicar e querer que a F. soubesse claramente e...mas assim de uma forma muito...

N20 – ...adulta, para a idade que eu tinha!

P20 – Até para nós que...até para nós era muito agressivo.

M20 – Muito, muitíssimo. Cru mesmo. E depois descrevia as cirurgias, e que fazia, e que tirava e que não sei quê e...

P20 – E as consequências possíveis...

M20 – E faz os desenhos e as consequências e que faz aquilo sem espichar uma gota de sangue e não sei quê...

N20 – E que não dorme na noite antes que é ótimo saber como é que está tão nervoso que nem vai dormir na noite antes...(..)

Segundo Bateson (2000, p.489), a informação “é a diferença que faz a diferença” e neste caso parece ter feito uma grande diferença, já que trouxe uma pressão acrescida. *O teu pai parece acreditar que isto foi uma pressão demasiado grande na tua vida, já que eras ainda muito nova para lidares com informação tão dura e crua. Na entrevista individual também recordas esse momento que associaste a medo e que talvez te tenha retirado parte da vontade de comer ou talvez te tenha dado vontade de desapareces, para um lugar seguro, longe da incerteza se tinhas de ser operada ou não e das consequências dessa operação.*

Recordo-me do médico perguntar em que dia é que era a operação e acho que se tivesse levado pijama tinha ficado lá. E até hoje ninguém, não foi preciso operar porque é uma operação de risco, posso ficar paralisada ... alguns nervos da parte inferior, pronto, dos membros, posso ficar, se correr mal! posso ficar sem andar e... não é? pronto e quanto menos intervenção, se for possível melhor.

Decidiste então começar a fazer uma dieta no Verão. E com a ajuda do teu perfeccionismo foste emagrecendo mais e mais. Afinal de contas sempre quiseste ser especial (Bruch, 2001). Os outros começaram a perguntar-te, a insistir e tu cada vez te afastavas mais. Até decidiste acabar repentinamente com o teu namorado da altura. Explicas que não querias que ninguém se metesse na tua vida.

Quer dizer, eu tinha um namorado quando comecei...quando os meus pais começaram a aperceber-se dos sintomas eu tinha um namorado com o qual eu decidi de um dia para o outro acabar a relação sem motivo. Que eu acho que foi o primeiro afastamento.

I. Ah...E decidiu assim, de um dia para o outro?

F. De um dia para o outro. (...)

I. E não sabe explicar porque é que não queria?

F. Não. E hoje em dia continuo a falar com ele e o rapaz coitado, acho que ficou com um trauma (risos)... Penso que só me queria preocupar comigo. Porque era só o meu corpo que me interessava. Portanto, se calhar voltei...até nem ia dar jeito nenhum porque até ia estar a reparar

no que eu comia e tal e assim era menos um para chatear. Eu penso que deve ter sido isso porque aquilo foi assim um vipe, de um dia para o outro.

Eu questiono-me se não haveria nenhum outro receio que tentavas acautelar. Talvez com a intimidade fosse difícil esconder o problema de saúde de que padecias. Ou talvez não quisesses dar mais esse passo no teu processo de crescimento. Mas fico-me por este talvez, já que nenhuma evidência tenha para tal informação.

Se o sintoma te permitia afastar dos outros, parecia também garantir-te a proximidade dos teus pais. Para além disso, parecia ainda dar-te algum sentimento de controlo na tua vida, algo que parece escassear numa vida em que a doença ameaça silenciosamente os planos futuros. Até ao dia em que este sentimento de controlo se desvaneceu mais uma vez.

Um dia estava na escola, umas dores na bexiga enormes. Conclusão, já não ia à casa de banho para aí há um dia, mais ou menos. Porque a minha bexiga não tinha energia, não conseguia libertar a urina. Então fui fazer uma ecografia e tudo, pronto, depois com uma avaliação e medicação a coisa resolveu-se. E eu disse, “não!”. Ah!, o meu médico disse-me logo “se isto continuar assim não tarda estás a fazer diálise.” Lembro-me de acordar no dia a seguir, porque neste dia não me lembro se comi se não, portanto a tristeza era tanta. No dia a seguir eu disse, “vocês enfiem-me a comida, nem que eu não queira comer, enfiem-me a comida”. E foi a partir desse dia que eu comecei a fazer as refeições todas e comer tudo direitinho. Lembro-me que o pai e a mãe ficavam em casa, eu não fui às aulas, mas... foi tudo!

No meio de tantas incertezas, a dor apresentou-se como uma certeza inquestionável de que algo não estaria bem. E com esta certeza emergiram possibilidades (fazer diálise) que pareciam pôr em evidência a progressão da doença que concertiza desejavas bloquear. Perante esta perda iminente de autonomia, decidiste ceder na tua restrição autónoma, pedindo ajuda aos outros para que te obrigassem a comer. Para seres mais livre abdicaste da tua “liberdade” alimentar, já que o sintoma parecia agora estar associado a mais perdas que ganhos. E talvez este tenha sido um grito para ser mais cuidada, mais protegida. Vejamos então sintetizados ilustrados no quadro seguinte os ganhos e perdas associados ao sintoma.

Quadro 127.

Ganhos e perdas associados ao sintoma de N20

Extractos	Ganhos/perdas
<i>Pronto, comecei-me a afastar dos amigos, não sei bem porquê mas..., não tinha grande vontade de andar com as pessoas, sentia-me muito cansada... porque apesar de eu ter desistido da natação, continua a fazer exercícios, não é? em casa. Mas depois chegou a uma altura em que já nem isso conseguia fazer porque já estava mesmo debilitada. E pronto, acho que fui-me afastando, porque as pessoas também perguntavam e... “e come!” e insistiam e eu detestava isso e então, fui-me afastando cada vez mais. Mas na escola cada vez fui melhor aluna, não é?, porque...N20</i>	Com o sintoma, isolaste-te dos outros e concentraste-te em ti.
<i>na altura eu gostava até porque os meus colegas diziam que, ah! porque eu nesse Verão emagreci nove quilos: “Ah, estás mais magra!” e tal, mas... mas bastava ser magra e jeitosa e bonita, porque depois também a cara desfigura e o cabelo também perde..., mas na altura eu sentia-me bem só que depois começou a ser uma competição comigo mesma.</i>	Com o sintoma começaste por adquirir um sentido de controlo que mais tarde se desvaneceu.

<p><i>Comigo e a balança. Era cada vez menos gramas, melhor! N20</i></p> <p><i>Um dia estava na escola, umas dores na bexiga enormes. Conclusão, já não ia à casa de banho para aí há um dia, mais ou menos. Porque a minha bexiga não tinha energia, não conseguia libertar a urina. Então fui fazer uma ecografia e tudo, pronto, depois com uma avaliação e medicação a coisa resolveu-se. E eu disse, “não!”. Ah!, o meu médico disse-me logo “se isto continuar assim não tarda estás a fazer diálise” N20</i></p> <p><i>nessa altura ela estava cheia de dores e ela pediu-me um analgésico. Ela disse-me “dá-me qualquer coisa para as dores” e eu disse aquilo mas sem a mínima intenção, eu disse aquilo...pronto. “Ó F., tu só podes tomar um analgésico se comeres” e ela disse “então vai buscar comida que eu como”. Mãe 20</i></p> <p><i>mas o facto da F. ter sido sempre doente desde pequena e tinha uma doença que lhe causava bastante dependência relativamente aos outros. Pronto porque precisava de muitos cuidados e por isso, pronto, a dependência em relação a mim sempre foi bastante grande e...mas a anorexia acho que tornou isso mais evidente. N20</i></p> <p><i>nos últimos tempos nós não íamos trabalhar, só trabalhava...eu trabalhava só à tarde e o meu marido trabalhava de manhã e ficava...para ficar sempre alguém com ela. Nós...assim para aí...mesmo naquela fase em que ela estava pior, para nunca a deixarmos ficar sozinha porque ela teve sempre em casa. M20</i></p> <p><i>... A minha irmã nem sequer saiu de casa aos 18. Fez 18 em Abril. Portanto, dia 10 de Junho era feriado e ela avisou que tinha as malas feitas e que ia sair de casa. Que ia viver com o namorado. I. E como é que foi isto para vocês todos? Esta notícia? F. Apesar de não gostar da minha irmã, lembro-me que me fartei de chorar.(...) Até porque eu acho que chorei mas depois não senti grande falta da minha irmã. Porque ainda hoje não sinto...</i></p>	<p>Com o sintoma, viste os teus pais mais próximos de ti e retardaste o teu processo de autonomia, garantindo mais cuidados e protecção.</p> <p>Com o sintoma, perdeste a tua irmã, mas mantiveste a atenção diferencial dos teus progenitores.</p>
---	---

Mal tu cedeste, a tua mãe resolveu imediatamente ceder.

M20 - e depois ela disse-me “ó mãe, eu nunca mais vou deixar de comer, mas **tu tens de ficar sempre comigo**”. Não foi?

N20 – Eu lembro-me de ter dito que tinha que obrigar-me a comer. Nem que tivessem que me enfiar pela boca abaixo (risos). (...) Sim, eu lembro-me que eu disse...isso foi ao pequeno-almoço e depois eu disse que tinha que me comprar um sumo light. E depois a minha mãe disse “mas sabes que a Dra. X não deixa comer coisas light”. E eu disse “queres que eu coma light ou queres que eu não coma?” (risos). E ela foi-me comprar e então isso já foi também bom porque... (...) eu fazia um bocadinho a vontade mas também tinham que me fazer um bocadinho a mim.

*E pediste à tua mãe para que cuidasse de ti e para que “ficasse **sempre**” contigo. Talvez tivesses tido medo de ser adulta e ter de lidar sozinha com a tua doença, com as consequências desta. Talvez precisasses de assegurar a presença constante da tua mãe agora que tinhas tido acesso à verdade nua e crua dos factos pela boca do teu médico que nesta altura decidiu recuar. Decidiste confiar os teus cuidados à tua mãe, e a tua mãe nunca mais quis arriscar esta tua confiança, preparando a alimentação exactamente conforme pretendias. E com a recuperação outros novos ganhos e perdas pudeste experimentar, como o quadro seguinte ilustra.*

Quadro 128.

Ganhos e perdas associados à recuperação de N20

Extractos	Ganhos/perdas
A alegria acho que voltou logo. Logo passado algum tempo. Os amigos também, mudaram, não é? N20	Com a recuperação, conseguiste sair do isolamento.
ela pediu-me para ser eu a servir. E às vezes perguntava “achas que eu posso comer?” ou “achas que eu devo comer isto?”. Eu	Ao aceitares ajuda da tua mãe para comer, pudeste voltar a

acho que ela acabou por...não sei, tenho ideia que ela confiava em mim porque eu cumpria à regra o que a Dra. X dizia. (Mãe 20)	depende dela e sentires-te protegida e cuidada por ela.
os cadernos agora já não são assim também, também já não sou tão perfeccionista. Acho que na altura era mesmo uma característica, era exageradamente perfeccionista. Agora não, continuo a ter as coisas direitinhas mas...mas pronto.	Com a recuperação, deixaste de ser tão perfeccionista.
não senti grande falta da minha irmã. Porque ainda hoje não sinto...estou com ela algumas vezes por ano porque ela está em S. e não vem muitas vezes cá, mas pronto, estou com ela algumas vezes e não...não sinto saudades. Porque se calhar também ela saiu numa fase em que nós não nos dávamos bem, portanto. (N20)	Com a recuperação, não te aproximaste da tua irmã.
Eu continuo, tenho o tumor na mesma, tudo o que tinha tenho agora, mas talvez tenha crescido um bocado psicologicamente também para... para compreender isso. (N20)	Com a recuperação crescestes ao ponto de aceites melhor a tua doença congénita.

A recuperação permitiu-te então sair do isolamento. Aliás foste tu também que deste um enorme passo ao encontro dos outros, pedindo-lhes que dessem passos também na tua direcção.

lembro-me que quis falar do problema, chamando um pouco a atenção e... pronto, falar de... do que é que... pronto, que agora estava a recuperar e que tinha que comer e que se vissem que eu me estava a afastar, que não me apetecia comer, para insistirem comigo. Eu lembro-me de muito dizer às pessoas se eu não quiser vocês.....obriguem-me!

Nunca voltei para trás. Tinha esses dias menos bons em que pronto, podia comer menos, comer só a sopa e não comer o prato, por exemplo (que a minha mãe não gostava nada). Mas...mas depois passado um ou dois dias ou lá compensava com exercício ou assim qualquer coisa que me fazia sentir melhor e acabava por passar, mas pronto...pronto e acho que era isso. Lembro-me que no Verão houve assim uns tempos em que lá devia estar mais gordita, não me lembro, e também fazia o meu almoço só com uma melancia e a minha mãe uma vez zangou-se comigo (risos) e chamou-me à atenção, se eu queria voltar ao mesmo...mas pronto, tudo se encaminhou. Não sei explicar porquê, mas o que é certo é que tudo correu...nunca houve retrocessos.

Hoje sentes-te feliz. Já não és tão perfeccionista, gostas do que fazes, tens um namorado de quem gostas e até já aceites de outra forma a tua doença congénita.

Eu continuo, tenho o tumor na mesma, tudo o que tinha tenho agora, mas talvez tenha crescido um bocado psicologicamente também para... para compreender isso.

Dizes que crescestes. Atrevo-me a dar outro nome a este teu crescimento. Talvez estas experiências pelas quais atravessaste tenham contribuído para uma maior aceitação de ti própria, com todos os limites e constrangimentos que a vida nos impõe. A tua família também fez determinadas aprendizagens.

M20 – Eu aprendi uma coisa, eu aprendi a só me preocupar com aquilo que está eminente, eu nunca me preocupo com aquilo que pode vir a acontecer. Deixei de me preocupar completamente. Eu sempre fui um bocado assim...

P20 – Eu preocupo-me... tens quem se preocupe por ti portanto (risos).

M20 – Eu sempre fui um bocado assim mas fiquei muito, com esta característica mais exacerbada. E realmente eu não tenho, não tenho tendência a preocupar-me com coisas que ainda não aconteceram.

P20 – Nós já estamos casados há 25 anos, portanto isto já...já nos compensamos. Ela pode-se dar a este luxo porque tem quem se preocupe com o futuro...

I – E tem quem faça os planos, não é?

P20 – Exactamente.

I – Isso é muito bom não é? Haver esta complementaridade, não é?

P20 – Principalmente para ela (risos).

Hoje reconhecem que todas as pessoas têm falhas e parecem aceitar isso. É como se parte de vós tivesse abdicado de ser perfeito. Parecem também aceitar a incerteza do futuro. A tua mãe inclusivamente segue o lema de viver o dia-a-dia procurando não fazer planos para o futuro, um luxo apenas possível porque o teu pai ocupa-se desta preocupação. No diálogo dos teus pais, parece que esta complementaridade é um luxo apenas para um, em que um ao usufruir dele leva a que o parceiro já não posso usufruir. Talvez seja mesmo assim em todas as famílias, um equilíbrio dinâmico que o outro pode constranger a liberdade individual ou até o espaço individual, espaço esse que o teu pai parece querer salvaguardar no que toca à tua irmã. Numa relação tão próxima entre ti e a tua mãe, o teu pai parece lutar por um novo equilíbrio.

*P20 - E outro momento foi o nascimento da primeira filha. Esse também marcou-me muito. Senti que daí para a frente as coisas iam ser diferentes. A responsabilidade... Senti que o nível de responsabilidade tinha aumentado naquele momento... Quer dizer, também não foi um momento foram umas horas, caí na realidade que daqui para a frente a vida é outra e a responsabilidade é outra e... **Isto também para não pensar que a nossa vida é a Filipa.***

E estas palavras levam-nos para uma história inacabada, a história de uma família que “perdeu” um elemento, possivelmente porque se teve de ocupar especialmente de outro. Resta saber se haverá algum dia um espaço privilegiado para esta irmã nesta família, conforme parece reclamar o pai. Resta também saber se algum dia a ligação da Filipa com a sua irmã terá oportunidade para se restabelecer ou se cada uma seguirá o seu caminho, como tantas vezes acontece na vida adulta. Ainda assim, fica por terminar nesta família este movimento de repor a justiça, a igualdade, de forma a que todos possam ter o seu espaço no seio familiar.

4.4. Uma história unificadora a partir de 3 histórias

Após esta análise sistémica das três histórias seleccionadas, proponho um percurso à procura de diferenças e comunalidades. Se atentarmos para a história da Ana, apesar da sua narrativa individual remeter para um tema dominante relacionado com o corpo e alimentação, a narrativa da sua família está recheada de um outro tema: **Ausência/Perda versus Presença/Atenção.**

Mãe 3 - Aqui a falta de carinho, a falta de atenção, a falta de apoio foi tudo da parte do meu marido. Sim, sim, digamos que sim, que não dava, ou seja, para quem queria tanto ter gémeos, porque já quando eu estava grávida do meu filho...

Pai 3 – Eu ando sempre fora a trabalhar

Como pudemos perceber, na dinâmica relacional conjugal assiste-se a um necessidade de atenção/presença da mãe em relação ao marido que não parece solucionada pelo marido ausente, a não ser através da triangulação de um terceiro, neste caso do filho mais velho que com a sua atenção constante compensa a ausência do pai face à mãe.

Com o aparecimento do sintoma, a Ana parece assegurar a atenção da mãe, que talvez estivesse desviada para o outro irmão que partiu. Esta atenção e confirmação da sua presença no coração da mãe é materializada nas lágrimas da mãe perante o seu corpo extremamente magro ou perante a sua mudança de comportamento.

Talvez a recuperação desta jovem se inicie com esta confirmação da presença de si própria no coração da mãe. Esta confirmação de amor e preocupação parece ter sido uma necessidade activada após a constatação da grande ligação entre a mãe e o irmão, que foi tornada ainda mais evidente aquando da ausência deste último. O sintoma contudo não assegura a presença do irmão para a família nem a presença do pai para a mãe, já que estes optam por prosseguirem com a sua vida.

[Irmão 3] Eu na altura, eu namorava também, também passava muito tempo...vinha a casa ao fim-de-semana, por exemplo, e também passava muito tempo fora...também ia ter com a minha namorada, etc. também era menos tempo que passava aqui!

[Pai 3] Ela acompanhou mais do que eu porque eu ando sempre fora a trabalhar...

O irmão decide continuar com a sua vida, indo cada vez menos a casa e aproveitando o tempo para estar com a sua namorada. O pai continua ausente, por motivos profissionais. A recuperação vai então assentar num jogo de equilíbrio entre a ausência e a presença. Se a mãe se torna mais presente, passando a acompanhar mais a filha às consultas e garantindo aos filhos esta sua presença, não deixa de se ausentar para prosseguir com o seu objectivo profissional.

M3 - Estou desempregada, mas estou a trabalhar num programa ocupacional. Estou inserida num programa ocupacional, a trabalhar numa escola...

I – E está a gostar?

M3 – Muito! É o 3º ano e gosto muito de trabalhar na escola, muito mesmo e estou a pensar que vai ser uma coisa que vai ser para futuro.

I – Que gostava de fazer?

M3 – Gostava e estou a arranjar tudo por tudo para...

I – Para ficar!?

M3 – Sim!

Ainda hoje, apesar de estar desempregada não perde de vista este objectivo pessoal, o de ter um trabalho que gosta. Se o pai se torna mais presente para as filhas,

tentando-as cativar para comer, dando espaço à mulher para se “ausentar” para descansar, este continua a prosseguir com a sua vida.

[Mãe 3] Era! Mas ele [referindo-se ao marido] partia muito e depois chegava no outro dia se eu estivesse muito cansada ou até já não me apetecesse já não saía da cama, dizia-lhe a ele “vai para a cozinha parte queijo, parte queijo que elas comem!”.

Se o filho se torna mais ausente por ter ido estudar para fora e ter uma namorada, não deixa de esta presente em momentos especiais, como por exemplo nas férias, em que todos se unem.

[Mãe 3] A A. queria muito ir de férias, nós fomos sempre de férias!

I- Vocês costumam ir os cinco?

M3 – Sempre!

P3 – Sempre, vamos sempre!

É neste equilíbrio dinâmico de assegurar a presença, mantendo cada elemento a ausência necessária para prosseguir com os seus objectivos individuais que este sistema parece construir um contexto propício para a recuperação, alicerçado também na flexibilidade com que vão lidando com os acontecimentos, que nesta família ocorreu logo após o início do sintoma quando a mãe ao invés de dar um estalo como faria noutra situação em que a filha fosse agressiva e malcriada, optou por outra estratégia, adaptando-se a uma nova situação, a da filha “trocada pela doença”. Outro movimento importante para a recuperação foi a coordenação parental que se começou a verificar nestes pais, aquando das férias, em que a filha melhorou muito. Pai e mãe montaram um sistema de reforços que contribuiu para que a filha se voltasse a alimentar, mantendo-se unidos nesta estratégia. Assim, parece existir nesta história 3 estratégias/movimentos familiares que acompanham a recuperação da jovem:

- 1) Aumento da flexibilidade do sistema
- 2) Movimentos/gestos de confirmação de amor
- 3) Coordenação parental (em termos de estratégia para lidar com a restrição alimentar).

Na narrativa individual da Matilde o tema dominante prende-se com dificuldades relacionais. O que ressalta da sua narrativa individual e da narrativa familiar é o tema da **injustiça/impotência versus igualdade/poder**. A Matilde na sua narrativa individual parece dar voz a um sentimento de injustiça por não poder seguir as suas escolhas e interesses individuais face ao poder do pai sobre estas. Na dinâmica

relacional conjugal parece assistir-se também a um equilíbrio injusto, segundo o ponto de vista da Matilde:

Eu dizia: oh pai por favor não convides, a minha avó estava doente também, a minha mãe super cansada, 'não os convides' e eles vinham todos para minha casa. Foi mesmo essa situação. Ver a minha mãe como estava, que não se aguentava, e ver o meu pai ali contente por ver aquela família toda, lá porque se davam bem, estar toda lá a lanchar e a divertirem-se. E depois foi toda a mesa suja, cheia de coisas para se lavar, e o meu pai agarra, em vez de ajudar, não, foi jogar bilhar com eles. E aí atingiu o pico. Porque vi a minha mãe cansada que ia para lá, precisava de descansar porque no dia a seguir precisava de trabalhar, chegar a casa e estar com a minha avó, porque a minha avó, mesmo com essas senhoras obrigava a minha mãe a estar lá. Então ver a minha mãe esse período de descanso a não o ter, a eliminar mesmo, e para além de não o ter ainda cansar-se mais a estar a limpar digamos aquilo que foram para lá fazer que nem se quer se apercebiam que a minha mãe estava mal. E foi uma zanga muito grande com o meu pai. Porque então se convidava também limpava. Não era convidar e deixar a minha mãe limpar.

Esta desatenção sentida pela filha do pai em relação à mãe parece vir activar o seu movimento pró-justiça. Talvez a filha quisesse que a mãe se começasse a impôr. Talvez a própria filha se quisesse impôr perante o pai e a mãe que não se impunha. Assim, o sintoma parece assegurar uma posição, uma voz, um protesto contra os que parecem alimentar injustiças, activa ou passivamente. A recuperação vem assegurar um novo equilíbrio, em que o poder de uns é abdicado, em parte, em prole dos outros, podendo cada um ficar na sua. A recuperação faz-se então de um equilíbrio dinâmico entre a cedência que permite uma maior igualdade de direitos e uma maior diferenciação que permite que o poder resida em cada um.

[Mãe 2] eu nessa altura disse "realmente tens razão, és maior e vacinada portanto eu já não sou responsável por ti" (breve pausa) Pronto, e foi isso, acabou, não me meto mais. E realmente aí, às vezes ia e reagia e dizia "não! Efectivamente ela é responsável por ela, acabou! Fiz o que pude, acabou" Portanto, comecei a ver que eu tinha tentado ajudar o mais que podia, e pronto assim as coisas foram melhorando.

Hoje a nossa relação é boa, aceito perfeitamente a autonomia dela, a independência e não sei quê e...pronto, estamos. (Mãe)

e ,às vezes, quando há assim opiniões...pode haver uma opinião diferente mas debatemos a opinião e não se discute, pronto...E se não se gostar, ficamos...cada um fica com a sua ideia, pronto... (N2)

A seguir, o movimento familiar explicitado nestes extractos demonstra o movimento da família no sentido de uma maior flexibilidade, adaptando-se ao crescimento e necessidades de autonomia dos seus membros e à necessidade de diferenciação de cada um. A recuperação implicou também coordenação familiar, a pedido da mãe.

[Mãe 2] No final, já bastante tempo...depois entretanto a M. andava a estudar e portanto na época de exames era uma aflição, a tentar apaziguar e aí eles colaboraram, perfeitamente, foi uma...a 100%...Para estar o ambiente o mais calmo possível, ela não podia ouvir nenhum barulho e protestava e ele fazia de conta que não ouvia e pronto, lá lhe pedi e assim...

A mãe da Matilde parece não só ter conseguido assegurar a colaboração do resto da família para ajudarem a Matilde proporcionando-lhe um ambiente calmo, como a Matilde durante a recuperação viu assegurada a presença constante da mãe.

[N2] a minha mãe acompanhou-me sempre. Não era uma bengala, nem se quer era uma bengala, ela estava sempre, sempre do meu lado.

Também a Matilde teve a confirmação da sua presença no coração do seu irmão e do seu tio, algo que pensa ter contribuído para a sua recuperação.

[N2] e o meu tio, que eu nunca vi o meu tio a chorar, mas ela contou-me que viu o meu tio com as lágrimas nos olhos, mas mesmo mesmo quase a chorar, por eu estar tão magra. E eu não vi, e vi que a família por um lado até se estava a preocupar comigo porque até telefonava. Eu fui, essa parte dos tios, pensei que eram desligados e que não se preocupavam e afinal não, até se preocupavam.

[N2] A parte do meu irmão ... houve um episódio mas esse foi o que mais me ajudou. Eu estava na praia e ia tomar banho. Até já estava no quarto de banho para ir tomar banho. E o meu irmão entrou furioso, abre-me a porta, entrou mesmo furioso e disse: só te vou dizer isto uma vez, portanto ouve bem (o meu irmão com cara de mau) tu estás tão magra, estás tão magra que estás feia de estar tão magra, ouviste? Disse isto: estás a ficar muito feia. Fechou-me a porta e eu não tive tempo nem de reclamar. Disse aquilo. Chegou lá, desbobinou. Parecia que se tinha aliviado, desbobinou aquilo, fecha a porta e virou costa. E nunca mais me falou de nada.

I- e ainda se recorda o que é pensou, o que é que sentiu...

M2- que o meu irmão gostava de mim. Foi isso.. E que estava preocupado. Que afinal eu não passava despercebida. Que ele gostava de mim. Eu gostei da atitude do meu irmão e esta atitude ajudou-me muito para a recuperação.

Se atentarmos para a história da Filipa, quer na sua narrativa individual quer na narrativa familiar predominam temas como a **insegurança/imprevisibilidade versus controlo/protecção**. O tema da insegurança aparece contido na descrição que os pais fazem do discurso do médico da Filipa que não só queria que ela soubesse os pormenores da sua doença como também os pormenores e dificuldades imprevisíveis inerentes a uma eventual cirurgia que ela poderia ser alvo. Talvez apenas restasse à Filipa uma tentativa de restabelecer o controlo da sua vida, que parecia estar entregue nas mãos de quem considerava o seu futuro incerto e incontrolável.

Igualmente, na dinâmica relacional conjugal esta polaridade imprevisibilidade versus controlo parece caracterizar a complementaridade criada no seio do casal. Enquanto a mulher opta por viver o dia-a-dia sem planos para um futuro incerto, o marido parece não se poder dar a esse luxo, tendo de ser a ele a planear e preocupar-se com futuro, procurando antecipá-lo e controlá-lo.

No caso da Filipa, perante esta impossibilidade de planear o futuro, o sintoma parece assegurar algum controlo. Até ao momento em que este aparente controlo se desvanece, por comportar riscos graves para a saúde, momento esse em que a recuperação parece assegurar um equilíbrio entre controlo/ segurança versus imprevisibilidade.

E quando ela me pediu o pão, não é, ela agarrou-se ao pão e comeu o pão e pronto... e depois ela disse-me "ó mãe, eu nunca mais vou deixar de comer, mas tu tens de ficar sempre comigo".

A decisão relativa à ingestão alimentar por parte da Filipa assegura a presença da mãe, aconteça o que acontecer, ou seja, assegura uma certeza apesar da incerteza em relação ao futuro derivada da doença que a Filipa padece.

Também nesta família a recuperação implicou da família um movimento no sentido de uma maior flexibilidade.

[Pai 20] E...mas pelo menos eu, tu não...(risos). Eu tenho muita capacidade para recuar e para alterar a minha opinião porque...somos...a minha vida profissional a isso me obriga. A minha vida profissional é resolver problemas, portanto, todos os dias tenho problemas diversos e não sei que mais e...e muitas vezes não os consigo resolver na hora ou aquilo que eu vou resolver na hora não serve, ou tenho que ouvir pessoas, tenho que fazer marcha atrás, tenho que alterar, tenho que...pronto e aqui foi um bocado isso, vamos andando e vendo. Fomo-nos adaptando às circunstâncias, às...à informação que vinha da AFAV, da Dra. X, do...

Como o pai afirma, a família foi sendo capaz de se adaptar às circunstâncias, fazendo “marcha atrás” e integrando as novas informações provenientes do exterior. E implicou coordenação parental, já que pai e mãe optaram por seguir as indicações médicas.

[Mãe 20] Eu acho que foi o termos conseguido seguir exactamente as indicações que nos deram.

Assim, apesar das diferenças nítidas entre estas três histórias de recuperação, parece haver uma dinâmica familiar comum com vista à recuperação, que passa pela família ser capaz de flexibilizar as suas estratégias anteriormente usadas, garantir a presença emocional (mostrando explicitamente preocupação e amor) e coordenar-se entre si, conforme ilustra o seguinte esquema.



Figura 63. Movimentos familiares na direcção da recuperação

No quadro que se segue estarão esquematizados os temas dominantes, explícitos e latentes, conforme a história que construí destas três famílias a partir do olhar das expacientes e seus familiares:

Quadro 129

Síntese dos temas dominantes em 3 histórias de recuperação

	Narrativa da Ana	Narrativa da Filipa	Narrativa da Matilde
Tipo de trajetória	Trajetória estética	Trajetória centrada no self	Trajetória relacional
Tema dominante da narrativa individual	Corpo e alimentação	Insegurança/ Controlo	Dificuldades relacionais
Tema dominante da narrativa familiar	Ausência/ Presença, Atenção/desatenção	Imprevisibilidade/ Controlo; Desprotecção/ Segurança	Injustiça/ Igualdade, Poder/ Impotência
Polaridade conjugal	Ausência/ Presença	Imprevisibilidade/ controlo, segurança	Sacrifício/ Poder
O sintoma sugere...	Procura de um território especial junto dos outros	Manutenção de um território especial junto dos outros	Luta contra um território especial dos outros; Procura de um território para si
	Medo da autonomia	Medo da autonomia	Desejo de autonomia
O sintoma assegura...	Atenção (Face à atenção dada ao irmão)	Controlo, segurança (Face à doença)	Voz, justiça (Face ao poder de uns sobre os outros)
Recuperação implica equilíbrio dinâmico entre:	Presença e ausência	Segurança (nas relações) e imprevisibilidade (face à vida)	Igualdade (de direitos) e Diferença (de opiniões, necessidades).
Sistema familiar favorece a recuperação através de ...	Presença emocional Flexibilidade Coordenação parental	Presença emocional Flexibilidade Coordenação parental	Presença emocional Flexibilidade Coordenação parental

Capítulo IV. Discussão dos resultados

“Todos os dias a vida está por terminar. Há sempre algo por vir”. (Bakhtin)

Assim acontece a todos os sistemas. Nenhum sistema consegue sobreviver permanecendo num modo de ordem, já que após a ordem o sistema tende para a desordem e a desordem para a ordem, num equilíbrio dinâmico interminável. Assim também se passa na investigação, nunca sendo esta um produto acabado, mas antes uma tentativa de dar ordem a uma desordem de dados, ordem essa que quando analisada pode gerar por si só uma nova desordem. A investigação apenas termina por motivos de tempo e espaço, conforme as trajectórias de vida narradas por cada participante que entrevistei. As narrativas que foram sendo construídas ao longo desta investigação deram ordem aos factos, colocando porventura outros factos em desordem, a que já não pude aceder. Como investigadora, nesta fase quis ir dando alguma ordem aos dados, mas sem ambicionar a sua arrumação última, já que esta encerraria sentidos e questões. Segundo Paul Claudel (1866-1955), *“a ordem é o prazer da razão; mas a desordem é a delícia da imaginação.”* E é com a imaginação e criatividade que podemos construir novas histórias e narrativas relativamente à recuperação da Anorexia Nervosa, podendo tornar estas histórias cada vez mais úteis para a criatividade dos sistemas e do seu número de graus de liberdade. Assim, hoje, no final desta investigação, encontro-me ainda mais febril do que no início no que toca às questões centrais da investigação, já que após a ordem exigida pela apresentação de resultados seguiu-se um período de desordem de “Discussão dos resultados”. No capítulo que se segue irei começar por dar ordem aos dados, sintetizando os resultados obtidos em função dos objectivos delineados. Após este movimento de ordem, darei asas à imaginação, num movimento de desordem, a partir de um conjunto de questões que ressaltaram dos resultados deste estudo exploratório, questões essas sobre: 1) as concepções recolhidas acerca do fenómeno; 2) as trajectórias de recuperação relatadas pelas ex-pacientes; 3) as dinâmicas familiares descritas pelas famílias entrevistadas; 4) as narrativas por mim construídas a partir das narrativas criadas, para as quais procurei dar uma ordem, respeitando finalmente a desordem que originem....

5.1. Síntese dos resultados

Num movimento de ordem e movidos pelo prazer da razão, proponho agora que recapitulemos as questões de partida deste estudo de forma a compará-los com os resultados encontrados/construídos. A primeira grande questão a que nos propusemos responder foi: Como é que as jovens com Anorexia Nervosa recuperam? Ou seja, que trajectórias/etapas/momentos críticos estão presentes nas suas narrativas? O que é que foi útil para a recuperação? E de que forma foi útil? O quadro-resumo que se segue sintetiza os resultados encontrados:

Quadro 130.

Trajectórias de Recuperação da Anorexia Nervosa

Trajectórias de Recuperação da Anorexia Nervosa										
Etapas da trajectória	Trajectória do problema				Trajectória em direcção à recuperação					Futuro
	Início	Fase de prazer/realização	Fase de perda de controlo	Fase de isolamento/depressão	Fase de reconhecer o problema	Fase de realimentação	Fase de acção/novas experiências	Fase de aceitação e/ou afirmação pessoal	Situação actual	
Trajectória estética	Desejo emagrecer	Estou mais magra. Estou bem!	Estou doente.	Estou isolada. (4 em 7 casos)	Preciso de ajuda.	Vou seguir o plano alimentar		- Sinto-me mais bonita (2 de 7 casos) - Sinto-me melhor como pessoa (1 de 7 casos)	- Não tenho problemas com o corpo/alimentação - Orgulho-me de mim fisicamente	
Trajectória centrada no self (híbridas)	Algo inexplicável	Sinto-me capaz de algo.	Trajectórias híbridas					- Já não sou tão perfeccionista. - Não tenho problemas com a alimentação.	Falta-me ter a imagem que quero.	

Trajectória relacional								
	Ocasional	Estou a conseguir impôr-me/controlar (a)os outros.	Já não controlo, estou doente	Não acredito na vida/ não quero viver.	Quero mudar de vida.	You seguir o plano alimentar ou comer descontroladamente para evitar a morte/internamento	You arriscar novos desafios e/ou desenvolver projectos pessoais	Relaciono-me melhor comigo e com os outros.
Momentos poéticos			<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração genuína de amor/preocupação - Desistência de alguém significativo - Confronto com a morte/Doença - Experiência de prazer/mestria 	<ul style="list-style-type: none"> - Arriscar comer ou ter mais peso - Arriscar (re) entrada em contextos de socialização 		<ul style="list-style-type: none"> - Alta médica - Experiências de aceitação do self - Descoberta de novas competências/opções de vida 		
Factores de recuperação		<ul style="list-style-type: none"> - Papel do terapeuta (Apoiar e responsabilizar) - Papel da família (Compreender e não julgar; detectar/encaminhar, Mostrar directamente os afectos) - Fé - Confronto com a morte/doença - Papel de outros pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Papel do terapeuta (Definir objectivos, monitorizar, reforçar, responsabilizar, instruir os pais para não pressionarem) - Papel da família (Pressionar/ não pressionar, Responsabilizar, dar liberdade) - Papel dos amigos (Apoiar/ Não julgar) - Mudança de contexto - Investimento/sucesso académico 			<ul style="list-style-type: none"> - Papel do namorado (aceitar incondicionalmente, incentivar actividades de lazer) -Papel do terapeuta (dar alta e responsabilizar) -Mudança de contexto - Meios de comunicação social 		Ainda me falta auto-confiança, ser menos obsessiva, pensar mais em mim que nos outros.

Como este quadro ilustra, a restrição alimentar inicia-se de forma diferente nas três trajectórias ilustradas. Se nas trajectórias estéticas, se inicia de forma intencional, nas trajectórias centradas no self surge de forma inexplicável e nas trajectórias relacionais surge de forma ocasional ganhando depois um significado relacional. Após o início da restrição, segue-se (para todas as trajectórias) uma fase de prazer/realização em que as jovens não aceitam o diagnóstico médico já que se sentem bem, “melhor do que

nunca”. Segue-se depois uma fase em que as jovens sentem que perderam o controlo, começando a achar que estão doentes, caindo algumas num período de isolamento e outras num período de depressão em que deixam de ter vontade de fazer coisas ou até de viver. Durante este período a demonstração genuína de amor/ preocupação por parte de outros significativos, ou a desistência de alguém significativo em continuar a lutar pelas ex-pacientes, o confronto com a morte/doença ou uma experiência de prazer/mestria pode possibilitar a passagem para a etapa seguinte, a fase de admitir o problema, em que as jovens querem mudar de vida ou manifestam desejo de aceitar ajuda para saírem do problema. Este processo de mudança implica para algumas jovens apenas uma fase de realimentação em que começam a seguir um plano alimentar (nas trajectórias estéticas). Para outras jovens implica ainda o arriscar de novas experiências, geralmente em novos contextos de socialização. É neste período que para além do papel do terapeuta e da família, começa a ser importante o papel dos amigos, através do apoio e aceitação incondicional e em que a mudança de contexto se afigura com uma forma muitas vezes útil para a realização de novas mudanças. Seguidamente algumas jovens experienciam um período de aceitação pessoal, em que se sentem mais bonitas ou melhores como pessoas (trajectórias estéticas) ou de afirmação pessoal (nas trajectórias relacionais), em que são capazes de ter o seu próprio sistema de referências, sem temerem o julgamento externo. Este período de aceitação/afirmação pessoal é conseguido após a alta médica e pressupõe momentos poéticos em que as jovens experienciam aceitação do seu self, através do namorado ou do terapeuta, ou descobrem novas competências ou opções para a sua vida, com o terapeuta ou com os *meios de comunicação social*, como aquela jovem que encontra uma nova forma de ser mulher através da série “Sexo e a cidade”. As trajectórias centradas no self configuram-se num ponto intermédio entre as trajectórias estéticas e relacionais assumindo características híbridas, mas pressupondo sobretudo mudanças ao nível das suas características pessoais (ex. perfeccionismo). As trajectórias estéticas pressupõem mudanças ao nível da relação com o corpo e alimentação. E as trajectórias relacionais pressupõem mudanças ao nível da relação com o corpo/alimentação, das características pessoais e das relações com os outros.

A segunda grande questão sobre a qual este estudo se debruçou foi: Como descrevem os familiares o “movimento” da sua dinâmica do problema até à recuperação da jovem? O quadro que se segue sintetiza os principais resultados que permitiram responder a esta pergunta.

Quadro 131.

Dinâmica familiar do problema à recuperação

Dinâmica familiar do problema à recuperação			
Dinâmica familiar aos longo das:	Reacção inicial	Movimentações do sistema familiar	Situação actual
Trajectórias estéticas	- Não há responsabilização dos familiares pelo problema	- Não há oposição ao sintoma. - Há mobilização de recursos externos.	- Não há evidências de transformação familiar - Autonomia da ex-paciente por resolver
Trajectórias centradas no self	- Não há responsabilização dos familiares pelo problema. - Há identificação de causas extra-familiares.	- Há tensão familiar entre a díade parental (unida) e a P.I. - A tensão diminui após os pais delegarem a intervenção para a equipa médica.	- Não há evidências de transformação familiar - Autonomia da ex-paciente por resolver em 2 das 3 famílias analisadas.
Trajectórias relacionais	Há culpabilização da ex-paciente ou dos familiares pelo problema	- Cria-se um braço de ferro entre a P.I. e um dos elementos da díade parental. - Há movimentos de alianças e coligações - P.I. fica em risco de ficar só.	- Há evidências de transformações familiares. - Há algumas rupturas ou afastamentos entre elementos. - Há avanços realizados no processo de autonomia da ex-paciente

Conforme o quadro evidencia, enquanto ao longo das trajectórias ditas estéticas, não há oposição dos familiares ao sintoma, já que à partida não se culpabilizam pelo que está a suceder, procurando assim estes familiares ter um papel acessório na recuperação, que passa por mobilizarem recursos externos, não se implicando directamente na recuperação, e não sofrendo transformações decorrido este processo, nas trajectórias ditas relacionais, o funcionamento a família vai-se transformando em direcção à recuperação, começando por um braço de ferro que se cria entre a P.I. e um dos pais e que se alastra aos outros elementos por meio de alianças e coligações. De todo este movimento resultam transformações familiares que vão permitir avanços no processo de autonomia da ex-paciente contudo também implicam algumas rupturas ou afastamento entre alguns elementos. Nas trajectórias denominadas por centradas no self, após a instalação do sintoma, cria-se um conflito familiar entre a P.I. e os pais que se desvanece com a intervenção da equipa médica. A autonomia da jovem fica igualmente por conquistar em 2 destas 3 dinâmicas analisadas.

5.2. Discussão dos resultados

Agora num movimento de desordem e movidos pelas delícias da imaginação, propomos uma viagem por novas questões que este estudo originou relativamente: 1) às concepções sobre a Anorexia Nervosa e recuperação; 2) às trajectórias de recuperação; 3) à influência da dinâmica familiar na recuperação; 4) à leitura da Anorexia Nervosa enquanto acto político, procurando sempre que possível discuti-las com base na literatura.

5.2.1. Discutindo concepções sobre a Anorexia Nervosa e Recuperação...

5.2.1.1. Anorexia Nervosa: fenómeno múltiplo e mutável ou um fenómeno único?

De acordo com os participantes entrevistados, ex-pacientes e seus familiares, o fenómeno a que convencionou denominar por Anorexia Nervosa é susceptível de múltiplas leituras entre os diferentes participantes, no seio de uma mesma família, no discurso de um indivíduo em particular e mutável ao longo do tempo. Assim, esta pluralidade conceptual expressa-se sob a forma de diferentes denominações, nomeadamente “Desejo de ser magra”, “Problema com a imagem corporal”, “Necessidade de controlo”, “Arrelia”, “Trunfo”, “Chamada de atenção”, “Querer ser aceite”, “Reflexo do perfeccionismo”, “Vício”, “Dependência”, “Obsessão”, “Depressão”, “Doença mental”, “Doença biológica”, “Anorexia Nervosa”. Estas diferentes denominações apontam-nos para concepções médicas e não médicas do fenómeno, assumindo a concepção uma ligação à causa atribuída ou ao efeito pretendido. Assim o fenómeno da Anorexia Nervosa é concebido não só como uma doença, mental ou orgânica, como também enquanto prossecução de um objectivo, tentativa de resolução de uma dificuldade/necessidade ou reflexo de um traço de personalidade ou problema. Ainda assim, no discurso dos participantes está presente a hegemonia do discurso médico, estando igualmente reflectidas as diferentes perspectivas médicas acerca da Anorexia Nervosa, que a colocam na ligação com as perturbações depressivas (Alexander-Mott & Lumsden, 1994), com as perturbações aditivas (Giordano, 2005) e com as perturbações obsessivo-compulsivas (Hsu, 1990). Apesar da hegemonia do discurso médico, e de algumas ex-pacientes e familiares aderirem de imediato à concepção médica sobre o fenómeno, as concepções dos participantes são também inspiradas nos discursos mais sociológicos sobre a Anorexia Nervosa, mais psicológicos ou até do senso comum, havendo ainda lugar para a atribuição do fenómeno a dimensões espirituais ou sobrenaturais. Se a história da Anorexia Nervosa

comporta toda esta pluralidade (como foi descrito no capítulo 2 da primeira parte), ainda no momento presente parece haver lugar para todas estas concepções.

Ainda assim, entre as ex-pacientes, apesar de serem múltiplas as suas concepções, assistimos nos resultados à descrição de dois fenómenos aparentemente diferentes. Se algumas jovens falam do que lhes sucedeu como algo relacionado com o corpo e o peso, outras opõem-se a esta definição e descrevem algo relacional, associado a dificuldades na relação com os outros e com o mundo. Esta dicotomia aparece discutida por Zanker (2009), que defende a posição de que a Anorexia Nervosa é uma doença muito mais relacionada com a identidade do que com a imagem corporal. Talvez estes sejam dois olhares possíveis para este fenómeno, em que o que aparece como mais óbvio é a figura percebida, ou seja, a imagem corporal, ainda que os que comecem a ver o seu fundo, ou seja, as questões de construção de uma identidade de si na relação com os outros, não mais consigam ver apenas a figura e oponham-se à definição “estética” do fenómeno.

As concepções deste fenómeno apareceram também nas narrativas como mutáveis ao longo do tempo. Algumas jovens começam por descrever o período anterior à restrição alimentar apelidando-o de depressão, mas encarando-o como o início deste fenómeno. Outras descrevem um período de depressão como consequente à restrição alimentar, encarando-o como fazendo parte do que sucedeu. Algumas jovens começam por descrever um comportamento de dieta alimentar que decidiram ter e descrevem depois uma perda de controlo face a este comportamento, perda essa que associam a “doença” ou a “vício”. Nestes casos, doença aparece então ligada nas suas narrativas à perda de protagonismo do seu comportamento alimentar. Noutras narrativas, o início da restrição alimentar é descrito como algo que acontece aleatoriamente e que depois é retroalimentado. Ao ser retroalimentado, o fenómeno adquire um nome, uma denominação, que poder ser um “trunfo”, uma “batalha”, um “vício”, algo associado a prazer/realização/poder. A perda deste prazer subsequente, sem a capacidade de deixar de realizar o comportamento, é associada ao início da doença, descrito com termos como “perda de controlo”, “obsessão”. A adesão à concepção do fenómeno enquanto doença é feita quando as participantes parecem experimentar falta de flexibilidade nas suas narrativas para experimentar outros comportamentos, por já não serem elas mesmas, por se sentirem controladas pela “obsessão”, pelo “vício”, por terem perdido “o controlo”. Efectivamente e segundo Botella (2001, p.104), “por detrás da vivência do problema encontra-se sempre a sensação subjectiva de descontinuidade biográfica e de impotência na consecução de um novo sentido de continuidade”. Debruçando-me ainda nesta noção de protagonismo, se algumas jovens concebem este fenómeno como algo do qual

começaram por ser protagonistas ao decidir fazer uma dieta alimentar que depois saiu fora do seu controlo, outras jovens concebem este fenómeno desde a sua génese como exterior a si próprias, como algo que “aconteceu”, que “apanharam como uma gripe”, “surgiu por acaso”. Como os sistemas estão em constante evolução e são imprevisíveis, este acaso que surge pode criar um sistema que se organiza em torno dele, de forma imprevisível. E, segundo Elkaim (1989, p.47), do mesmo modo, são também “as propriedades específicas e a amplificação ao acaso de certas singularidades que conduzirão a família para uma etapa posterior”, aquilo a que quem observa denomina por recuperação e que na teoria sistémica se denomina por *auto-poeise*. Na concepção do fenómeno problema e do fenómeno recuperação, como discutiremos de seguida, está então presente no discurso das participantes que descreveram trajectórias relacionais e centradas no self esta noção de “acaso”, de “imprevisibilidade”, ao invés da noção de “protagonismo”, “intencionalidade”, que predomina no discurso das que descrevem trajectórias estéticas parecendo este poder ser um fenómeno com ou sem causa.

Como vimos, a multiplicidade de concepções convivem quer no mesmo seio familiar, quer no mesmo indivíduo, havendo por exemplos pais que explicam que tanto achavam que era doença como achavam que era uma mania, ou mimo, ou algo inexplicável, ou outros que viam como um contorno do autoritarismo ou como uma doença orgânica. Esta adesão a um fenómeno múltiplo, com definições concorrentes pode levar a estratégias inconsistentes por parte dos pais (Honey & Halse, 2005), já que ora “actua” com “uma doença”, ora actua com “uma forma de mimo”, ora actual com “uma forma de controlo de poder”. Neste sentido talvez a adesão a uma teoria única acerca da Anorexia Nervosa pudesse ajudar os familiares a agir de forma mais consistente e confiante, ainda que possa encerrar sentidos necessários para a construção de narrativas mais funcionais para a família. Do mesmo modo se para algumas jovens a adesão a um fenómeno único, nomeadamente de natureza médica, permite circunscrever o problema a um fenómeno restrito, facilitando uma recuperação, também ela restrita, para outras jovens a adesão a um fenómeno único pode constituir uma imposição difícil de aceitar, já que constrange os sentidos que as próprias lhe querem atribuir bem como as possibilidades de mudança. Fica então a dúvida: será mais útil olhar para a Anorexia Nervosa como um fenómeno único ou múltiplo?

5.2.1.2. Anorexia Nervosa: um fenómeno sem causa ou com causa multifactorial?

De acordo com os participantes deste estudo, o fenómeno da Anorexia Nervosa é visto por uns como um fenómeno sem causa explicável e por outros como um fenómeno multifactorial. Se algumas jovens falam da Anorexia Nervosa como algo que “qualquer um pode apanhar, como uma constipação” outras remetem o fenómeno para “um aglomerar de factores”, relacionados com a personalidade (Ex. ser perfeccionista, ter baixa auto-estima), de ordem hereditária ou genética (Ex. ter o corpo da mãe, a mãe já ter tido o mesmo problema), de ordem sócio-familiar (Dificuldades na interacção com a família, Dificuldades na relação com os pares) ou até de ordem sobrenatural. Também os familiares ora apontam causas plurais e, por vezes, até concorrentes, ora desistem de procurar causas ou acreditam que não existem, equiparando-as às doenças que surgem por vírus ou bactérias, aleatoriamente. Apesar desta aleatoriedade existente no contágio por vírus ou bactérias, existe a ideia que se o sistema imunitário do organismo estiver enfraquecido, a probabilidade de se apanhar um vírus e uma bactéria é maior. Por analogia, também na Anorexia Nervosa se tem desenvolvido a ideia de que há determinados eventos ou dificuldades anteriores ao seu aparecimento que aumentam a vulnerabilidade das jovens (Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews & Treasure, 1997). A partir das histórias analisadas ficam patentes várias circunstâncias anteriores ao problema que parecem poder ter enfraquecido o “sistema imunitário” das jovens ou do sistema familiar, embora esta não seja a visão de todas as participantes. Assim, nas várias narrativas parecem haver determinadas circunstâncias (sócio-familiares) de vulnerabilidade comuns. Uma delas muito presente nas narrativas é a perda ou ausência ou doença de algum familiar, encontrada também no estudo de Rastam e Gilbert (1992). É frequente nestas narrativas a saída de casa de um irmão, a morte de uma avó, a doença de um familiar chegado, que parece anteceder o início da restrição alimentar. Outra é a mudança de contexto que implica a perda de um contexto de pares e a adaptação a um novo contexto. Esta factor foi encontrada também no estudo de Nilsson, Abrahamsson, Torbjornsson e Hagglof (2007), apenas nas participantes recuperadas, já que nenhuma paciente referiu esta factor. Estas circunstâncias parecem colocar a jovem numa situação de maior vulnerabilidade e desprotecção. Outras narrativas descrevem circunstâncias anteriores ao problema que parecem favorecer um sentimento de insegurança, e imprevisibilidade como por exemplo aquelas que descrevem situações de precariedade económica repentina, motivada por desemprego dos pais ou falência de negócios ou diagnóstico ou diagnóstico de uma doença anterior ao diagnóstico de Anorexia Nervosa. Os problemas de saúde foram aliás a segunda causa mais referida pelos (101) participantes avaliados no estudo realizado por Schmidt et al. (1997). A

primeira causa apurada neste estudo são os eventos stressantes ocorridos nas relações mais próximas dos pacientes, entre os pais ou entre os pacientes e um dos pais. Efectivamente, nesta investigação, outras narrativas descrevem circunstâncias que parecem favorecer um sentimento de injustiça e impotência face ao poder dos outros, nomeadamente as que descrevem a não aprovação e restrição de escolhas pessoais e a imposição de escolhas por parte de um dos pais, a constatação da desigualdade de direitos entre pai e mãe e a existência de conflito conjugal entre os pais. Para além destas circunstâncias são ainda referidas as dificuldades de relacionamento com os pares anteriores ao problema, descritas a partir da fraca rede de amigos ou mesmo episódios de bullying, conforme apurado no estudo de Rastam e Gillberg (1992) em 51% dos pacientes estudados (contra 7% encontrado grupo de controlo). São ainda descritas pelas participantes circunstâncias que sempre as acompanharam ao longo do seu desenvolvimento, nomeadamente a sobrecarga de expectativas/responsabilidades (Ex. muitas desde cedo assumiram funções parentais face aos irmãos), o desejo de serem perfeitas, o sentimento de serem criticadas, a baixa auto-estima e elevado perfeccionismo. Nilsson e colaboradores (2007) encontraram precisamente estes factores precipitantes da Anorexia Nervosa como mais vezes mencionadas pelas 104 participantes entrevistadas.

Nos seus discursos, nem sempre estas circunstâncias são significadas como causas, já que algumas jovens não estabelecem nenhuma ligação entre estas e o início da restrição alimentar. Segundo o estudo de Nilsson et al. (2007), se 13% das entrevistadas após 8 anos do diagnóstico, não identificaram nenhuma causa, apenas 1 entrevistada (1,5%) da amostra não identificou nenhuma causa após 16 anos. Este resultado leva-nos a pensar que algumas narrativas com o evoluir do tempo podem adquirir mais conexões entre as circunstâncias anteriores ao problema e o problema, não sendo mais uma vez esta uma atribuição estática. Se algumas ex-pacientes não identificam causas, também alguns familiares das jovens falam de circunstâncias familiares anteriores ao problema sem as relacionarem com o fenómeno da Anorexia Nervosa. E fica aqui a questão acerca da utilidade das causas, pois se por um lado as causas dão um sentido à narrativa tornando-a lógica, sequencial, coerente, por outro lado as causas também determinam sentidos e constroem novas possibilidades de significação, novas possibilidades discursivas sobre o fenómeno, ainda que estes possam ser reconstruídos e substituídos por sentidos mais úteis. Outra questão que emerge prende-se com a associação entre as causas e as trajectórias de recuperação. Como vimos, a partir da análise das narrativas construídas pelos participantes, a atribuição ou não de causas para o fenómeno parece estar associada a diferentes trajectórias de recuperação descritas, mais simples e lineares ou mais complexas e sinuosas. Esta associação contudo não é completamente esclarecedora já que gera a

dúvida se são as trajectórias que levam a que se procurem causas e se estabeleçam ou não determinadas conexões ou se é o estabelecimento de causas que influencia o próprio curso da trajectória. Fica contudo apenas a certeza que não é necessário encontrar uma causa para que a recuperação ocorra, podendo no entanto esta dar um sentido mais amplo à recuperação.

5.2.1.3. Negação do diagnóstico ou movimento de resistência/protecção?

Um dos aspectos presentes em todas as narrativas é a descrição de um período mais ou menos longo em que as jovens não aceitaram que estavam doentes, rejeitando o diagnóstico que já lhes era apontado, já que achavam que estavam bem, algumas até melhor do que nunca. Lasègue (1873) começou por denominar este fenómeno por “optimismo inesgotável”. Pryor, Johnson, Wiederman e Boswel (1995) descreveram o sentido de arrogância e superioridade que estas pacientes evidenciavam em relação aos seus sintomas, considerando-se superiores aos “fracos” por conseguirem resistir aos desejos e necessidades corporais. Na literatura têm-se denominado a este fenómeno de não aceitação do diagnóstico por negação (no caso específico da Anorexia Nervosa, observa-se a negação da magreza, da fome e da fadiga). Este conceito de negação tem sido sobretudo usado para doenças físicas, reservando-se a expressão de *falta de insight* para as doenças psiquiátricas (Couturier e Lock, 2006a). Apesar da Anorexia Nervosa ser considerada uma doença psiquiátrica, dados os efeitos físicos evidentes do problema, o conceito negação tem sido aplicado a este fenómeno. Segundo Goldbeck (1997), a negação é um conceito abstracto e complexo que geralmente é aplicado a pacientes que não aceitam o diagnóstico ou parecem alheios a ele, minimizam as implicações da doença, adiam a procura de ajuda médica, recusam ou aderem pouco ao tratamento, parecem imperturbáveis e distantes a lidar com a doença. Nas entrevistas realizadas pudemos perceber que não só as jovens não aceitavam que estavam doentes, como também alguns familiares demoraram a perceber o que parecia evidente para outras pessoas exteriores, nomeadamente professores, outros familiares. Esta negação tem sido considerada como um factor de agravamento do prognóstico, em virtude da conseqüente fraca adesão ao tratamento. Estima-se que apenas um terço das pessoas com Anorexia Nervosa procurem tratamento (Vandereycken, 2006). Como tal, os esforços terapêuticos têm-se dedicado também à necessidade de motivar as pacientes para o tratamento, como forma de ultrapassar esta negação. A questão é se a negação não será uma forma de sobrevivência/resistência a um poder dominante da medicina que se propõe tratar mas que pode também estigmatizá-las e torná-las mais doentes pela separação que

promove entre normalidade e patologia. Não poderá ser esta “negação” uma tentativa de sobrevivência às macro-narrativas que se impõem e que reduzem e constroem as possibilidades discursivas e de actuação daqueles que são rotulados? Será que o rótulo é alienante e desvia as pacientes daquilo que pode ser a chave da sua recuperação, a construção de uma identidade pessoal e relacional na medida em que a contamina e lhe pode retirar espaço para a sua expansão? Goldbeck (1997) fala exactamente do poder adaptativo da negação que segundo o autor, tem determinados limites, já que também se pode tornar desadaptativo quando atrasa demasiado o tratamento. Contudo, segundo um estudo de Couturier e Lock (2006a), o nível de negação no início do tratamento não parece ter qualquer efeito nos resultados do tratamento. Estes autores encontraram aliás uma tendência, embora não significativa, entre níveis elevados de negação no início e maior aumento de peso no final do tratamento. Estes dados levam-nos por isso a hipotetizar que talvez esta negação seja uma protecção importante destas jovens relativamente à sua identidade. Contudo, olhando para outras narrativas em que a recuperação se iniciou após as jovens terem “admitido” o problema perante si e os outros, coloca-se a questão no outro sentido: Ou será que o rótulo também pode ter um efeito terapêutico no sentido de legitimar, desculpabilizar, criar uma janela temporal de excepção para que as pacientes possam ir retomando as suas vidas? Ao analisarmos as narrativas de recuperação, percebemos que a adesão ao discurso médico, nomeadamente a aceitação do diagnóstico foi em alguns casos catapultador de uma adesão ao tratamento que favoreceu, no entender das ex-pacientes, a recuperação. Foi também catapultador de uma nova atitude parental face ao comportamento alimentar (de não culpabilização, de aceitação) que parece ter favorecido também a mudança deste. Com efeito, se para alguns um rótulo é algo que sinaliza uma necessidade de mudança, permitindo a adesão a outros comportamentos e garantindo uma maior aceitação e apoio por parte dos outros, para outros o rótulo pode também ter o efeito de *tatuagem*, irremediável e à vista de todos (ao não ser que seja escondido), ficando aberto o caminho da impotência e resignação. Talvez, por isso, algumas pacientes nas suas narrativas descrevam um período de depressão após a aceitação do diagnóstico. Concerteza que outros factores parecem contribuir para este efeito, nomeadamente a inanição. Ainda assim é curioso pensar como alguém que se sente super optimista em relação à sua condição, usufruindo até de um sabor especial de vitória ou de controlo, após a aceitação do diagnóstico passa a vivenciar um período de desesperança e pessimismo. Talvez o problema mais uma vez não esteja no rótulo mas na forma como este é significado, enquanto pré-aviso de mudanças ou enquanto selo (estigmatizante) para a eternidade.

5.2.1.4. Recuperação: processo finito ou inacabado?

Como vimos no capítulo 5 do enquadramento teórico, a definição de recuperação está longe de ser consensual na comunidade científica, não só em termos de critérios como também em termos de tempo para considerar a pessoa recuperada. Tal como a comunidade científica, os resultados das entrevistas também evidenciaram nas participantes definições mais restritivas ou mais alargadas de recuperação, concepções essas muito associadas à forma como as próprias concebem o problema. Se algumas jovens consideram-se recuperadas já que “não têm problemas com a alimentação”, nomadamente aqueles que conceberam o fenómeno como algo relacionado com o seu peso/corpo, outras consideram que a recuperação pressupõe passarem a “ter um sistema de referências próprio”, serem “capazes de estabelecer contactos com os outros”, serem “capazes de se impor”, serem “mais tolerantes com os outros”, tornarem-se “mais optimistas”, “mais confiantes”, “mais flexíveis”, “menos perfeccionistas”. Assim, nas narrativas relacionais a forma como as ex-pacientes vêem a recuperação engloba mudanças não só em si próprias, como também transformações nos outros que as rodeiam. Neste sentido, identificam diferenças na forma como interagem com os outros e, reciprocamente, na forma como os outros interagem com elas. Com efeito, referem-se à “maior união entre os elementos”, à “aceitação das opções uns dos outros”, à “maior flexibilidade dos pais” em relação a si ou aos irmãos. Neste sentido, a recuperação parece estender-se a todo um sistema familiar que se auto-organizou face às mudanças que nele emergiram.

Outro resultado que importa ressaltar é que enquanto para a maioria das participantes que adoptaram definições mais restritivas de recuperação, esta afigura-se como um processo finito, já que já se sentem recuperadas, para outras a recuperação é um processo contínuo, tendo a noção que ainda lhes falta algo. Algumas entrevistadas referem a necessidade de “aceitarem melhor o corpo”, “gostarem mais da sua imagem”, “serem mais auto-confiantes” ou “menos obsessivas”. É interessante reparar que estes aspectos apesar de parecerem centrais na recuperação para algumas entrevistadas, são considerados residuais para outras, referindo-se ao que falta para estarem totalmente recuperadas como “muito pouco”, “a não ser... tirando isso não”.

Parece então haver uma visão por parte de algumas das entrevistadas (não de todas) da recuperação como um processo contínuo, inacabado, conforme sugerido por Garrett (1998). Esta visão da recuperação enquanto processo contínuo parece uma visão já utilizada e aplicada a outras problemáticas, nomeadamente aos comportamentos aditivos, em que parece muito enraizado na nossa cultura que um dependente o é para a toda a vida, mantendo-se sempre com o rótulo de “ex-

dependente”. Também neste estudo usamos a expressão de ex-paciente apenas por uma questão de simplificação na linguagem, mas fica a questão de saber se estas entrevistadas ainda se sentirão assim fora do contexto desta entrevista. Muitas entrevistadas ao falarem da recuperação, elegerem como marco importante a possibilidade de recomeçarem a vida num novo contexto. E talvez esta possibilidade de transformarem a recuperação num processo finito e não contínuo ao longo da vida possa ser útil para a construção de uma nova identidade, independente do problema. Fica aqui a questão se a necessidade de delimitar a recuperação é apenas uma necessidade científica, é também uma necessidade das próprias ou se a possibilidade de a concebermos como um processo contínuo é nada mais do que concebermos tudo o que acontece como um fluxo da vida, natural, sinuoso, inacabado e imprevisível. Desta forma, recuperação seria o que Deegan (1996, p.96) propõe: “*an attitude, a stance, and a way of approaching the day’s challenges*”, ou seja, um processo inacabado, de uma história sempre inacabada, comum a todos os seres humanos, com ou sem rótulo.

5.2.1.5. Quem tem os direitos de autor dos discursos que os participantes contam?

Sistematizadas as concepções sobre o problema/recuperação, e admitindo que as concepções de cada um são formadas na interacção com os outros e com os discursos sociais dominantes, a questão que daqui decorre é a questão formulada por Madigan (2011, p.9): Quem é que tem os direitos de autor das histórias que os participantes contam? (“Who has the storytelling rights to the story being told?”) Se atentarmos aos seus discursos, as jovens que contam histórias de alguém que queria ser mais magro por motivos estéticos, parecem incorporar nos seus discursos as imposições sociais relativamente à beleza (Wolf, 1994), que no mundo ocidentalizado, e não só, parece estar veiculada à aparência física segundo determinados ideais de magreza. Nos nossos dias, o corpo assume uma importância capital e a busca do eu é confundida com a necessidade de obter o corpo ideal. Este corpo ideal é um corpo que deve obedecer a determinados requisitos na maior parte das vezes inatingíveis, a não ser por meio da técnica/manipulação (das cirurgias estéticas, dos tratamentos de beleza, dos retoques com Photoshop), o que torna este objectivo de perseguição de um ideal de beleza tão naturalmente impossível quanto frustrante. Para além disso, associado a este ideal de beleza aparece alicerçado a dimensão ‘sucesso’, sendo encarada a magreza como pré-condição para uma vida bem sucedida (Cardoso, s/d). Possivelmente este discurso é incorporado não só por algumas das jovens como também pelos familiares, provocando constrangimentos na forma como a jovem vê e pensa o seu corpo e decide sobre ele. Neste contexto, o discurso das jovens que

dizem ter decidido emagrecer por acharem que estavam gordas, parece ter já direitos de autor. E o autor é este discurso social dominante que impõe um conjunto de ideais de beleza, muitas vezes biologicamente inalcançáveis, enquanto prerrogativas para o sucesso pessoal, estatuto social, prestígio e afirmação interpessoal.

Outras jovens parecem internalizar o discurso da perfeição. Apesar de o nomearem como uma característica pessoal: “eu sempre fui muito perfeccionista”, talvez o autor desta frase seja um autor mais lato, novamente uma macro-narrativa social, oriunda dos tempos modernos, possivelmente das ideias humanistas, que categoriza as nossas performances como “não suficientemente boas”, tendo em conta um ideal de perfeição, o que leva as jovens a narrarem “uma baixa auto-estima”. Esta macro-narrativa está relacionada com a primeira macro-narrativa estética, englobando-a mas ultrapassando-a. Como reacção à crítica familiar, ou simplesmente às altas expectativas que os outros depositam em si ou que as próprias definem para elas, críticas e expectativas essas já de si provenientes desta macro-narrativa da perfeição, as jovens propõe-se a perseguir esta ideia de perfeição, achando que se trata de um imperativo individual. Contudo, este é também um imperativo social, uma pressão dos tempos modernos que não permite ao indivíduo saborear a alegria de simplesmente viver, já que não há lugar para a celebração, uma vez que nenhum feito chega, uma vez que a palavra de ordem é tentar cada vez ser mais e melhor tendo como meta um ponto irreal. Este processo induzido socialmente apenas poderia ser interrompido por um antídoto, que segundo Madigan (2011) passaria pela adesão à seguinte ideia: “I’m not ok, you’re not ok – and that’s ok!”

Para além do discurso social da magreza e do discurso social da perfeição, algumas narrativas distanciam-se do tema da magreza, do sucesso ou da perfeição, colocando nas suas histórias um enredo de luta pela justiça, de protesto contra os que parecem ter mais direitos e de tentativa de afirmação das suas próprias escolhas individuais. Talvez também este discurso individual possa ser integrado num discurso mais amplo, um discurso ainda presente na pós-modernidade de individualismo/independência que se manifesta “como uma busca de distinção, uma necessidade de se impor incondicionalmente” (Simmel, 1998, p. 110). Este movimento, passa pela convicção de que, mesmo dentro do maior constrangimento - político, económico, educacional ou outro -, existe um espaço, maior ou menor, para o exercício da liberdade individual. Este espaço muitas vezes implica uma oposição a toda forma de autoridade ou controle sobre os indivíduos, algo que se vê no seio de algumas destas famílias, em que as jovens mostram oposição em relação à figura de maior autoridade. Assim, estas jovens significam o seu comportamento de restrição alimentar como um protesto ou contorno face ao autoritarismo, à imposição (de escolhas/interesses) ou

simplesmente face à subordinação que durante anos foram travando e que não querem mais travar. Este protesto parece poder ter também uma influência do discurso ainda presente na nossa sociedade, o discurso feminista que tem como meta direitos igualitários e uma vivência humana liberta de padrões opressores baseados em normas de gênero. Assim, nalgumas destas narrativas estão presentes protestos contra a mãe que não se impõe, contra o pai a que todos se submeteram, parecendo ser inspirado nos movimentos, teorias e filosofias que advogam pela igualdade para homens e mulheres. Parece estar portanto subjacente às suas narrativas um discurso social relacionado com o papel da mulher, que se afigura ainda como contraditório e complexo nos nossos dias, e que aparece representado na figura da mãe, uma mãe que muitas vezes se assume como independente mas que se submete ao marido, não se impondo a ele e não impondo os seus direitos.

Talvez as narrativas estéticas, centradas no self (ideal) e relacionais (centradas num movimento de oposição) sejam reflexo de narrativas sociais mais vastas, de discursos que proliferam um ideal de magreza, de discursos que orientam para a busca da perfeição, de discursos que assentam nos ideais do individualismo e nas lutas do feminismo.

A questão que se coloca é a partir de que autores deveremos intervir? Como podem ser transformados estes discursos que se afiguram como quimeras inalcançáveis?

As narrativas de recuperação das jovens entrevistadas contêm algumas respostas. Para aquelas que incorporaram predominantemente o discurso de um ideal de beleza, a recuperação passou pela aceitação do seu corpo e por terem colocado o ideal de saúde acima das suas necessidades sociais de beleza. Para aquelas que incorporaram o discurso de perfeição, implicou abdicarem dele, experimentando e apreciando as vantagens de “serem normais”, *de não serem OK, já que isso é OK*. Para aquelas que incorporaram nos seus discursos o ideal de independência e os ideais preconizados pelo feminismo, a recuperação pressupôs conseguirem fazer valer alguns dos seus desejos através da luta e também da cedência, ainda que os tivessem que conciliar com os desejos dos outros, tendo que aceitar a impossibilidade de mudar os outros. Para algumas jovens a recuperação implicou também encontrarem um lugar enquanto mulheres bem como um lugar de livre arbítrio e de opções pessoais.

5.2.2. Reflectindo sobre trajetórias de recuperação...

5.2.2.1. A recuperação da Anorexia Nervosa: Um fenômeno individual ou familiar?

Nesta investigação, partimos com um preconceito, o de que se se pode pensar que os familiares estão envolvidos no problema, também se pode pensar que estarão envolvidos na recuperação. Segundo Deegan (1996, Setembro, p. 2), “If we plant a seed in a desert and it fails to grow, do we ask, “What is wrong with the seed?”. No. The real conspiracy lays in this: to look at the environment around the seed and to ask, “what must change in this environment such that the seed can grow?”. Partindo desta metáfora, percebemos pelos resultados que apesar de nem todos os familiares reconhecerem o seu envolvimento na recuperação, parece haver uma relação entre a recuperação da jovem e a dinâmica familiar que se desenrola ao longo do curso desta. Há também muitos pais que relatam a sua contribuição para a recuperação, em termos de estratégias mais activas (estarem presentes, acompanharem as filhas, flexibilizarem as regras) e em termos de estratégias mais passivas (não interferirem na alimentação, respeitarem as suas escolhas. Contudo, os resultados mais uma vez apontam-nos para as diferenças relativamente ao papel da família na recuperação. Se nalgumas trajetórias de recuperação, a família parece ter tido um papel aliado no tratamento, procurando cumprir as instruções médicas, servir de figura de apoio, reforçando os progressos, confiando ou controlando, noutras trajetórias a família parece ela própria ter sido alvo de transformações decorrentes do problema e com recuperação, sendo o processo da recuperação da jovem um processo imbricado nas transformações familiares que se operaram. Assim, se algumas narrativas nos descrevem trajetórias de recuperação de uma jovem sem transformação familiar (trajetórias estéticas e centradas no self), outras trajetórias remetem-nos para histórias de transformação individual e familiar (trajetórias relacionais). Talvez ambas as trajetórias sejam possíveis, ainda que possam comportar diferentes riscos e benefícios. Se as trajetórias sem transformações familiares acarretam menos riscos em termos de rupturas familiares, podem acarretar o risco da dinâmica familiar se manter ou ponto de ser um contexto propício para o surgimento de um novo sintoma. As trajetórias relacionais, ou seja, aquelas em que a recuperação da jovem pressupõe transformações ao nível das regras de auto-organização do sistema, parecem acarretar o risco de rupturas familiares, mas a vantagem de terem conseguido com a resolução do sintoma uma nova auto-organização. Resta saber que trajetória é mais útil para as famílias e para as jovens? A resposta a esta questão terá implicações terapêuticas diferentes, discutidas nos dois pontos a seguir.

5.2.2.2. Trajectórias estéticas, relacionais e centradas no self: 3 diferentes trajectórias ou apenas 3 diferentes discursos sobre as trajectórias?

Descrevemos na parte I dos resultados três trajectórias diferentes de recuperação, com a ressalva de que estas posicionam-se num continuum e como tal, a sua denominação resulta do agrupamento das trajectórias por definição do fenómeno problema/recuperação. Assim, parece que as narrativas construídas sobre a recuperação descrevem diferentes trajectórias associadas a diferentes concepções sobre o fenómeno. Nas trajectórias que denominamos por estéticas, as participantes assumem o protagonismo da restrição alimentar, considerando que foram movidas por um desejo estético de serem mais magras. Assim descrevem uma trajectória de substituição deste ideal de beleza por um ideal de saúde, que implica adoptarem uma alimentação saudável mas suficiente, aceitarem melhor o corpo e a sua estrutura física. Nas trajectórias centradas no self, as jovens não atribuem nenhuma causa ao fenómeno da restrição alimentar, retratando-o como algo que lhes aconteceu, apenas relacionando-o com características do self, como o perfeccionismo e a baixa auto-estima como factores precipitantes. Vão descrever conseqüentemente uma trajectória de recuperação que implica a centração nos seus interesses e a luta pelos seus objectivos, com maior flexibilidade, ou seja, um menor perfeccionismo, ou menos expectativas para si. E, finalmente, nas trajectórias denominadas por relacionais, as jovens descrevem os outros como protagonistas do fenómeno que vivenciaram, nomeadamente os familiares. Descrevem assim trajectórias de recuperação que implicam não só mudanças na alimentação e relação com o corpo, como mudanças ao nível da sua personalidade, como mudanças na sua relação com o mundo, sentindo-se mais autónomas e diferenciadas em relação aos outros e sendo capazes de melhor aceitar também as opções dos outros. Segundo um estudo realizado por Nilsson et al. (2007), as causas apontadas para a Anorexia Nervosa por pacientes e por expacientes enquadram-se em 3 categorias principais: o self (incluindo como causas o perfeccionismo, auto-exigência, baixa auto-estima, crise desenvolvimental e insatisfação com o corpo e peso), a família (englobando como causas dificuldades na interacção e comunicação com a família, eventos stressantes na família - morte, doença, altas expectativas familiares), e factores sócio-culturais extra-família (problemas com os pares, ideais, desporto e mudança para um novo local/separação). Nesta investigação os participantes conceberam o fenómeno predominantemente como um fenómeno relacionado com o self, que englobaria na nossa investigação quer os participantes que definiram o fenómeno como estético, quer o fenómeno como centrado no self. Um aspecto interessante deste estudo é que encontraram mais respostas relacionadas com a família nas jovens que foram entrevistadas 16 anos

após a admissão em tratamento do que as jovens entrevistadas 8 anos em tratamento, sendo também capazes de integrar uma maior combinação de factores, conforme acontece nas trajectórias relacionais descritas no nosso estudo. As outras categorias de causas permanecem estáveis entre estes dois follow-ups, o que nos leva a pensar que para algumas pacientes é necessário um maior distanciamento familiar para serem capazes de nomear causas familiares para o fenómeno. Efectivamente, através das suas narrativas, são as jovens que descrevem trajectórias relacionais, que relatam mais mudanças ao nível da diferenciação e da sua autonomia em relação à família, o que nos pode indicar que a construção destas narrativas só é possível de ser realizada com este este distanciamento. Poderíamos então pensar que estas diferentes narrativas de recuperação mais não são do que diferentes distanciamentos face ao problema. Contudo, ao olharmos para o tempo de recuperação, percebemos que há pelo uma jovem recuperada há 10 anos que narra uma narrativa estética. Tal leva-nos a pensar que apesar do tempo e distanciamento familiar poderem contribuir para que determinadas narrativas que inicialmente podiam ser estéticas ou centradas no self se transformem em narrativas familiares, talvez algumas jovens nunca venham a resignificá-las enquanto tal, por não terem evidências para tal ou simplesmente por tal não ser útil para a recuperação. Assim, ficam no ar algumas questões: serão estas trajectórias descritas neste estudo formas diversas de chegar à recuperação ou apenas graus diferentes de elaboração do problema e recuperação? Mais uma vez, será que as concepções (nomeadamente as causas atribuídas ao fenómeno) influenciam as trajectórias ou são as trajectórias (como por exemplo o facto de com o processo de recuperação se terem conseguido diferenciar da família de origem ou não) que influenciam as concepções das jovens? Será que as trajectórias relacionais são trajectórias apenas possíveis de construir quando o processo resulta num nível mais elevado de diferenciação da jovem em relação à sua família de origem? E serão estas narrativas sinal de um nível mais profundo de mudança efectuada? Ficaremos com esta última questão, para a discutirmos já de seguida.

5.2.2.3. Trajectórias de recuperação ou de transformação?

Watzlawick, Weakland e Fisch (1974) defenderam a existência de 2 tipos de mudança: uma de primeira ordem, que ocorre dentro de um sistema que permanece não modificado e outra de segunda ordem, em que a sua ocorrência modifica o próprio sistema. A mudança de primeira ordem faz-se por mecanismos de feedback negativos, em que o sistema recupera e mantém a sua estabilidade interna, podendo, contudo, o problema manter-se. Na mudança de segunda ordem há uma modificação no corpo de

regras do sistema, que implica ou leva a uma modificação na forma como os indivíduos lêem a “realidade”.

Olhando para as trajetórias estéticas descritas na primeira e segunda parte dos resultados pudemos perceber que é possível a recuperação da jovem sem ocorrerem transformações significativas no sistema. Ou seja, as regras de funcionamento após a recuperação parecem manter-se iguais às existentes antes do problema, segundo as descrições realizadas pelas ex-pacientes e seus familiares. O problema da dificuldade do processo de autonomia das filhas, dada a relação muito estreita entre familiares parece manter-se podendo ou não constituir um problema futuro. Contrariamente, nas trajetórias relacionais pudemos perceber que a recuperação do indivíduo implicou uma modificação do sistema, ao ponto de definirem regras novas para as suas interações, como por exemplo, o espaço que algumas famílias abriram para cada um ter diferentes opiniões ou a nova visão que alguns elementos passaram a ter dos outros e das suas necessidades. Se as trajetórias estéticas, a que denominamos por trajetórias de recuperação, parecem representar processos de mudança de primeira ordem, as trajetórias relacionais parecem configurar mudanças de segunda ordem. A questão que se coloca é se durante o problema podemos prever que trajetória para cada jovem fará sentido traçar, com base na forma como a ex-paciente e a sua família elabora a narrativa do problema? Segundo o modelo atômico de Schrodinger, não é possível determinar a trajetória do electrão em torno do núcleo, mas é possível obter a região mais provável de encontrá-lo a uma dada energia do sistema. Por analogia, perante um sintoma, talvez não possamos determinar a sua trajetória, mas talvez seja mais provável encontrarmos uma trajetória estética (de recuperação) se a energia do sistema for baixa e uma trajetória relacional (de transformação) se a energia do sistema nos parece que está cada vez mais alta. Mas como podemos perceber a energia do sistema familiar? Nas substâncias orgânicas para que uma reacção química aconteça é preciso fornecer uma certa quantidade de energia, geralmente na forma de calor, que favoreça o encontro e colisão entre as partículas. A energia, quando elevada, também poderá romper ligações químicas existentes entre os átomos de cada substância, favorecendo, assim, a ocorrência de outras ligações químicas e a síntese de uma nova substância a partir de duas iniciais. Por analogia, nas famílias quanto mais energia for fornecida pelo sintoma ao sistema familiar, maior a probabilidade de haver encontros (alianças) e colisões (coligações) entre os seus elementos, podendo mesmo ocorrer o rompimento de determinadas relações. Nestes sistemas familiares que operam num nível de maior energia, a probabilidade da recuperação ter de assumir os contornos de uma trajetória relacional (trajetórias complexas e sinuosas, caracterizadas pela transformação do sistema que implica o surgimento de novas regras) é, por analogia, maior do que nos sistemas familiares

onde a energia activada pelo sintoma é baixa (já que não há colisões entre os diferentes elementos) mantendo-se os elementos próximos uns dos outros mas com movimentos limitados. Conforme nas substâncias orgânicos, fornecer energia ao sistema pode romper ligações químicas existentes mas pode também permitir a emergência de uma nova substância. Talvez tal princípio se aplique aos sistemas familiares, ficando a dúvida quando é que activar a sua energia pode constituir mais um risco do que um benefício (ou vice-versa).

5.2.2.4. Será que “quanto menos intervenção melhor”?

Como vimos as trajectórias denominadas por estéticas, ou trajectórias de recuperação são trajectórias mais curtas e lineares, em que o problema se circunscreve a uma questão ao nível da relação com o corpo, circunscrevendo-se também a recuperação à melhoria ao nível da relação da própria com a alimentação e com o corpo. Nestas narrativa o grau de elaboração em torno do problema é menor, sendo os enredos das narrativas na direcção da recuperação também simples. Na maior parte destas trajectórias as jovens apenas receberam tratamento médico baseado na educação sobre a perturbação, no aconselhamento nutricional, baseado na realização de um plano alimentar e sua monitorização, bem como na orientação dos pais face à realimentação das filhas, no sentido de não interferirem procurando criar as condições necessárias e flexíveis para que possa ser a própria a gerir a sua alimentação à medida da sua vontade. Este acompanhamento não seguiu nenhuma orientação psicoterapêutica em especial, sendo mais um acompanhamento clínico. Esta intervenção que estas pacientes foram alvo também não foi uma intervenção multidisciplinar ou multi-modal, constituindo uma intervenção “não específica, de gestão clínica” que nos leva à seguinte questão já colocada por McIntosh e colaboradores (2005): “Quanto menos intervenção melhor?” Segundo um estudo realizado por estes autores, este tratamento de gestão clínica obteve resultados superiores ao tratamento que seguiu uma abordagem cognitivo-comportamental ou uma abordagem interpessoal para doentes numa fase inicial do tratamento. Se usarmos os resultados deste estudo, compreende-se que uma intervenção menos específica poderá resultar num nível de elaboração do problema menor, ficando-se o problema pela sua “aparência” ou “figura”, o que pode simplificar a sua recuperação. Ainda assim, as mudanças conseguidas serão mudanças de primeira ordem, permanecendo o mesmo funcionamento do sistema familiar, o que pode ou não, um dia mais tarde levar à emergência do mesmo ou de outro sintoma no seio familiar, como por exemplo aconteceu na família da Ana, em que após a Ana recuperar, a sua

irmã adoeceu. Nas narrativas relacionais o grau de elaboração face ao problema é muito mais complexo, tendo as narrativas um conjunto de atribuições causais para os acontecimentos bem como enredos complexos e latos. A recuperação destas narrativas aparece descrita como mais complexa, longa e sinuosa. Estas pacientes receberam na globalidade mais modalidades de tratamento, nomeadamente foram sujeitas a abordagens psicoterapêuticas específicas, para além do acompanhamento médico. Não sabemos se foi o tratamento que influenciou o processo de complexificação do problema ou se foi a complexificação do problema que influenciou a decisão de procurar outras abordagens de tratamento mais específicas. Sabemos apenas que estiveram associadas a tratamentos mais específicos, mais longos e que a recuperação implicou na globalidade dos casos mudanças de segunda ordem nos sistemas, com as consequências e benefícios que daí advêm (como já discutimos num ponto anterior). Talvez assim, possamos concluir que um tratamento menos específico no início possa ser importante para a recuperação, ainda que possa ser importante avaliar no final de recuperação alguns aspectos não trabalhados terapeuticamente que possam ser importantes para o desenvolvimento das jovens e da família, nomeadamente os processos de autonomia. Em trajectórias onde o problema se complexifique de tal forma que passa a ser definido relacionalmente, provavelmente um tratamento inespecífico não conseguirá contemplar as áreas problemáticas a trabalhar, podendo ser proveitoso uma intervenção mais multi-modal ou específica.

Talvez o uso desde logo de estratégias terapêuticas concretas possa ser “um tiro na culatra”, já que tem um efeito patologizante sobre o problema podendo rigidificá-lo ao invés de flexibilizá-lo, podendo assim “menos ser mais”. Por outro lado, se considerarmos que transformação é mais que recuperação, “mais tratamento pode ser mais”, mas com custos também mais elevados em termos de tempo e impacto, devendo talvez ser usado quando se vislumbra uma “energia alta” no sistema, ou quando um tratamento mais minimal e inespecífico parece não surtir efeitos.

5.2.2.5. Momentos poéticos: espaços virtuais onde se pode ou se tem de ser de outro modo?

Nas narrativas das ex-pacientes estão presentes momentos poéticos, desencadeadores da mudança. Para Sartre (2003), estes são pontos de indeterminação, ou seja, são espaços virtuais onde se pode ser de outro modo. Estes espaços virtuais são espaços invulgares, que comportam em si já alguma novidade, mas não em excesso, já que, segundo Andersen (1991, p. 19) “se as pessoas são expostas ao vulgar, tendem a ficar iguais. Se elas encontram algo invulgar, este

invulgar pode induzir uma mudança. Se a novidade que encontrarem for demasiado invulgar, elas fecham-se”. Um dos momentos poéticos mais referidos nas narrativas refere-se a um momento em que as jovens sentiram ressonância emocional por parte dos outros, algo invulgar mas ainda assim não demasiado invulgar, já que apesar de muitas terem sido confrontadas pela primeira vez com esta ressonância já a desejavam. Assim a preocupação ou amor dos outros toca as jovens precisamente no momento em que os outros são tocados pela sua doença ou pelo seu sofrimento. Muitas vezes, estes momentos revestem-se de gestos/sinais inequívocos de expressão de afecto, nomeadamente, lágrimas, abraços, vozes de protesto. São destes sinais que as jovens não podem desviar a atenção, não podem ficar indiferentes. As lágrimas, tal como os abraços, ou os protestos, falam por si e tocam ao ponto das jovens não poderem não responder tornando os momentos traumáticos, já que serão revividos repetidas vezes. Efectivamente, a recuperação parece implicar o contacto das jovens com as suas emoções que parece acontecer quando os outros demonstram as suas emoções em relação a si próprias. Se para algumas jovens a demonstração genuína de amor/preocupação constitui um momento poéticos que as faz tomar consciência do amor dos outros por si e do amor de si também pelos outros, a desistência de alguém significativo de lutar por si, é outro tema que surge frequentemente em episódios poéticos. São também momentos normalmente acompanhados de expressão de afectos as que encerram em si um ultimato, um ponto sem retorno que impele as jovens para a acção. Tem também um lado invulgar, já que normalmente a desistência ocorre por aquele que mais lutou pela jovem, mas tem algo de expectável dado este sobre-investimento que provavelmente tenderia a ter os seus dias contados. Estes momentos normalmente operam-se em família num contexto de intimidade, e antes do início da recuperação, podendo então ter a família um papel crucial na motivação para mudar. O confronto com a morte ou com outra doença decorrente parece ser outro momento que leva as jovens a terem de equacionar entre a morte e a vida. A morte é também, conforme a situação de desistência dos outros, um momento de exclusão que impele as jovens para esta decisão de lutarem para serem incluídas ou manterem-se em exclusão. A morte pode ser simbolizada pela ameaça de internamento, pelo confronto com as consequências físicas da doença ou confronto com outras pacientes. Finalmente, outros momentos poéticos importantes nas trajectórias de recuperação são experiências de prazer/mestria em que as jovens sentiram-se competentes e realizadas. Com um sabor da vitória ou realização, as jovens podem ser de outro modo, ou já não podem ser as mesmas. Durante a recuperação, os momentos poéticos são momentos em que as jovens decidem arriscar, arriscar comer ou ter mais peso, ou arriscar a entrada em contextos de pares, sendo habitual a praxe ser um catapultador para esta mudança. Estas experiências de

arriscar permitem não só às jovens relativizar os seus objectivos anteriores (relacionados com o peso e a imagem corporal) em função de novos objectivos bem como sentirem-se aceites e valorizadas pelos outros, simplesmente sendo iguais aos demais. Estes momentos permitem talvez por isso a relativização do ideal de perfeição que definiram para si e a aceitação de um ideal de normalidade. Finalmente após a recuperação, há jovens que ainda relatam momentos poéticos importantes em que, por meio da alta médica, conseguem distanciar-se do rótulo definido para eles, desvinculando-as de uma condição estigmatizante e constrangedora das possibilidades pessoais bem como outros momentos em que sentem que as alternativas de vida são alargadas, por já terem tido experiências de excepção em que se sentiram capazes, ou simplesmente, por terem sido colocadas frente a situações onde sentiram que o ónus da decisão residia em si próprias, podendo usufruir do livre arbítrio. Como estes momentos poéticos apontam, a recuperação vive de confirmação do amor e presença dos outros, de balanços entre vida e morte, de sucesso em novas experiências, de desvinculação ao rótulo de anorexia nervosa e de descoberta e alargamento das possibilidades para a vida, que possibilitam a construção de narrativas mais flexíveis e amplas.

Alguns destes momentos poéticos são favorecidos pelo sistema familiar, outros pela equipa terapêutica, outros pelos pares (amigos e outros pacientes), mostrando que a mudança é relacional. Ainda que possa ser impulsionada pela própria, geralmente necessita de testemunhas, mais ou menos activas, tornando os outros significativos elementos tão importantes para a recuperação.

5.2.2.6. O que é mais útil: o que acontece no tratamento ou fora dele?

Como vimos através destes momentos poéticos, para além da equipa terapêutica, a família e os pares são elementos presentes e considerados significativos ao longo das narrativas de recuperação das jovens. O que acontece no tratamento parece ser muito importante antes e durante a recuperação, à semelhança do papel da família. Com o decorrer da recuperação outros factores exteriores ao tratamento e à família parecem ganhar peso, nomeadamente o papel dos amigos e do namorado, a mudança de contexto, o investimento e sucesso académico.

Relativamente à utilidade do tratamento, apesar de várias jovens falarem do tratamento como factor de recuperação, nem todos o mencionam, parecendo através das suas narrativas não ser condição necessária para a mudança, ao contrário dos pais, que enfatizam bastante mais a utilidade do tratamento para as filhas e para eles

próprios saberem como lidar com a doença. As qualidades do terapeuta parecem explicar a forma como o tratamento pode ser útil, na medida em que o terapeuta demonstra aceitação incondicional, genuinidade e dedicação e neutralidade, bem como sentido de humor. Se antes da recuperação, algumas jovens salientam como útil o facto dos terapeutas não lhes darem demasiada importância, o que induz a sua vontade de mudança, com o início da recuperação, é valorizado o facto dos terapeutas fazerem balanços, monitorizarem o peso e reforçarem os progressos, darem confiança e acreditarem. No final da recuperação, parece que é importante o terapeuta trabalhar questões mais existenciais com as ex-pacientes, devolvendo-lhes o poder das suas vidas. A prescrição de medicação e de um plano alimentar se é apontado por algumas jovens como factor de recuperação é apontado por outras como um factor nefasto, não parecendo ser condições necessárias para todas as trajectórias de recuperação, já que muitas recuperam sem medicação e outras recuperam sem terem seguido o plano alimentar prescrito, através de algum descontrolo alimentar inicial que depois se vai equilibrando. Relativamente ao internamento, se vários estudos evidenciam a sua utilidade para a recuperação, neste estudo a ameaça de internamento parece ser mais útil que o próprio internamento, já que este constitui para algumas um contexto protegido que não funciona a longo prazo, apenas enquanto dura, e que pode favorecer a acomodação à doença. É, por isso, valorizado por uma participante o facto do internamento contemplar a possibilidade de contacto com o mundo exterior, ao invés de favorecer o isolamento e ruptura com o mundo real. Relativamente à intervenção em grupo, apenas duas jovens participaram em intervenção em grupo, alertando uma delas para os seus riscos (o de partilharem estratégias para emagrecer e fazerem tráfico de coisas proibidas no internamento, como as pastilhas elásticas) e os seus benefícios (o convívio com outras pessoas com o mesmo problema). Finalmente, apesar de apenas uma entrevistada falar especificamente da terapia familiar como factor importante para a recuperação, muitas referem a importância dos terapeutas trabalharem em consulta factores familiares ou darem instruções aos pais para não controlarem a sua alimentação. Uma das jovens salienta a necessidade dos terapeutas formarem uma aliança terapêutica com a família, para evitar que as jovens joguem com as cartas de ambas as equipas, conforme lhe convier, o que parece ressaltar o papel preponderante na família. Resta saber se a família é útil ou nefasta para as jovens.

5.2.2.7. A família: útil ou nefasta para a recuperação?

Durante muito tempo olhou-se para a família como o sistema responsável pelos sintomas. Hoje em dia, encara-se a família como podendo ser útil para a recuperação, emergindo a noção de família terapeuta (Ausloos, 2003), que em vez de “enlouquecer”

os seus membros pode “curá-los”. Através da exploração da dinâmica familiar ao longo do problema e na direcção da recuperação, pudemos perceber que há estratégias familiares que na conjugação com o sintoma parecem favorecer-lo/retroalimentá-lo e estratégias familiares que parecem ter um efeito tampão ou mesmo dissuasor sobre o sintoma. Segundo as ex-pacientes a família teve um papel útil quando optou por flexibilizar em vez de impor, ou quando controlou em vez de ser indiferente. Para a maior parte das entrevistadas foi importante a família confiar/responsabilizar bem como estar presente de forma incondicional, sem crítica. Foi importante ainda a família falar sobre outros assuntos para além da alimentação e incentivarem a recuperação sem pressionar. Se a mãe foi uma figura considerada fundamental por ter sido capaz de detectar o problema e encaminhá-lo para ajuda especializada e garantir uma presença constante, esta investigação foi mais longe e conseguiu captar, ao contrário da literatura existente, também as especificidades do papel do pai. O papel do pai foi considerado útil na medida em que resolveu mediar as relações, gerir a alimentação e revelar directamente os seus afectos e emoções. Honey & Halse (2005) identificaram algumas destas estratégias familiares importantes para a recuperação, nomeadamente a procura de ajuda especializada, o evitamento da confrontação, a condescendência face a pedidos especiais relacionados com a alimentação, a persuasão e pressão, o forçar/insistir/ameaçar e o uso de reforços. Neste estudo, percebemos através das famílias, que há 3 grandes estratégias parentais que podem auxiliar a recuperação. Uma delas é a assegurar a presença emocional, que passa não só pela garantia da presença física como também pela demonstração genuína de afectos (da sua preocupação e amor). Outra estratégia prende-se com a capacidade de flexibilidade. Em todas as trajectórias foi necessário os pais inovarem e reagirem ao comportamento de forma diferente da habitual. Este passar a reagir de outro modo (como por exemplo, deixarem de insistir para comer, não reagirem à agressividade com agressividade ou então passarem a controlar mais a jovem) foi possível na maior parte das trajectórias a partir do momento em que perceberam que se tratava de uma doença. Efectivamente, as concepções dos familiares acerca do fenómeno podem influenciar a forma como estes reagem ao sintoma, sendo que podem retroalimentá-lo positiva ou negativamente. Finalmente, através das narrativas familiares, foi possível perceber a importância dos pais funcionarem de forma articulada e consistente, enquanto equipa, coordenando as suas estratégias entre si e com a própria equipa terapêutica. Esta coordenação muitas vezes implica a adopção de determinada concepção sobre o fenómeno que permita consistência em termos de estratégias. Segundo Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, e Buick (2002), um nível baixo de “illness coherence” pode implicar inconsistência nas estratégias. Efectivamente, nalgumas famílias, nomeadamente

naquelas cujas jovens narraram trajetórias mais longas e complexas, são relatadas concepções iniciais diferentes sobre o fenómeno pelos pais que geram diferentes abordagens ao problema. Nestes casos, a recuperação apenas parece iniciar-se quando começa a haver coordenação parental, que implica muitas vezes a adopção de uma mesma construção acerca do fenómeno. Em suma, a família parece poder ser um importante recurso para a mudança quando concilia coordenação e consistência, com flexibilidade e presença emocional. Pelo contrário, ausência emocional, a inconsistência e falta de coordenação parental e a rigidez, que se reveste de “autoritarismo” e numa forma única de lidar com os diferentes comportamentos em diferentes momentos, parecem ser estratégias nefastas, que fazem estas jovens através do sintoma procurarem atenção, segurança e liberdade, conforme descrito nos resultados relativos ao estudo III.

5.2.3. Questionando a influência da dinâmica familiar na recuperação...

5.2.3.1. Será a culpa na família inimiga da recuperação?

Se, segundo Ausloos (2003), a culpa é um mal dos nossos tempos, herança da nossa educação judaico-cristã, que deve ser banida, para Minuchin (2008) a culpa não parece ser um alvo a abater, uma vez que não se pode responsabilizar a família pela mudança, se não se culpar/ responsabilizar a família pelo que está a suceder. Segundo Jean Delumeau (como citado em Ausloss, 2003) na civilização judaico-cristã é a falta, o pecado, que é a base do sistema educativo, por meio da culpabilização, o que nos leva a crer que vivemos e crescemos no seio da culpabilização, enredados por esta noção de pecado, que pode em simultâneo constituir um fardo pesado para quem a carrega mas também um impulso para a reparação/expição. Segundo Delumeau (1989, p.140), “os culpados potenciais, sobre os quais pode voltar-se a agressividade colectiva, são em primeiro lugar os estrangeiros, os viajantes, os marginais e todos aqueles que não estão bem integrados numa comunidade”, ou seja, este “culpado” será sempre aquele, que naquele preciso momento histórico, ocupará um lugar de sujeição, ou menos valia, num determinado contexto desenhado pelo espaço e pelo tempo. Numa escala menor e semelhante, nas famílias se a culpa começa por recair no paciente identificado ela pode mover-se para outro elemento, passando este a ser vítima ou potencial “reparador”. Nas famílias analisadas, percebemos pelos seus discursos, que a culpa não é um fenómeno que ocorra em todas as trajetórias. Em algumas narrativas a concepção do fenómeno como doença iliba todos os familiares da culpa, podendo estes unirem-se em consonância. Pelo

contrário, noutras narrativas, assiste-se a um jogo da culpa em que se esta começa no paciente identificada é transferida para outros elementos. Se alguns momentos a culpa parece dividir mais do que unir, noutros momentos a culpa parece mover a necessidade de mudança. Vejamos por exemplo o caso daquela mãe a quem a certa altura todos dizem que ela também tem culpa no facto das discussões com a filha se tornarem tão dramáticas. Esta mãe transforma esta culpa em responsabilidade própria, pedindo ajuda externa para conseguir comunicar melhor com a filha. A culpa aparece mais intensamente nas narrativas mais longas e complexas do que nas narrativas mais simples e lineares. Se a ausência da culpa parece simplificar o enredo familiar em torno do problema, simplificando a recuperação, a presença da culpa permite noutras narrativas, apesar dos movimentos de alianças e coligações que daí derivam, movimentos de transformação, já que permite que os familiares se envolvam pessoalmente no problema (responsabilizando-se) e conseqüentemente na recuperação, facilitando a transformação de um sistema e não apenas a regressão sintomática da jovem.

5.2.3.2. Será a Anorexia Nervosa a procura de um território especial na família para cada um?

Através da análise mais detalhada de três histórias de recuperação, procurando olhar para o que parecia oculto nos seus discursos, percebemos que parece haver um denominador comum entre as três narrativas analisadas: a dúvida se haverá um território especial para todos, o que leva possivelmente à procura/manutenção ou luta por/contra um território especial. Este território especial é procurado por aqueles (Ex. pelas duas irmãs) que nunca o tiveram já que estava reservado a um terceiro (ex. ao irmão mais velho, braço direito da mãe e depois à irmã que esteve doente), por aquela que sempre o teve (a ex-paciente que sofreu desde cedo de uma doença grave) e que quer assegurar continuar a ter em virtude de circunstâncias de maior vulnerabilidade (decorrentes da gravidade da sua doença de que acabou de ter conhecimento) ou por aquela que quer lutar contra quem já tenha como adquirido este território especial (neste caso o pai e o irmão), em virtude da igualdade e da liberdade que defende e que não sente existir na sua família. Esta busca pelo “território especial”, na semelhança da “terra prometida”, parece provocar mais ou menos conflitos, por vezes num jogo de alianças e coligações. Se a procura por um lugar especial pode ser resolvida através do estatuto e necessidades que a doença vem implicar no seio familiar, como na trajectória estética que descrevemos da Ana, o desejo de manutenção de um lugar especial pode provocar mais alianças e coligações por parte dos outros elementos que antes da doença reclamavam contra esta desigualdade,

como aconteceu na trajetória da Filipa (centrada no self). A luta contra um território especial de alguém, vem propor a ruptura de alianças já instituídas, o que pode reforçá-las ou então criar novas alianças e coligações, como parece ter acontecido na história da Matilde (trajetória relacional). Se na doença parece ser fácil haver um território especial para o doente, torna-se mais difícil assegurar este território para alguém antes, durante e após a doença e mais difícil ainda retirar este território privilegiado a alguém que já usufrua dele. A questão é que um território especial para todos, num determinado momento, se for definido na comparação com o dos outros, nunca existirá para todos, já que se alguém tem um território especial por comparação ao meu, eu deixo de o ter face ao outro. Apenas se for definido por si só, poderá haver um território especial para cada um, ainda que diferente para cada um... Talvez este território especial para cada um, por si só, só se possa obter por meio da diferenciação. O problema é que esta pode ter implicações no sentido de união familiar, como veremos de seguida.

5.2.3.3. União familiar: um “pau de dois bicos”?

Ao longo das diferentes narrativas, a união entre dois ou mais elementos é muitas vezes enfatizada, uma união que assume características especiais, havendo referência por parte de outros elementos ao irmão como braço direito da mãe, à irmã como estando sempre onde estiver a mãe, ao filho que parou o crescimento quando foi para a escola e se separou da mãe, à relação de dependência entre filha e mãe por causa de uma doença, à ligação especial entre a filha e o pai. Na literatura esta “união especial” tem sido denominada por “fusão” ou “emaranhamento”, pode também ser lida como forma de lealdade familiar, conceito proposto por White, e pode ser gerada pelo que Bowen denomina por falta de “diferenciação”. Ora este emaranhamento, esta lealdade, esta falta de diferenciação pode acarretar dificuldades ao nível da autonomia, a tarefa por excelência desta fase do ciclo vital das jovens e da família. Segundo Relvas (1996), “a função da família com filhos adolescentes é ajudar os indivíduos até aí dependentes a preparem-se para a autonomia” (p.145), num período de dilema social em que “con-vivem com a necessidade de dependência e de independência” (ibidem), sendo necessários movimentos de mudança co-evolutivos. A questão que se coloca é se para a recuperação é necessário o quebrar com esta união ou não. Como vimos através das trajetórias narradas, após a recuperação, algumas jovens relatam estarem todos unidos (ou ainda mais na família), continuando a filha a ser descrita como estando sempre onde a mãe estiver, a mãe a descrever muita dificuldade com a eventual independência dos filhos, o que nos leva a pensar

que a resolução do emaranhamento não é uma condição imprescindível para a recuperação, em termos, clínicos. Aliás, a super-presença dos familiares foi identificada pela maioria das ex-pacientes como algo importante para a recuperação. Mais uma evidência, prende-se com o facto dos familiares descreverem o seu funcionamento, após a recuperação através da FACES, num ponto em geral extremado de coesão. Contudo, se o emaranhamento nem sempre é um travão para a recuperação da Anorexia Nervosa, em sentido restrito, este emaranhamento pode obstaculizar a autonomia da jovem, que aparece ainda não atingida em algumas trajectórias. É aliás nas trajectórias relacionais, que a autonomia das jovens aparece mais caracterizada como uma mudança familiar, trajectórias essas que implicam movimentos de união e desunião entre os diferentes elementos, podendo inclusivamente terminar com rupturas familiares ou algum distanciamento entre os elementos, que possivelmente os fazem idealizar com mais coesão. Se um nível elevado de coesão pode ser importante para a fase inicial da recuperação, a coesão pode ter de ser sacrificada em prole da diferenciação, condição necessária para que a família resolva eficazmente a tarefa desenvolvimental que tem a cargo. As histórias mostram-nos contudo que é possível adiar esta resolução, sem impedir a recuperação, em sentido restrito, mas impedindo a transformação familiar no sentido da autonomia. Esta autonomia implica conquista, luta, oposição algo difícil de se conseguir num nível elevado de coesão, onde não há lugar para o conflito.

5.2.3.4. O Conflito na família: fonte de rupturas e/ou de evolução?

Em muitas destas famílias assistimos à apologia do evitamento de conflitos, conforme descrito por Minuchin. Pais que afirmam que nunca discutiram entre si, maridos ou mulheres a dizerem que preferem ficar com a culpa do que entrar em luta, foram afirmações que fomos recolhendo ao longo das entrevistas, sendo encarado o conflito como fonte de ruptura e não de construção. Segundo Relvas, o conflito na etapa da família com filhos adolescentes, em vez de fonte de rupturas pode ser uma fonte de crescimento, já que “não havendo dentro da família com o que se confrontar não haveria conflito, mas também não haveria possibilidade de crescimento saudável” (Relvas, 1996, p. 167). Talvez por isso a Anorexia Nervosa possa ser lida enquanto movimento saudável pela autonomia, ao trazer pela primeira vez um determinado nível de conflito para a cena familiar, indispensável para a revisão da vida familiar. A forma da família reagir a este conflito, parece poder comprometer mais ou menos o “crescimento saudável”. Em muitas famílias, em vez de haver desde logo uma flexibilização relacional e da aceitação e gestão do conflito, há tentativa de anulação

por meio da permissividade absoluta ou por meio da repressão extrema do conflito. Para que haja recuperação é necessário que esta permissividade ou esta repressão se transformem em medidas de flexibilidade. Ainda assim, parece que nas famílias que descrevem trajetórias em que conseguiram lidar mais tempo com o conflito, são também descritas mais transformações familiares, nomeadamente ao nível da aceitação da autonomia dos filhos, ainda que algumas transformações familiares sejam no sentido da ruptura. Haverá porventura um ponto óptimo de conflito, parecendo que a sua ausência pode inibir a capacidade da família de evoluir, e a sua existência pode permitir à família transformar-se. Nas famílias em que são descritas rupturas entre determinados elementos são também descritas formas de evitamento de conflitos por algum dos elementos destas díades, o que nos indicia que talvez não seja o conflito em si que leve à ruptura mas o seu constante evitamento por parte do outro.

5.2.3.5. O sistema cria/resolve o problema ou o problema cria/"resolve" o sistema?

Com a emergência das abordagens pós-modernas, em vez de se achar que "o sistema cria o problema", começa-se a defender que é "o problema que cria o sistema", ou seja, em vez de se considerar que o sistema tem um efeito nefasto sobre os seus elementos, desencadeando um sintoma, considera-se que é o sintoma que cria determinadas regras segundo as quais o sistema passa a funcionar. Provavelmente estas são apenas duas pontuações possíveis para o mesmo fenómeno, dois olhares possíveis sobre a mesma realidade que pontuam a sequência de acontecimentos de forma diferente e parecem ilustráveis pelas entrevistas. Se determinados sistemas evidenciam fusão entre os diferentes elementos podendo esta fusão contribuir para o aparecimento do sintoma do paciente, outras famílias parecem ficar ainda mais unidas em torno do sintoma, já que este lhes cria novas regras. E esta dupla visão reproduz a encruzilhada em que a terapia familiar hoje se encontra, "numa encruzilhada entre aqueles que entendem a organização familiar em termos de alianças de poder e comportamentos encadeados funcionalmente e os que consideram a família como um sistema de crenças repartido no qual o sintoma tem sentido" (Anderson & Goolishian, 1988, p.383). Ora a ser verdade que tanto o sistema pode influenciar o aparecimento do problema, como o problema pode influenciar o funcionamento do sistema, coloca-se a questão se também o sistema pode influenciar a resolução do problema e se a resolução do problema pode influenciar o funcionamento do sistema. Através das narrativas analisadas, concluímos que se o sistema, através das suas movimentações (no sentido da rigidificação ou da flexibilidade, da descoordenação ou da coordenação) parece influenciar o curso da

recuperação (mais complexa e longa ou mais linear e curta), a resolução do problema parece permitir à família a adopção de novas regras, onde, por exemplo, cada um já pode ter a sua opinião e todos possam voltar a “falar” como dantes.

Ficamos por saber o sentido da influência, parecendo tal ser menos relevante do que a possibilidade desta dupla pontuação que torna este fenómeno circular, mais complexo mas também mais plural, passível de vários percursos, de várias narrativas que podem ser mais ou menos úteis.

5.2.4. Imaginando a Anorexia Nervosa enquanto acto político...

5.2.4.1. Qual a semelhança entre a Anorexia Nervosa e uma greve de fome política?

Entende-se por greve de fome a cessação voluntária da alimentação por parte de um indivíduo, normalmente como forma de protesto político. A greve de fome é um método de resistência pacífica que existe há séculos por meio do qual a pessoa deixa de consumir alimentos e até líquidos, até que suas reivindicações sejam atendidas. Gandhi (1869-1948) foi o mais famoso líder político a praticar a greve de fome, primeiro pela independência da Índia e, mais tarde, pela união de hindus e muçulmanos. Ficaram famosas também as greves das sufragistas no começo do século 20, que lutavam pelo direito ao voto das mulheres no Reino Unido e nos Estados Unidos. Muitas morreram ao serem alimentadas à força nas prisões. Já durante a era Bush, presos de Guantánamo em greve de fome foram alimentados utilizando-se uma sonda nasal que ia até o estômago, o que foi caracterizado como tortura. Haverá alguma semelhança entre estas histórias e as histórias que analisei? Efectivamente, muitas das histórias parecem consistir em métodos de resistência pacífica em prole de determinados ideais. Se olharmos para o que está oculto, conforme fizemos nas três histórias seleccionadas na parte reservada à meta-visão do investigador, parece que tal como Gandhi que optou pela greve de fome, dado o seu elevado “apetite” por liberdade/independência e por união/igualdade, também a jovem Ana parece ter iniciado uma resistência pacífica face à mãe, numa luta por atenção, a Filipa numa luta pela protecção/ segurança dos pais e a Matilde numa fome pela liberdade/justiça em relação ao pai, através da mãe. Se assim for, tenderemos a olhar para a Anorexia Nervosa como um acto político de luta pela justiça onde haja um território para todos, onde haja um território seguro para todos, onde haja um território livre e justo para todos. Um acto político está quase sempre carregado de sentido e reivindicação de direitos. O direito à atenção parece ser um dos primeiros direitos

fundamentais do homem, um direito quase sempre fácil de adquirir com recurso à greve de fome. O direito à segurança e protecção apesar de implicar outros meios é muitas vezes um direito que os outros acabam por consentir salvaguardar. Finalmente, e mais complexo, o direito à liberdade e justiça, implica provavelmente uma greve de fome mais radical já que implica por parte do meio envolvente uma revolução em termos de relações. Ainda assim, historicamente foi um direito que foi sendo concedido implicando esta medida tão drástica quanto pacífica, tão política quanto pessoal. Um acto político compreende em si meios adequados para alcançar determinados efeitos desejados, implicando arte de conquistar, manter e exercer poder. E é provavelmente com este poder que familiares, terapeutas, amigos têm de lidar quando se defrontam com este fenómeno.

5.2.4.2. Devemos tratar ou entrar em negociações com um idealista político? E como negociar?

Se a Anorexia Nervosa pode ser lida enquanto acto político, como poderemos denominar à pessoa com Anorexia Nervosa? Talvez seja alguém que desempenha um papel político, baseado nos seus ideais, ideais esses que residem na sociedade, podendo assim o terapeuta deparar-se não com uma anoréctica mas com um idealista político, acérrimo, convicto, disposto a lutar pelos seus ideais, através da luta que decidiu travar, baseada na alimentação, pouco disposto a ser demovido, com um lado superior e agressivo, típico dos líderes políticos e outro lado mais faminto de aprovação e mudança. A questão que se coloca é a seguinte: se a Anorexia Nervosa pode ser encarada como um acto político de resistência pacífica em prole da reivindicação de determinados direitos, como intervir com um idealista político. Se em algumas situações, poderemos tentar demovê-lo da sua luta através da demonstração do nosso amor e compreensão incondicional, noutras situações tentar demover alguém do seu ideal ainda poderá tornar esta luta mais fervorosa, tornando-se imperioso iniciar negociações. Andersen & McShane (2006) a partir da sua prática clínica alertam precisamente para este perigo, dos clínicos encararem a Anorexia Nervosa como uma entidade externa à pessoa que deve ser combatida pela própria, explicando que por vezes quanto mais lutarmos contra a Anorexia Nervosa mais resistente esta fica aos esforços clínicos. Deste modo, os autores propõem uma abordagem diplomática, o que implica em primeiro lugar explorar comunalidades entre a pessoa e a Anorexia Nervosa. Os terapeutas propõem que se mostre o devido respeito perante a Anorexia Nervosa, afinal de contas não é o mínimo que alguém que decide fazer uma greve de fome pretende? E só depois perceber e negociar entre as

partes envolvidas. Estes autores propõem apenas a negociação entre a jovem e a Anorexia Nervosa. Talvez esta negociação se pudesse estender à família, já que esta terceira parte que poderá estar disposta a ceder em algo, da mesma forma que a jovem, da mesma forma que a Anorexia Nervosa. O papel do terapeuta seria o de mediador das partes, procurando perceber as reivindicações de cada parte, aquilo que estão ou não dispostos a ceder, com vista a um acordo conjunto onde já possa haver lugar para este cessar-fogo, num território exterior a qualquer uma das partes.

PARTE III

Conclusão

*Um poema inacabado
É como um filho por fazer
É como um beijo com sabor a sal
Um poema inacabado
É o caminho por onde vou
É o trilho que eu quero seguir
Um poema inacabado
É aquilo que eu não sou
É o amor que não ameí
Um poema inacabado
É o grito que eu caleí
As palavras que não faleí
Os amores que eu ameí
Um poema inacabado
É a diferença inaceitável
É a confusão descontrolada
Um poema inacabado
É a vida que não vivi
Aquilo que não fui
Aquilo no que me transformei
Um poema inacabado
É o meu nome talvez...*

(Angela Monforte in *Palavras à Solta*)

1.1. O final de histórias (in)acabadas

Mesmo perante a impossibilidade de se acabar um poema, um nome, uma história, um estudo, há que definir-lhe um fim.... E apesar das questões inacabadas com que terminamos este estudo, consideramos que a investigação realizada permitiu desenvolver novos contributos para o corpo de conhecimentos existente no domínio da Anorexia Nervosa. Deste modo, colocaremos em evidência 6 principais contributos para a inteligibilidade do fenómeno:

1) A Anorexia Nervosa não é um fenómeno único mas antes um fenómeno múltiplo.

Se para algumas jovens está associado à relação com o corpo (Fenómeno estético), iniciando-se com o desejo de serem magras que conduz a uma restrição alimentar consciente e voluntária, para outras jovens o fenómeno está associado a características/estados psicológicos que actuam na definição de si próprias (Fenómeno centrado no self), pelo que a restrição alimentar, apesar de emergir de forma inexplicável, adquire um significado inscrito numa dinâmica pessoal de redefinição das características pessoais. Para outras jovens o fenómeno da Anorexia Nervosa está associado a desafios relacionais com que se confrontam (Fenómeno

relacional), ocorrendo o início da restrição alimentar de forma aleatória ou inexplicável e ganhando depois um significado relacional. A Anorexia Nervosa adquire assim diferentes matizes de um continuum que vai desde a centração na imagem corporal até à centração nas dinâmicas relacionais.

2) Existem diferentes trajectórias de recuperação possíveis, que levam a diferentes resultados ao nível da organização pessoal e familiar.

As trajectórias de recuperação vão assumir diferentes configurações, dependendo do tipo de fenómeno em que se centram: estético, relacional ou centrado no self. Estas diferentes configurações, ainda que com pontos comuns, estão também associadas a dinâmicas familiares diferentes. Assim, recapitulemos as diferentes trajectórias de recuperação:

- a) As **trajectórias estéticas** assumem uma configuração linear. Apenas com acompanhamento médico, as jovens após admitirem o problema, decidem seguir o plano alimentar, com o controlo dos pais ou sem a interferência destes na alimentação, mas contando sempre com a sua presença. Neste sentido, constata-se que, em média, no período temporal de um ano, o estado das jovens deixa de corresponder aos critérios clínicos subjacentes ao diagnóstico de Anorexia Nervosa. Nestas trajectórias de recuperação afigura-se como não necessário para o desaparecimento do sintoma, quaisquer transformações e reorganizações do sistema de regras familiares.

- b) As **trajectórias relacionais** assumem uma configuração mais longa e sinuosa. Após as jovens experimentarem um período de depressão, em que deixaram de acreditar na vida e até de querer viver, as jovens decidem agarrar-se à vida ou lutar contra a morte. Algumas decidem seguir o plano alimentar para perseguir um objectivo pessoal que lhes permitirá mudar algo nas suas vidas, outras optam por comer descontroladamente para evitar a morte. Seguidamente, a recuperação implica uma nova etapa em que as jovens decidem arriscar novas experiências ou investir em novos desafios onde se põem à prova. Esta fase de experiências é acompanhada de altos e baixos alimentares, sendo a recuperação do peso uma recuperação sinuosa e não linear. Só depois se segue uma fase em que as jovens sentem que se tornaram capazes de se relacionar de forma diferente com elas próprias e com os outros, nomeadamente com os familiares. Nestas trajectórias, a recuperação da jovem aparece imbricada nas transformações familiares. O sistema familiar move-se ao longo da trajectória num sistema de alianças e

coligações até transformarem o seu sistema de regras, passando a respeitar mais o espaço de cada um, o que coincide com a etapa da recuperação em que as jovens começam a sentir que já definem por si próprias o seu sistema de referências e são capazes de se afirmarem e serem protagonistas da sua vida.

- c) As **trajectórias centradas no self** são trajectórias de recuperação híbridas. Após um período de isolamento ou depressão, as jovens decidem seguir o plano alimentar após admitirem que estão doentes ou para perseguirem um objectivo pessoal. O sucesso académico assume nestas trajectórias uma grande importância como forma de incentivo à recuperação. Se os pais, num primeiro momento, investem em controlar o comportamento alimentar, depois decidem não interferir, coordenando-se nesta missão. Associada a esta crescente flexibilização dos pais, está o adquirir de maior flexibilidade por parte das jovens ao nível das suas características pessoais, nomeadamente o perfeccionismo e auto-crítica/auto-exigência. As jovens tornam-se mais flexíveis, decidindo aceitarem expectativas para si próprias menos exigentes, tornando-se capazes de retirar prazer de experiências que até aí não conseguiam. Nalgumas destas trajectórias a autonomização das jovens em relação aos seus familiares parece ainda não estar resolvida, ficando por desvendar como esta autonomia é conquistada.

3) A recuperação não é sempre um processo rectilíneo, após um momento de viragem, mas antes uma trajectória composta por um conjunto de *momento poéticos* que vão actuando ao longo do tempo.

Ao analisarmos as trajectórias das jovens pudemos perceber que a recuperação não é sempre um processo rectilíneo após um momento de viragem. Se nas trajectórias estéticas parece assumir muita importância o momento em que as jovens admitem o problema, a partir do qual começam a seguir um plano alimentar, nas trajectórias relacionais a recuperação é composta por um conjunto de momentos poéticos que ocorrem antes do início da recuperação, durante a recuperação dos indicadores clínicos de diagnóstico, e após a recuperação destes, ou seja, com a alta médica ou após esta. Para que a recuperação se inicie parecem ser importantes (a) não só os momentos em que as jovens sentiram a expressão directa dos afectos por parte dos outros significativos, nomeadamente familiares; como também (b) o confronto com a atitude de desistência de algum familiar relativamente a si próprias ou com a possibilidade de morte ou outra doença iminente, assim como (c) os momentos em

que sentiram prazer/mestria. Durante a recuperação os momentos em que as jovens decidiram comer ou ganhar mais peso sem se sentirem mal por isso, ou que arriscaram entrar em novos contextos de pares parecem ser cruciais para o desenrolar da recuperação. Após a recuperação propriamente dita, aparecem como relevantes aqueles momentos em que as jovens experienciam um maior nível de aceitação do seu self e descobrem que são autoras e as principais protagonistas das suas narrativas de vida.

4) Ao longo do processo de recuperação, os factores que favorecem a mudança vão variando.

A literatura tem-se ocupado do estudo dos factores de recuperação para a Anorexia Nervosa, contudo, tem evidenciado resultados contrastantes em que os mesmos factores assumem-se como úteis e como pouco úteis para diferentes participantes. Esta investigação permite dar mais algumas respostas, procurando localizar os factores de recuperação ao longo da trajectória e perceber de que forma foram úteis.

Assim, se antes do início da recuperação, o terapeuta e a família parecem ter um papel preponderante neste processo fornecendo apoio e, simultaneamente, responsabilizando a jovem, a fé e o confronto com a morte parecem constituir outros dos factores coadjuvantes. Outros factores coadjuvantes no processo de recuperação propriamente dito parecem emergir através da disponibilização por parte da família de um maior nível de liberdade à jovem, assim como o movimento do terapeuta alicerçado em reforços e incentivos. Ao nível da rede de pessoas e experiências significativas, os amigos começam a ter um importante papel, bem como a mudança de contexto ou o investimento/sucesso académico. No final da recuperação, as jovens enfatizam o papel do namorado ao aceitá-las incondicionalmente e ao enfatizar a sua participação em actividades de lazer bem como a mudança de contexto que lhes permite recomeçar a vida mais distanciadas do estigma da doença.

5) A forma como os familiares concebem o fenómeno parece influenciar a forma como actuam, que por sua vez, parece influenciar o curso e o resultado da trajectória de recuperação.

Esta investigação coloca em evidência como a dinâmica familiar pode influenciar o curso e o resultado da trajectória da recuperação. Assim, ao analisarmos as trajectórias percebemos que nas trajectórias relacionais o envolvimento das famílias

no sintoma parece ser mais claro para os próprios, sendo estas famílias que têm um maior nível de transformação. Este envolvimento das famílias no sintoma, parece ser o espelho não só das suas acções, como também das suas concepções, já que é nestas trajectórias relacionais que os pais colocam hipóteses sistémicas para o problema, envolvendo-se desde logo na concepção do seu aparecimento. Contrariamente, nas trajectórias estéticas e centradas no self os familiares não se incluem na concepção do problema, não se responsabilizando nem pela emergência do sintoma nem pelo que acontece ao longo da trajectória de recuperação e, deste modo, o sistema familiar não é protagonista de quaisquer transformações ao nível da estrutura de regras pelo qual se organiza. Não obstante esta falta de estabelecimento de conexão entre as acções familiares e o sintoma por parte dos próprios, os familiares são considerados pelas ex-pacientes, em todas as trajectórias de recuperação, como parte activa neste processo de recuperação.

6) As trajectórias de recuperação estéticas, centradas no self e relacionais parecem estar associadas a diferentes macro-narrativas dominantes que são veiculadas pelos sistemas familiares de forma mais tácita ou directa, influenciando o processo e o resultado da mudança na jovem e na família.

As três trajectórias de recuperação encontradas parecem configuradas em torno de diferentes macro-narrativas. Nas narrativas estéticas, o discurso das participantes parece saturado da macro-narrativa dominante que veicula um ideal de beleza física. Assim, estas entrevistadas caracterizam o fenómeno como centrado no desejo de serem mais magras e recheiam os seus discursos de atributos físicos. Este ideal de beleza parece ser veiculado pelos familiares de forma tácita, ainda que não de forma directa. É frequente nas entrevistas os pais também fazerem muitas referências a aspectos de natureza física ainda que explicitem, simultaneamente, que as jovens não se tenham de preocupar em relação a estes. Perante a impossibilidade da jovem de descodificar este duplo discurso nos familiares, não há lugar à activação da tensão entre a família e a jovem. Este nível baixo de tensão entre a jovem e o sistema familiar, não o interpela a modificar-se, já que não promove colisões entre os elementos que os levem a experimentar uma nova reorganização. A viabilização da narrativa individual da jovem passa pela aceitação da discrepância entre o corpo percebido e o corpo ideal, que passará a ser o foco da recuperação

Nas narrativas centradas no self parece ser dado um grande ênfase pelas jovens a ideias de mestria, perfeição e performance. Este ideal de perfeição parece ser veiculado pelos familiares, mais uma vez, apenas de forma tácita. Perante a

impossibilidade da jovem descodificar este discurso nos familiares, a tensão que se cria é entre a discrepância do que a jovem percebe em si (na sua performance, nomeadamente académica) e o ideal que pretende atingir proveniente, mais uma vez e aparentemente, apenas das macro-narrativas. Perante a inexistência de uma discrepância explícita no sistema familiar, há um nível baixo de tensão no sistema que não o interpela, mais uma vez, a modificar-se. Assim, a recuperação passa pela negociação directa da jovem com este ideal, que implica a relativização deste ideal pela descoberta de novos interesses que carecem de performance, após a confirmação das suas capacidades de mestria numa área da sua vida.

Nas narrativas relacionais os discursos das jovens estão saturados de elementos da macro-narrativa do individualismo, da liberdade e justiça. Estes discursos parecem ser veiculados pelos familiares de forma directa. Contudo, esbarram com regras de funcionamento do sistema familiar contraditórias, levando a que a jovem interpele a família para a resolução desta discrepância. Perante uma presença explícita da macro-narrativa no contexto familiar, associada ao reconhecimento de discrepâncias entre as práticas e os discursos do sistema, a jovem interpela a família, através do sintoma, a rever o seu sentido de coerência. Este movimento de interpelação sustenta o aumento do nível de energia no sistema, gerando colisões entre os elementos. A recuperação passa pela transformação familiar ao nível do seu sistema de regras em negociação com os ideais veiculados pela macro-narrativa dominante, da qual o sistema familiar se assume como porta-voz directo.

A figura que se segue permite colocar em relação o tipo de trajectória, a natureza da macro-narrativa que a influencia, a natureza da mudança e o “nível de energia no sistema familiar”²² associados, assim como os diferentes elementos moduladores dos diferentes estados energéticos no sistema.

²² Conceito criado para esta dissertação e explicado pela investigadora na discussão dos resultados

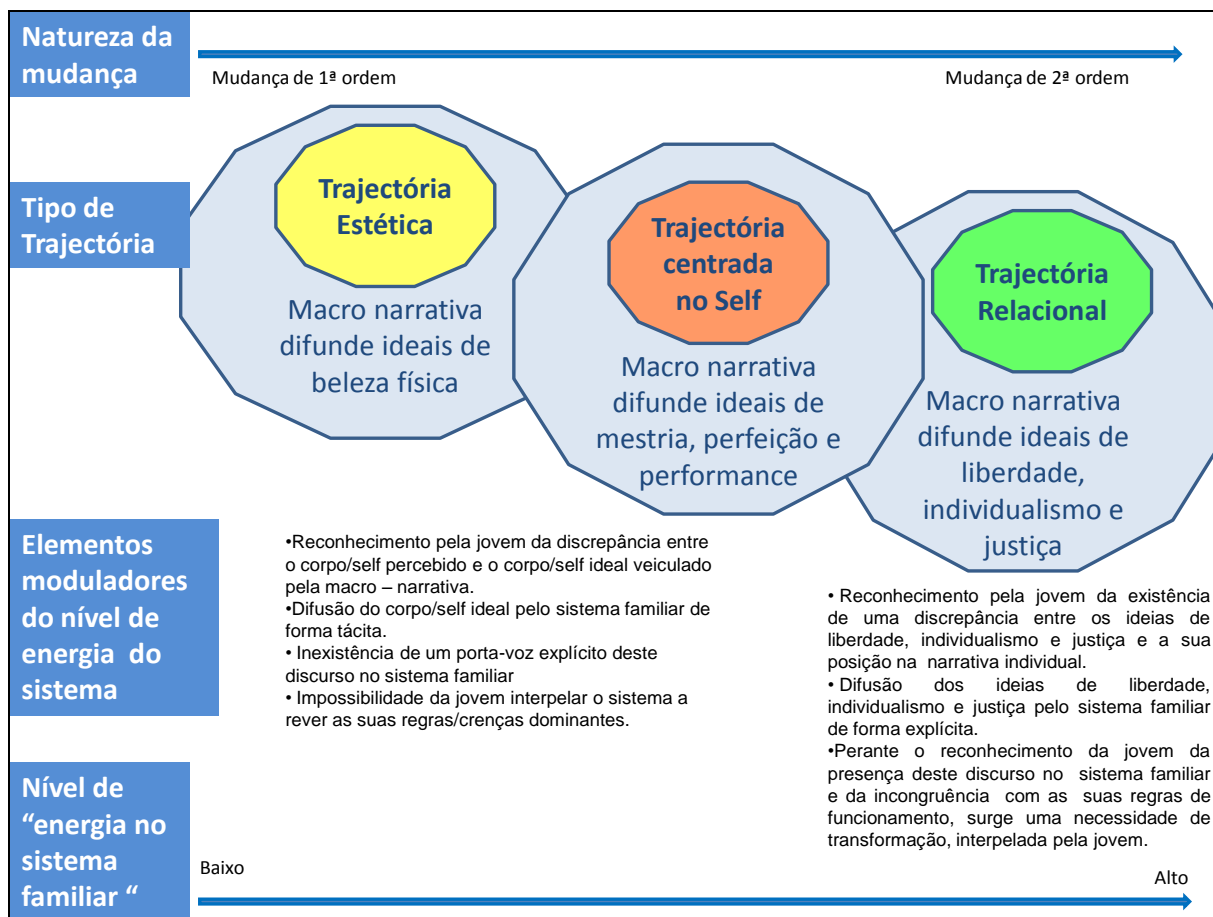


Figura 64. As trajetórias de recuperação e o nível de energia no sistema familiar na relação com as macro-narrativas dominantes

Como a figura ilustra, as diferentes trajetórias parecem configuradas em redor de diferentes macro-narrativas dominantes, que são mais ou menos explicitadas nos discursos e regras de funcionamento familiares. Perante uma presença apenas difusa e tácita da macro-narrativa no contexto familiar, o nível de tensão familiar mantém-se baixo, apenas interpelando a jovem a solucionar ela própria a discrepância entre o seu corpo/self real e o seu corpo/self ideal. Perante uma presença explícita da macro-narrativa no contexto familiar, associada ao reconhecimento de discrepâncias entre as práticas e os discursos do sistema, a jovem interpela a família, através do sintoma, a rever o seu sentido de coerência. Este movimento de interpelação sustenta o aumento do nível de energia no sistema, gerando colisões entre os elementos. A recuperação passa pela transformação familiar ao nível do seu sistema de regras em negociação com os ideais veiculados pela macro-narrativa dominante, da qual o sistema familiar se assume como porta-voz directo.

Em suma, este estudo da recuperação a partir das ex-pacientes e seus familiares permite aos clínicos não só uma ilustração das etapas críticas que estão presentes num processo de mudança, mostrando ainda possíveis conexões destas etapas com a

dinâmica familiar que se desenvolve, como também uma leitura da dinâmica da doença/recuperação à luz das macro-narrativas culturais dominantes que constroem as regras/crenças pelas quais se regem as famílias, que por sua vez influenciam a forma de funcionamento de cada elemento. Estes resultados possibilitam uma maior compreensão do processo de mudança, um processo complexo, de primeira ou segunda ordem, e talvez sempre inacabado, numa constante relação recursiva com os meso e macro-sistemas.

1.2. Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros

Este trabalho de investigação, enquanto estudo de natureza qualitativa, não tem qualquer pretensão de generalização dos resultados. As trajetórias de recuperação apresentadas foram delineadas a partir de uma pequena amostra seleccionada (23 jovens e 10 famílias), carecendo de valor de generalização. Esta constitui obviamente uma limitação deste estudo, que apesar de construir uma teoria acerca da recuperação, carece de verificação numa amostra de tamanho superior e seleccionada sob determinados critérios de homogeneidade e heterogeneidade. Ainda assim, apesar desta impossibilidade de generalização, tendo em conta que, como afirmou Carl Rogers (1977), o que o ser humano tem de mais pessoal é o mais universal, cremos que determinados aspectos críticos das experiências pessoais dos entrevistados podem ser bons ilustradores de processos de mudança.

Outra limitação deste estudo foi a fraca adesão das famílias, o que pode ter constituído um viés, já que possivelmente aceitaram participar as famílias que ultrapassaram melhor por todo este processo de mudança. Ainda assim, pensamos que é através de casos bem sucedidos que podemos aceder a “processos de mudança tipo” que configurem metas para outros casos que atravessam dificuldades. Uma outra limitação do estudo foi o facto de apenas em 4 das 10 famílias entrevistadas terem sido entrevistados irmãos das ex-pacientes, o que não permitiu desenvolver o papel dos irmãos ao longo das trajetórias, algo que se assume como relevante na medida em que foi possível perceber pelos resultados como o aparecimento do sintoma surge muitas vezes na sequência de uma mudança familiar que envolve o irmão, e como os irmãos têm especial saliência na família. Seria interessante num estudo futuro privilegiar o estudo dos irmãos, um tema tão negligenciado na investigação.

Para o estudo da recuperação, optou-se pela análise dos discursos das próprias e dos seus familiares, não se envolvendo outras pessoas significativas para a recuperação.

Num estudo futuro poderia ser interessante estudar a recuperação a partir de todos os actores identificados como úteis pela ex-paciente (incluindo o terapeuta, o namorado, os amigos).

Esta investigação baseia-se no estudo da dinâmica familiar ao longo da trajectória também a partir dos discursos retrospectivos da família, tendo a limitação de não ter analisado a sua dinâmica efectiva ao longo da trajectória. Seria interessante que estudos futuros procurem estudar a recuperação do ponto de vista familiar ao longo da própria recuperação da jovem, acompanhando as famílias e analisando as suas dinâmicas. Apesar desta ter sido uma limitação deste estudo, permitiu perceber como espontaneamente as famílias se *movimentam* ao longo da recuperação, já que nenhuma família entrevistada foi acompanhada em terapia familiar.

Seria interessante que estudos futuros se debruçassem sobre trajectórias de recuperação espontânea, ou seja, de jovens que nunca foram tratadas, para analisar diferenças e comunalidades.

Seria igualmente interessante que estudos futuros explorassem se durante a recuperação (e não apenas retrospectivamente), as pacientes adoptam diferentes concepções sobre o fenómeno e se estas diferem das encontradas neste estudo, o que pressuporia estudar a recuperação a partir de pacientes em diferentes fases da trajectória.

Uma das grandes dificuldades desta investigação foi a de tornar o método de investigação condizente com os pressupostos do estudo, pressupostos sistémicos e construtivistas. Neste sentido, o estudo pretendeu recolher a visão das ex-pacientes sobre a recuperação, a visão dos familiares sobre a trajectória da ex-paciente e da família ao longo da recuperação e a visão da investigadora sobre a visão das ex-pacientes e dos seus familiares, procurando a negociação e co-construção de significados. Ainda assim, para que esta investigação fosse circular, seria interessante analisar a visão dos terapeutas sobre a visão das ex-pacientes e seus familiares e, por sua vez, a visão destes últimos sobre a visão dos terapeutas. Teria sido também muito interessante ter incluído nesta investigação a visão dos entrevistados sobre a meta-visão do investigador sobre as visões partilhadas. Adicionalmente, poderia ter sido interessante perceber o impacto que estas narrativas de recuperação de ex-pacientes poderiam ter em pacientes e seus familiares.

Finalmente, e apontando para outra limitação deste estudo, esta investigação foi conduzida com uma amostra heterogénea em termos de tempo de recuperação, podendo ser interessante a continuação deste estudo com as participantes num momento posterior, a fim de se analisar não só as suas construções sobre o fenómeno

e trajetórias de recuperação, como analisar novas mudanças ocorridas nas próprias e nas famílias após este primeiro momento de recolha de dados.

Apesar de todas as questões que esta dissertação levanta, que poderão ser alvo de estudos futuros, e uma vez que a recuperação é o fim último de qualquer intervenção clínica, esta investigação poderá servir aos clínicos não apenas como forma de compreensão dos processos de mudança na Anorexia Nervosa mas também como forma de fundamentar determinadas opções terapêuticas, nomeadamente uma intervenção mais minimal, baseada numa intervenção médica/nutricional, ou mais abrangente, que englobe intervenção familiar e/ou um processo terapêutico específico. Pode ainda fundamentar a opção por uma intervenção médica mais minimal, complementada no final da recuperação com alguma intervenção familiar no sentido de apoiar a autonomização da jovem, que nas trajetórias estéticas parece ficar por realizar. Parece também fundamentar a opção por uma abordagem mais abrangente quando o nível de “energia” familiar, conforme definido anteriormente, se torna elevado.

Estes resultados também colocam a nu a necessidade do papel do terapeuta, dos pais, dos amigos ser ajustado à fase da trajetória pela qual as jovens estão a passar, ou seja, a título de exemplo, se nalgumas trajetórias numa fase inicial foi importante o terapeuta não ter dado demasiada importância à paciente, numa fase posterior foi importante o terapeuta reforçar os progressos e incentivar e numa última fase foi importante o terapeuta devolver o protagonismo à paciente mostrando a vida como uma rede de caminhos que ela pode tomar. Os resultados alertam ainda os terapeutas e os familiares para o facto de diferentes estratégias poderem ser úteis para diferentes pacientes, ou seja, se para algumas pacientes foi importante os pais controlarem a alimentação (muitas vezes o elemento anteriormente menos próximo da P.I.), para outras foi importante os pais não interferirem na alimentação, se para algumas pacientes é importante o terapeuta respeitar o ritmo natural de mudança, para outras foi importante ser mais interventivo e definir objectivos. Com efeito, parece não haver uma solução única mas um conjunto de estratégias que têm de ser ponderadas face às já usadas, face ao momento a trajetória e até face à concepção que as jovens e familiares vão construindo acerca do fenómeno.

Os resultados desta investigação mostram ainda ao clínico a importância dos factores extra-terapêuticos para o sucesso da própria terapia bem como enfatiza a importância da família para a recuperação. O envolvimento dos familiares no trabalho terapêutico ganha com este trabalho um duplo sentido, já que legitima o papel da família como aliado da intervenção, conforme proposto por exemplo pelo modelo de Maudsley, em que a família é instruída pelo terapeuta a lidar de determinada forma com o

comportamento alimentar, bem como o da família como alvo de intervenção, em que se assume a recuperação enquanto resultado da transformação familiar.

Por último, esta investigação permite lançar uma nova possibilidade terapêutica aos clínicos, ao mostrar a inter-relação entre as macro-narrativas dominantes, veiculadas pela família e as trajetórias de recuperação associadas. Assim, vem enfatizar a importância do terapeuta poder descodificar as macro-narrativas que circulam nos nichos conversacionais das pacientes como forma de promover a sua negociação com os respectivos porta-vozes.

Apesar de toda esta investigação se ter baseado num olhar retrospectivo da trajetória que claramente influenciará a forma como são expostos os olhares vislumbrados ao longo da trajetória, parece evidente que as narrativas dos que concebem o fenómeno como estético são diferentes das narrativas dos que concebem o fenómeno como relacional. Poderíamos dizer que estas diferenças podem apenas revelar diferentes pontuações da realidade, face à concepção que construíram. A questão é se pontuar de forma diferente a realidade já não é torná-la diferente? E se esta realidade não obrigará por sua vez a uma nova leitura da realidade, num ciclo recursivo e circular. A ser verdade, para investigarmos um fenómeno como a recuperação, um fenómeno que flui e que se constrói e se vai construindo, teremos de nos debruçar sobre aquilo a que Bruner denominada por “facção”, uma terra de ninguém, entre o factual e o ficcional, onde procuramos aceder ao factual através das narrativas “faccionadas” dos participantes, que são materiais em construção, inacabados, eventualmente diferentes dos que seriam construídos noutra tempo e lugar, mas ainda assim representativos de uma realidade possível.

Em derradeira linha de análise, e atendendo a que todas as histórias se encontram inacabadas, resta expressar um desejo para o futuro: Que este trabalho seja um bom aliado para os investigadores, clínicos, familiares e pacientes, que lhes permita criar ordem e desordem nas suas vidas, para que todos possamos evoluir...

Referências bibliográficas

- Abreu, C.N., & Roso, M. (2003). Cognitivismo e construtivismo. In C.N. Abreu & M. Roso (Eds.), *Psicoterapias cognitiva e construtivista: Novas fronteiras da prática clínica* (pp.35-50). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ahern, A., Bennett, K., & Hetherington, M. (2008). Internalization of the ultra-thin ideal: Positive implicit associations with underweight fashion models are associated with drive for thinness in young women. *Eating Disorders*, 16, 294-307.
- Alexander-Mott, L. & Lumsden, D. B. (1994). *Understanding eating disorders*. Washington, DC: Tailor & Francis.
- Alexandre, M.I. (2010). *Estudo qualitativo sobre mudança e processo terapêutico: Narrativa, mal-estar e interação terapeutas-clientes em intervenção sistêmica* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Amant, K.A. (2007). *A systematic review of the treatment for Anorexia Nervosa in adolescents: The search for evidence-based practice* (Tese de doutoramento). Disponível no ProQuest Dissertations. (UMI Number: 3293110).
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with Eating Disorder (3ª ed.). *American Journal of Psychiatry*, 163(7, Suppl.), 4-54.
- Ametller, L., Castro, J., Serrano, E., Martínez, E., & Toro, J. (2005). Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: Prediction of hospital admission. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 394–400.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Andersen, A. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Andersen, A., & McShane, M.J. (2006). How I Practice: Similarities Between Recovery from Anorexia Nervosa and Resolution of Geopolitical Conflict. *Eating Disorders*, 14(4), 341-347.
- Andersen, A.E., Bowers, B., Watson, T. A. (2001). Slimming program for eating disorders not otherwise specified: reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 271-280.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- Andersen, T. (2007, Março). Comunicação apresentada no *Seminário de Terapia sistêmica* com Tom Andersen, Marcelo Pakman e John Shotter, Instituto de psicoterapia, Santiago de Compostela.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.

- Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. [homepage na Internet]. Illinois: *Treatment and recovery*; c2005. Disponível em <http://www.anred.com/tx.html>.
- Anthony, W. (1993). Recovery from Mental Illness: The guiding vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
- Araújo, M.X., & Henriques, M.R. (2011). Que “diferença faz a diferença” na recuperação da anorexia nervosa? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(2), 71-76.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging Adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arnett, J.J. (2006a). Emerging Adulthood: Understanding the New Way of Coming of Age. In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 3-19). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Arnett, J.J. (2006b). The Psychology of Emerging Adulthood: What Is Known, and What Remains to Be Known? In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 303-330). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: Tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Barbetta, P., & Pakman, M. (s/d). Anorexia hysterica: La identidad y la cualidad equívoca de la comunicación humana. Disponível em <http://www.itfrj.com.br/pdf/anorexia.pdf>.
- Bardone, A. M., Perez, M., Abramson, L. Y., & Joiner, T. E. (2003). Self-competence and self-liking in the prediction of change in bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 361–369.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, T.E. & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Beavers, W.R. (1982). Healthy, midrange and severely dysfunctional families. In F. Walsh, *Normal family processes*. New York: The Guilford Press.
- Beresin, E.V., Gordon, C., Herzog, D.B. (1989). The process of recovering from anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 17, 103-130.
- Besse, J.-M., & Boissière, A. (1998). *Précis de philosophie*. Paris: Nathan.
- Bertalanffy, L. (1975). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes e las ideas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Botella, L. (2000). *Personal construct psychology, constructivism and postmodern thought*. Disponível em <http://www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/Construc.htm>

Bowers, W.A., & Andersen, A.E. (2007). Cognitive-Behavior Therapy with eating disorders: The role of medications in treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(1), 16-28.

Bowers, W. A., & Ansher, L.S. (2008). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Changing Eating Disorder Symptoms and Psychopathology of 32 Anorexia Nervosa Patients at Hospital Discharge and One Year Follow-Up. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2): 79-86.

Bowers, W.A., Evans, K., le Gange, D., & Andersen, A.E. (2003). Treatment of adolescents eating disorders. In M.A. Reinecke, F.M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (2nd ed.) (pp. 247-280). New York: Guilford Press.

Brook, J., Whiteman, M., & Gordon, A. (1983). Stages of drug use in adolescence: Personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 2, 269-277.

Bruch, H. (2001). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.

Brunch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Bryant-Waugh, R. (2006). Recent Developments in Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(2), 76–81.

Bulik, C.M., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., & Lohr, K.N. (2007). Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 310-320.

Burr, V. (2003). *Social constructionism* (2^aed.). New York: Routledge.

Cantwell, D.P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, B., & Green, J.K.(1977). Anorexia Nervosa: An affective disorder? *Archives of General Psychiatry*, 34, 1087-1093.

Cardoso, S. C. (s/d). Para uma Abordagem Sociológica do Distúrbios Alimentares. Actas do IV Congresso Português de Sociologia. Disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e08d1de2c3_1.PDF

Carmo, I. (1994). *A vida por um fio: A anorexia nervosa*. Lisboa : Relógio D'água.

Carreras, A. (1997). Ideología sobre la familia en las ciencias psicológicas. Una perspectiva desde España. *Revista A-ALFA-A, Rosario (Argentina), Rielesa*, 241-261. Disponível em <http://www.unizar.es/acaras/textalfadeologia.htm>

Caudle, S.L. (1994). Using qualitative approaches. In J. S. Wholey, H.P. Hatry, & D.E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp.69-95). San Francisco: Jossey-Bass.

Cecchin, G.(1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26 (4): 405-413.

Chan, Z., & Ma, J. (2002). Family themes of food refusal: Disciplining the body and punishing the family. *Health Care for Women International*, 23, 49 - 58.

- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed.) (pp. 509-535). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London, Thousand Oaks: Sage.
- Charmaz, K. (2008). Grounded theory as an emergent method. In S.N. Hesse-Biber & P. Leavy (Eds.), *Handbook of emergent methods* (pp. 155-170). New York, US: Guilford Press.
- Chermin, K. (1985/1994). *The hungry self: Women, eating and identity*. New York: Harper Collins Publishers.
- Cohn, L. (2005). Parents' Voices: What they say is important in the treatment and recovery process. *Eating Disorders*, 13, 419 - 428.
- Colton, A. & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316.
- Cook-Darzens, S., Falissard, B., & Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-236.
- Cordas, T., & Claudino, A. (2002). Transtornos alimentares: Fundamentos históricos. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24, 3-6.
- Costa C., Ramos, E., Barros, H., Roma Torres, A., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas do Eating Disorders Inventory em Adolescentes Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 511-524.
- Cotte-Lane, D.; Pistrang, N., & Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: the experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12, 169-177. .
- Couturier J., Isserlin, L., & Lock, J. (2010). Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. *Eating Disorders*, 18(3), 199-209.
- Couturier, J., & Lock, J. (2006a). Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 212-216.
- Couturier, J., & Lock, J. (2006b). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 550-555.
- Couturier, J., & Mahmood, A. (2009). Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eating disorders*, 17, 327–332.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Crisp, A. (1995). *Let me be: Anorexia Nervosa*. Reino Unido: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crisp, A. (2002). Treatment of anorexia nervosa: In “where” or “how” the main issue? *European Eating Disorders Review*, 10(4), 233-240.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392–414.

- Crow, S. J., Mitchell, J. E., Roerig, J. D. , & Steffen, K. (2009). What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 1–8.
- Crowther, J., Kichler; H., Sherwood, N., & Kuhnert, M. (2002). The Role of familial factors in Bulimia Nervosa. *Eating Disorders*, 10, 141 - 151.
- Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 213-217.
- Dancyger, I., Fornani, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.
- Dare, C., & Eisler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.) (307-324). New York: Guilford Press.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
- Deegan, P.E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 91-97.
- Deegan, P.E. (1996, Setembro). Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of Hope. Comunicação apresentada na The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, Australia. Disponível em <http://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>.
- Dell, P. F.(1982). Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-41.
- Delumeau, J. (1989). *Historia do medo no Ocidente – 1300-1800, Uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual – for the R(evised) version*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Dornan, D.H., Felton, C., & Carpinello, S. (2000, November). *Mental health recovery from the perspectives of consumer/survivors*. Comunicação apresentada na American Public Health Association Annual Meeting, Boston, MA.
- Douglass, L. (2009). Yoga as an Intervention in the Treatment of Eating Disorders: Does it Help?. *Eating Disorders*, 17, 126–139.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 127-133.
- Duker, M. & Slade, R. (2003). *Anorexia and Bulimia: How to help* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.

Earle, P. (1876). *The curability of insanity: a series of studies*. Philadelphia: Columbia University Libraries. Disponível em <http://www.archive.org/details/curabilityofinsa00earl>.

Ebeling, H., Tapanainen, P., Joutsenoja, A., Koskinen, M., Morin-Papunen, L., Jarvi, L., Hassinen, R., Keski-Rahkonen, A., Rissanen, A., & Wahlbeck, K. (2003). A practice guideline for treatment of eating disorders in children and adolescents. *Annals of Medicine*, 35(7), 488-501.

Eisler, I. (1996). Combining individual and family therapy in adolescent anorexia nervosa: A family systems approach. In J. Werne (Ed.), *Treating eating disorders* (pp.217-257). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop out from treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 11, 90-107.

Elkaim, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aimes pas*. Paris: Édition du Seuil

Erwin, W. J. (1977). A 16-year follow-up on a case of severe anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 157–160.

Esherick, M. (2003). *How women recover from anorexia nervosa: an analysis of the recovery stories of 14 formerly anorexic women* (Tese de doutoramento). Disponível no ProQuest Dissertations. (UMI Number: 3084486).

Espina, A., Ochoa de Alda, I., & Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 11, 349-362.

Fairburn, C.G., & Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407-416.

Fairburn, C.G., Shafraan, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*; 37, 1-13.

Federici, A. (2004) *Relapse and recovery in anorexia nervosa: The patients' perspective* (Tese de mestrado). Disponível no ProQuest Dissertations. (UMI No: 845748931).

Federici, A., & Kaplan, A.S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in Anorexia Nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*; 16, 1-10.

Ferguson, C.P., La Via, M.C., Crossan, P.J., & Kaye, W.H. (1999). Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 11-17.

Fichter, M.M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 87–100.

Fitting, E., Jacobi, C., Backmund, H., Gerlinghoff, M., & Wittchen, H-U. (2008). Effectiveness of day hospital treatment for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16, 341–351.

Flick, U. (2000). Entrevista episódica. In M. W. Bauer & G. Gaskell, G. (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 114-136). Petrópolis: Editora Vozes.

Frank, E., Prien, R.F., Jarrett, R.B., Keller, M.B., Kupfer, D.J., Lavori, P.W., Rush, A.J., & Weissman, M.M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of

terms in major depressive disorder - remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851– 855.

Garfinkel, P.E. & Garner, D.M.(2002). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York e Montreal: Brunner/Mazel .

Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Garrett, C. (1997). Recovery from anorexia nervosa: A sociological perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 261-272.

Garrett, C. (1998). *Beyond Anorexia: Narrative, spirituality and recovery*. Cambridge: University Press.

Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.

Geist, R., Heinmaa, M., Stephe, D., Davis, R., & Katzman, D.K. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 173-178.

Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern Psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.

Gilbert, A., Shaw, S., & Nottar, M. (2000). The impact of eating disorders on family relationships. *Eating Disorders*, 8, 331-345.

Giordano, S. (2005). *Understanding eating disorders: Conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia Nervosa*. Oxford: Clarendon Press.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Goldbeck, R. (1997) Denial in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (6), 575-593.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2008). *Family Therapy: An overview*. USA, Belmont: Brooks/Cole.

Gonçalves, O., Henriques, M., Alves, A., & Rocha, C. (2004). *Manual de Avaliação do Processo e da Complexidade Narrativa* (Manuscrito não publicado). Universidade do Minho, Braga.

Gonçalves, O., Henriques, M., & Cardoso, G. (2006). *Manual de Avaliação da Coerência Estrutural Narrativa* (Manuscrito não publicado). Universidade do Minho, Braga.

Gonçalves, M.M., & Gonçalves, O.F. (2001). A Psicoterapia como Construção Conversacional. In M. Gonçalves & O. Gonçalves. *Psicoterapia, Discurso e Narrativa: a Construção Conversacional da Mudança* (pp. 7-25). Coimbra: Quarteto Editora.

Gonçalves, O. (2001) Da Psicopatologia como ficção à psicoterapia como criação: as más notícias. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 65-90). Coimbra: Quarteto Editora.

Gonçalves, O. F. (1991). *Entrevista de recordação de narrativas protótipo* (Documento policopiado). Universidade do Minho, Braga.

- Gonçalves, S. (1998). Perturbações do comportamento alimentar: Estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina (Tese de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Gore, S.A., Vander Wal, J.S., & Thelen, M.H. (2001). Treatment of eating disorders in children and adolescents. In J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp.293-307). Washington, DC: APA.
- Grandesso, M.A. (2008). Desenvolvimentos em terapia familiar: Das teorias às práticas e das práticas às teorias. In L.C. Osório & P. do Valle (Eds.). *Manual de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Grave, D. R. (2005) A multi-step cognitive behavior therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 373–382.
- Gull, W. (1874). Apepsia hysterica: anorexia nervosa. In A. E. Andersen (ed.), *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Gusella, J., Casey, S., & Schurter, M. (2002). Recovery mountain and the stages of change. *Eating Disorders*, 10, 339-343.
- Hepworth, J. (1999). *The Social Construction of Anorexia Nervosa*. London: Sage.
- Herzog D.B., Keller, M.B. & Lavori, P.W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 176, 131-143.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. & Zoino, J. (2006). The Mass-marketing of disordered eating and eating disorders: The social psychology of women, thinness, and culture. *Women's Studies International Forum*, 29(2), 208-224.
- Hight, N., Thompson, M., & King, R. (2005). The experience of living with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating Disorders*, 13, 327-344.
- Hill, O. W. (1997). Epidemiological aspects of anorexia nervosa. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 9, 48-62.
- Hillage, S, Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1016-1022.
- Holden, N.L.(1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *British Journal of Psychiatry*, 157, 1-5.
- Honey, A., & Halse, C. (2005). Parents dealing with Anorexia Nervosa: Actions and meanings. *Eating Disorders*, 13, 353 - 367.
- Hsu, L.K.(1990). *Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Hsu, L.K., Crisp, A.H., Callender, J.S. (1992). Recovery in anorexia nervosa – the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 341-350.
- Humphrey, L. (1988). Relationships within subtypes of anorexia, bulimia and normal families. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 544-551.
- Jones, E.(2004). *Terapia dos Sistema Familiares*. Lisboa: Climepsi Editores.

Jordan, P.J., Colleen, A.R., Troop, N.A., Treasure, J., & Serpell, L. (2002). Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 3(4), 365-385.

Kant, E. (1781/1989). *Crítica da razão pura*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kaplan, A.S. (2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: A review of published studies and promising new directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 235-243.

Karpel, M. (1986) *Family resources: The hidden partner in family therapy*. MA: Guilford Press.

Kaye, W.H., Nagata, T., Wetzin, T.E, Hsu, G., Sokol, M.S., McConaa, C., Plotnicov, K.H., Weise J. & Deep. D. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purgind-type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49(7), 644-652.

Kennedy, S.H., Kaplan, A.S., Garfinkel, P.E., Rockert, W., Toner, B., & Abbey, S.E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (7), 773-782.

Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: An Internet based study. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 80-86.

Kinston, W., & Loader, P. (1984). Eliciting whole-family interaction with a standardized clinical interview. *Journal of Family Therapy*, 6, 347-363.

Kog, E., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1985). Towards a verification of the psychosomatic family model: A pilot study of ten families with an anorexia/bulimia nervosa patient. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 525-538.

Kog, E., Vertommen, H., & Vandereycken, W. (1987). Minuchin's psychosomatic family model revised: A concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Family Process*, 26, 235-253.

Kotler, L.A., Bordreau, G.S., & Devlin, M.J. (2003). Emerging psychotherapies for eating disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 431-441.

Kotler, L.A., & Walsh, B.T. (2000). Eating disorders in children and adolescents: Pharmacological therapies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(Suppl.1), I/108-1/116.

Krautter, T., & Lock, J. (2004a). Treatment of adolescent anorexia nervosa utilizing manualized family-based treatment. *Clinical case studies*, 3(2), 107-123.

Krautter, T., & Lock, J. (2004b). Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. *Journal of Family Therapy*, 26, 66-82.

Laliberté, M., Boland, F., & Leichner, P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1021-1040.

Lasègue, C. (1873, 1999). De l'anorexie hystérique. *Psiquiatria.com*, 3(3). Disponível em: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/art_7.htm

Latterza, A.R., Dunker, K.L., Scagliusi, F.B. & Kemen, E. (2004). Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 173-176.

- Lattimore, P., Wagner, H., & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: An observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8, 355 – 368.
- Latzer, Y., & Gaber, L. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: Family perspectives. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 20, 539-551.
- Lax, W.D. (1995). Offering reflections: some theoretical and practical considerations. In Friedman, S. (Ed.). *The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy*. New York: The Guildford Press.
- le Grange, J. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Clinical Psychology*, 55, 727-739.
- le Grange, J., Binford, R., & Loeb, K.L. (2005). Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 41-46.
- Lewis, O. (1970). *Os filhos de Sánchez*. Lisboa: Moraes Editores
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. New Bury Park, CA: Sage.
- Liu, A. (2007). *Gaining: The truth about life after eating disorders*. New York: Harper Collins.
- Lock, J., & le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(Suppl.), S64-S67.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W.S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 666-672.
- Lock, J., Grange, D., Agras, W., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach*. New York: The Guildford Press.
- Loveland, D., Randall, K.W., & Corrigan, P.W. (2005). Research methods for exploring and assessing recovery. In R.O Ralph & P.W. Corrigan (Eds.), *Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness* (pp. 19-59). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Macedo, A.F., Azevedo, M.H., Pocinho, F., Soares, M.J., Dourado, A., & Domingues, C. (2002). Perfeccionismo: uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares? *Psiquiatria Clínica*, 23(3): 153-174.
- Macedo, A., Soares, M.I., Azevedo, M.H., Gomes A.T., Maia, B., & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in a portuguese sample of university students. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 296-304.
- Machado, B.C. (2003). *Anorexia Nervosa: validação convergente de uma narrativa protótipo* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Machado, P., Gonçalves, S., Martim, C., & Soares, I. (2001). The portuguese version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52.
- MacLeod, S. (1981). *Anorexic bodies: A feminist and sociological perspective on Anorexia Nervosa*. London: Routledge.

- Madigan, S. (2011). *Narrative therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mahoney, M.J. (1998). *Processos humanos de mudança: As bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Maine, M. (1985) An existential exploration of the forces contributing to, sustaining, and ameliorating anorexia nervosa: The recovered patient's view (Tese de doutoramento). *Dissertation Abstracts International*, 46 B, 207 (University Microfilms No. 85-17, 642).
- Markowitz, F.E. (2005). Sociological Models of Recovery. In R.O Ralph & P.W. Corrigan (Eds.), *Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness* (pp.131-145). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Maturana, H.R., & Varela (1994). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications.
- Matusek, J. (2007). *Overcoming an eating disorder: a narrative approach to long-term recovery* (Tese de mestrado). Disponível no ProQuest Dissertations (UMI Number: 1444849).
- McIntosh, V.V., Jordan, J., Carter, F.A., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Bulik, C.M., Frampton, C.M. & Joyce, P.R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 741–747.
- McNamee, S. (2001). Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In M. Gonçalves & O. Gonçalves, *Psicoterapia, Discurso e Narrativa: a Construção Conversacional da Mudança* (pp.235-264). Coimbra: Quarteto Editora.
- Medawar, P. (1967). *The Art of the Soluble*. London: Methuen.
- Mehler, D.M., Wewetzer, Ch., Schulse, U., Warnke, A., Theisen, F., & Diltman, R.W. (2001). Olanzapine in children and adolescents with chronic anorexia nervosa: A study of five cases. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 151-157.
- Minuchin, S., Rosman, B. ,& Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin (2008, Novembro). *La terapia familiar: Revisión histórica y perspectivas futuras*. Apresentado no Congresso Internacional família y crise: Modelos de intervención en el siglo XXI, Castellón, Espanha.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. USA: Harvard University Press.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1989). Psychiatric diagnosis as reified measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 11-25.
- Morgan, C.M. & Azevedo, A.M. (1998) . *Transtornos alimentares e cultura: notas sobre a Oitava Conferência em Transtornos alimentares* – New York. Disponível em <http://www.polbr.med.br/arquivo/tralimen.htm>.
- Morgan, H.G., & Hayward, A.E. (1988) Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan- Russell outcome assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367–371.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.

- Moura, E. (2005). *Anorexia Mental*. Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar.
- Murphy, F., Troop, N., & Treasure, J. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 193-203.
- National Institute of Mental Health [homepage na Internet]. *Eating disorders*; c2005. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov>.
- Nelson, T.S., & Rosenthal, D.M. (1986). The evolution of circular questions: training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 113-127.
- Neymeyer, R.A. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington : American Psychological Association.
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317–324.
- Nillsson, K., Abrahamsson, E., Torbiornsson A, & Hägglöf B. (2007) Causes of adolescent onset anorexia nervosa: Patient perspectives. *Eating Disorders*, 15(2), 125-33.
- Nillsson, K., & Hagglof B. (2006). Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 14, 305-311.
- Noordenbos, G., & Seubring. A. (2006). Criteria for Recovery from Eating Disorders According to Patients and Therapists. *Eating Disorders*, 14, 41–54.
- O'Halloran, M.S. (1999). Family involvement in the treatment of anorexia nervosa: A solution-focused approach. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13(2), 181-187.
- Olabuénaga, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Olson, D.H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D.H., Russel, C.S., & Sprenkle, D.H. (1979) . Circumplex model of marital and family systems II: Empirical studies and clinical intervention. In J. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory* (pp.128-176). Greenwich, Conn: JAI Press.
- Orbach, S. (1986). *Hunger strike: The Anorectic's struggle as a metaphor for our age*. London: Faber and Faber.
- Pais, J.M. (2001). *Ganchos, tachos e biscates: Jovens, trabalho e futuro*. Porto: Ambar.
- Pakman, M. (2007, Julho). *Momentos poéticos*. Comunicação apresentada no Curso intensivo de Terapia Sistémica, Instituto de psicoterapia, Santiago de Compostela.
- Pakman, M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir: Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Palazzoli, M.S. (1974). *Self-Starvation: From the intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Sussex: Human Context Books.

- Palazzoli, M.S. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 129-148.
- Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-10.
- Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1991). *Paradoja y Contraparadoja: Um nuevo modelo en la terapia de la familia de transaccion esquizofrénica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Palazzoli, M.S., Cirillo, S., Selvini M., & Sorrentino, A.M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus Editorial.
- Palazzoli, M.S., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Pegg, P. (1982). Circular questions. *Family Process*, 21, 267-280.
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J. Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for someone with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 256-268.
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. (2002). Improvement and recovery from Eating Disorders: A Patient Perspective. *Eating Disorders*, 10, 61 - 71.
- Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 447-475.
- Pinzon, V. & Nogueira, F.C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 158-160.
- Polkinghorn, D.E. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. New York: State University of New York Press.
- Prigigone, I. (1990). Loi, histoire...et désertion. In K. Pomian (Ed.), *La Querelle du Déterminisme* (pp. 102-112). Paris: Éditions Gallimard.
- Pryor, T.L., Johnson, T., Wiederman, M.W., & Boswell, D. L. (1995). The clinical significance of symptom denial among women with anorexia nervosa: Another disposable myth? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 3(4), 293 – 303.
- Prochaska, J.O. , DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rakoff, V. (1982). Foreword. In P. Garfinkel & D. Garner (Eds.). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/ Mazel.
- Ralph, R.O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R.O Ralph & P.W. Corrigan (Eds.). *Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness* (pp. 131-145). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Rastam, M. & Gillbert, C. (1992). Background factors in Anorexia Nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1(1), 54-65.
- Relvas, A.P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

- Relvas, A.P. (2003). *Por Detrás do Espelho – da Teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rennie, D.L. (1998). *Person-centred counselling: An experiential approach*. London: Sage.
- Rennie, D.L. & Fergus, K.D. (2006). Embodied Categorizing in the Grounded Theory Method : Methodical Hermeneutics in Action. *Theory & Psychology*, 16 (4): 483-503.
- Rhodes, P., Gosbee, M., Madden, S., & Brown, J. (2005). 'Communities of concern' in the family-based treatment of anorexia nervosa: Towards a consensus in the Maudsley model. *European Eating Disorders Review*, 13, 392-398.
- Ringer, F. & Crittenden, P. (2007). Eating Disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130.
- Robbins, J.M., & Pehrsson, D-E. (2009). Anorexia Nervosa: A Synthesis of Poetic and Narrative Therapies in the Outpatient Treatment of Young Adult Women. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4, 42–56.
- Robin, A.I., Bedway, M., Siegel, P.T., & Gilroy, M. (1996). Therapy for adolescent anorexia nervosa: Addressing cognitions, feelings and the family's role. In E.D. Hibbs & P.S. Jense (Eds.), *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp.239-259). Washington, D.C.: APA.
- Rogers, C. (1977). *Tornar-se Pessoa*. (4.^a ed.). Lisboa: Morais Editores.
- Rolland, J. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21, 242-266.
- Roma Torres, A. (1986). *Anorexia nervosa e perturbações afins do comportamento alimentar* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Rothenberg, A.C. (1986). Eating disorders as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49, 46-52.
- Rowa, K., Kerig, P., & Geller, J. (2001). The family and Anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, 9, 97-114.
- Russell, G.F., Dare, C., Eisler, I., & Le Grange, P.D. (1992). Controlled trials of family therapy in anorexia nervosa. In K. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp.237-260). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sabato, E. (1948/2009). *O túnel*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Sagardoy, R.C., Fernández, V.A., Serván, I. & Pelaz, S. (2001). Procesos de cambio y factores de resistência en transtornos de la alimentación según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. *Clínica Y Salud*, 12(2), 237-251.
- Santos, M., Oliveira, E., Moscheta, M., Ribeiro,R., & Santos, J. (2004). Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, 1, 46-51.
- Sartre, J. P. (2003) *O ser e o nada: Ensaio de Ontologia Fenomenológica*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Schmidt, U. H., Tiller, J. M., Andrews, B., Blanchard, M., & Treasure, J. L. (1997). Is there a specific trauma precipitating onset of an eating disorder? *Psychological Medicine*, 27, 523–530.
- Scherag, S., Hebebrand, J., & Hinney, A. (2010). Eating disorders: the current status of molecular genetic research. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 211-226.
- Schoemaker, C. (1998). The principles of screening for eating disorders. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (Eds.), *The prevention of eating disorders* (pp. 187-213). New York: New York University Press.
- Scull, A.T. (1982). *Museums of Madness*. London: Penguin.
- Serperll, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1998). Anorexia Nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25 (2), 177-186.
- Shafran, R., & de Silva, P. (2003). Cognitive-behavioural models. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. Van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (2nd ed.), pp. 121-138. New York: John Wiley & Sons.
- Sharkey-Orguero, M. (1999). Anorexia nervosa: A qualitative analysis of parents' perspectives on recovery. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(2), 123-141.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage.
- Shweder, R.A., Miller, J.G. (1985). The social construction of the person: how is it possible? In K.J. Gergen & K.E. Davis, *The social construction of the person*. New York: Springer-Verlag.
- Sim, L.A., Sadowski, C.M., Whiteside, S.P., Wells, L.A. (2004). Family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Mayo Clinic Proceedings*, 79 (10), 1305-1308.
- Simmel, G. (1998). O indivíduo e a liberdade. In, J. Souza e B. Oélze (Eds.), *Simmel e a Modernidade* (pp. 109 a 117). Brasília: Editora UNB.
- Simmons, D. (2006). *Recovery from anorexia nervosa: A grounded theory study that looks at recovery from the perspective of the recovered anorexic* (Tese de doutoramento). Disponível no ProQuest Dissertations. (UMI Number: 32066886).
- Skarderudl, F. (2007). Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A Qualitative Descriptive Study. *European Eating Disorders Review*, 15, 81–97.
- Sluzki, C.E. (1987). Cibernética y terapia familiar: Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*, 3(2), 65-69.
- Sluzki, C.E., & Verón, E. (1971). The Double Bind as a Universal Pathogenic Situation: *Family Process*, 10, 397-410.
- Souza, L., & Santos, M. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39, 403-409.
- Speed, B. (1995). Editorial: Perspectives on eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 17, i-xi.
- Steinhausen, H-C. (2002). *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Stocks, M.L. (1995). In the eye of the beholder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (1), 89-91.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339–360.
- Strober, M., Lampert, C., Morell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239–253.
- Stunkard, A. (1972). New therapies for the eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 26, 391–398.
- Sullivan, V., & Terris, C. (2001). Contemplating the stages of change measures for eating disorders. *Eating Disorders Review*, 9(5), 287–291.
- Surgenor, L., Maguire, S., Russell, J., & Touyz, S. (2007). Self-Liking and Self-Competence: Relationship to Symptoms of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15, 139–145.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software tools*. Bristol, PA: Falmer Press.
- Tierney, S. (2005). The treatment of adolescent anorexia nervosa: a qualitative study of the view of parents. *Eating Disorders*, 13, 369–379.
- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part i. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26(3), 3–13.
- Tozzi, F., Sullivan, P., Fear, J., McKenzie, J., & Bulik, C. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143–154.
- Treasure, J., Murphy, T., Szukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343–347.
- Tucci, S. & Peters, J. (2008). Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema*, 20(4), 521–524.
- Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas: Polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Vandereycken, W. (1987). The Constructive family approach to Eating Disorders: Critical remarks on the use of family therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 455–467.
- Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. In C. Perris, W.A. Arrindel & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp.218–234). Chichester: John Wiley.
- Vandereycken, W. (2003). The Place of Inpatient Care in the Treatment of Anorexia Nervosa: Questions to be Answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 409–422.
- Vandereycken, W. (2006). Media Influences and Body Dissatisfaction in Young Women. *Eating Disorders Review*, 17(2), 5–6.

- Vandereycken, W., & Meermann, R. (1984). *Anorexia Nervosa: a Clinician's Guide to Treatment*. Berlin; New York: de Gruyter.
- Vandereycken, W. & van Deth, R. (1996). *From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation*. London: The Athlone Press.
- Voltaire, F.-M. (s/d, 1694-1778). Frase célebre. Disponível em http://twitter.com/#!/Michael_Gilman/status/70885873645924353
- Von Foerster, H. (1981). *Observing Systems*. Seaside; California: Intersystems Publications.
- Wade, T.D., Bulik, C.M., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 469-471.
- Waller, G. & Kennerley, H. (2003). Cognitive-behavioural treatments. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (pp.233-252). Chichester: Wiley.
- Wallin, U. & Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 29-35.
- Walsh, Froma (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51, 130-137.
- Walsh, Froma (ed.) (2003). *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. New York: The Guilford Press
- Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J.L. (1996). To change or not to change - 'how' is the question? *British Journal of Medical Psychology*, 69, 139-146.
- Warren, W. (1968). A study of anorexia nervosa in young girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9, 27-40.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1972). *Pragmática da Comunicação Humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weinberg, Cybelle, Cordás, Táki, & Munoz, Albornoz (2005). Santa Rosa de Lima: Uma santa anoréxica na América Latina? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 51-56.
- White, M. (1983). Anorexia Nervosa: A Transgenerational System Perspective. *Family Process*, 22, 255-273.
- White, M. (1994). Anorexia nervosa: perspectiva cibernética. In M. White, *Guias para una Terapia Familiar Sistémica* (pp.111-127). Barcelona: Gedisa Editorial.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapêuticos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Whitney, J., & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health, 14*, 575-585.

Wiese, J. (2009). Behavior Therapy for Anorexia Nervosa: Taking a Second Look. *Eating Disorders, 17*, 400–408.

Wild, B., Friederich, H.-C., Gross, G., Teufel, M., Herzog, W., Giel, K.E., Zwaan, M., Schauenburg, H., Schade-Brittinger, C., Schäfer, H., & Zipfel, S. (2009). *The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa - a randomized controlled trial. Trials, 10*, 23.

Williamson, D.A., Duchman, E.G., Barker, S.E. & Bruno, R.M.(1998). Anorexia Nervosa. In V.B. Van Hasselt, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological treatment protocols for children and adolescents* (pp.413-434). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*, 199–216.

Wilson, G.T., Vitousek, K.M., Loeb, K.L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 68*, 564-572.

Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornaria, V., Katz, J., Wisotsky, W., & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders, 11*, 89 - 99.

Wolf, N. (1994). *O mito da beleza*. Lisboa: Difusão Cultural.

Wood, D., Fower, P., & Black, D. (1998). Should parents take charge of their child's eating disorder? Some preliminary findings and suggestions for future research. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2*, 295-30

Wood, S. (2004). Untreated recovery from eating disorders. *Adolescence, 39* (154), 361-371.

Yager, J., Devlin, M.J., Halmi, K.A., Herzog, D.B, Mitchell, J.E., Powers. et al (2006). Part A: Treatment recommendations for patients with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry, 163* (suppl.), 5-54.

Yin, R. K. (2003). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zanker, C. (2009). Anorexia Nervosa and the Body Image Myth. *European Eating Disorders Review, 17*, 327-330.

ANEXOS

Listagem de anexos

Anexo 1 – Guião de entrevista individual

Anexo 2 – Guião de entrevista familiar

Anexo 3 – Questionário sócio-demográfico e de descrição da doença

Anexo 4 – Consentimento informado para participantes maiores de idade

Anexo 5 – Consentimento informado para participantes menores

Anexo 6 – Perfil clínico dos participantes

Anexo 7 – Exemplos de procedimentos de codificação

Anexo 8 – Exemplos de hierarquias de categorias encontradas

Anexo 9 – Momentos poéticos

Anexo 10 – Codificação do impacto emocional positivo e negativo (exemplos ilustrativos)

Anexo 11 – Análise de cruzamento de resultados: Momentos poéticos em cada trajetória de recuperação

Anexo 12 – Análise de cruzamento de resultados: Factores de recuperação em cada trajetória de recuperação

Anexo 13 – Resultados complementares: Envolvimento da família na emergência do problema

Anexo 14 – Resultados complementares: Impacto do problema na família

Anexo 15 – Resultados complementares: Contributos da família para a recuperação

Anexo 16 – Resultados complementares: Ganhos e perdas na família pós-recuperação

Entrevista individual sobre a recuperação da Anorexia Nervosa

(Araújo & Henriques)

Concepção do problema

1. Hoje, quando olhas para trás, como é que vês o que te sucedeu?

Outras pistas:

- O que é, para ti, anorexia nervosa? O que foste achando que era ao longo do tempo?

Concepção de recuperação

2. Como é que estás agora face ao que te sucedeu?

Outras pistas:

- De que estás recuperada? Em que é que estás diferente? O que ainda te falta?

Momento de inovação

3. Gostava agora de te pedir que fizesses um novo exercício de recordação e me contasses um momento que tenha sido para ti especialmente marcante por teres sentido que as coisas já estavam diferentes, ou seja, um momento de inovação, em que tenhas tido a experiência de estar a dominar o problema.

Pistas:

- O que aconteceu? Onde e quando se passou?
- O que sentiste e o que pensaste?
- Em que medida esta experiência foi diferente das outras anteriores?
- O que se passava contigo antes desta experiência ter ocorrido?

Trajectória de recuperação

4. Eu gostava agora de conhecer a tua história de recuperação, ou seja, o teu percurso de libertação do que sucedeu. Gostava de te pedir para te concentrares na sequência de mudanças, de etapas, que atravessaste até chegar ao dia de hoje, ao eu hoje és. Por isso, vou-te pedir que imagines que eu tinha um livro mágico capaz de me contar coisas sobre ti. Este livro era sobre a história da tua recuperação. Eu agora

pedia ao livro que ele me contasse sobre o que foi acontecendo contigo e com as personagens que te rodeavam ao longo desta história. O que é que este livro começaria por me contar no primeiro capítulo? E depois?

Pistas:

- O que se passava contigo nesta altura? Podes dar-me algum exemplo do que te aconteceu que ilustre o que estás a dizer?

- Porque é que esse acontecimento é importante para eu compreender a tua trajectória?

- O que se passava com a tua família nesta altura?

- Quem te foi ajudando?

- E depois? Qual o próximo capítulo desta tua história?

Factores de recuperação

5. Agora que já fizemos estes exercícios de recordação, o que achas que foi mais importante ou útil para a tua recuperação? Que factores destacarias? De que forma estes factores foram importantes, ou seja, como contribuíram para a tua recuperação?

Pessoas significativas

6. Quem foram as pessoas que estiveram mais envolvidas neste processo? Em que momentos e de que forma estiveram envolvidas? De que forma foram importantes? Quem foi a mais importante? De que forma foi importante?

Mensagens

7. Que mensagem ou conselho deixarias a alguém que esteja neste momento a lutar pela recuperação? E às famílias que estão a passar por esta situação? Porque é que achas que este conselho poderia ser útil?

8. O que pensas que seria importante os técnicos saberem para ajudar as pessoas nestas circunstâncias?

Finalização

9. Da minha parte, terminei. Não sei como foi para ti esta conversa? Se queres fazer algum comentário ou alguma questão?

Entrevista familiar sobre a recuperação da Anorexia Nervosa

(Henriques & Araújo)

Estou a desenvolver um estudo sobre a recuperação na anorexia nervosa e estou interessada em ouvir a experiência dos vários elementos da família. Na sequência de uma entrevista que já realizei com a, gostava agora de ter a oportunidade de conhecer todos os elementos da família e ouvir cada um de vocês sobre tudo o que vos parecer importante partilhar sobre o que foi a vossa experiência e, em especial, tudo o que considerarem que se relaciona com a mudança para a situação actual, ou seja, o percurso até ultrapassarem o problema.

Concepção do problema

1. Como olham para o que sucedeu? (O que é que é para cada um de vocês a anorexia nervosa? O que foram achando que era ao longo do tempo?)

Reacção/estratégias face ao problema

2. O que é que vos foi acontecendo? Como é que cada um foi lidando com o que estava a suceder (reacções e estratégias activas)?

Pistas:

- O que vos levava a agir assim?
- Usaram sempre as mesmas estratégias?
- O que vos levou a experimentar outras?
- O que foi necessário ou útil para experimentarem algo diferente?

Concepção de recuperação e identidade familiar

3. Como é que estão hoje face ao que sucedeu? O que perdeu/ganhou a vossa família com toda esta experiência?

4. Exercício de recordação: **Um momento marcante.**

(Instrução: Eu gostava de começar por vos pedir, a cada um de vocês, um exercício que não é muito usual... É um exercício de recordação... É um exercício individual que vou pedir a cada um de vocês. Gostava que cada um

começasse por imaginar uma situação, um momento, um acontecimento... que tivessem passado com algum dos vossos familiares... pode ter sido com os vários familiares, pode ter sido só com a mãe, só com o pai, só com a irmã, só com o filho ... um acontecimento, um momento que tivesse sido importante... pode ter sido com apenas uma pessoa que está aqui presente ou pode ter sido com todas e este acontecimento pode ter sido mais recente, ou mais passado, o que me interessa é que tenha sido importante, tenha sido significativo, ou seja, por algum motivo vocês se recordem muito bem dele. Geralmente ocorrem-nos vários episódios, várias situações, às vezes ocorrem-nos uma sequência de episódios à cabeça... Não há problema, pensem nos vários episódios e depois tentam apenas seleccionar um, um acontecimento que vocês viveram... Pode ser agradável, pode ter sido desagradável, é aquele que neste momento vos surgiu na memória... O que me interessa é que tenha sido espontâneo, pode ter sido positivo ou negativo, pode ter sido na última semana, no último mês, ou pode ter sido há anos, mas foi aquele que vos ocorreu... Quando tiverem seleccionado, escrevam no papel.)

- Pedido de evocação dos episódios

- Confronto dos episódios

Pistas: Há algum episódio que coincida? Há alguma semelhança entre estes vários episódios? Porque é que eles foram tão marcantes? O que é que estes episódios mostram acerca da vossa família?

Influência sobre os outros

5. Que influência é que acha que cada um dos outros teve para a recuperação da _____? Como é que X contribuiu para a recuperação?

- Em que é que cada um de vocês terá contribuído para a mudança/recuperação?

- Em que é que cada um de vocês reconhece a contribuição de cada um dos outros para a mudança/recuperação?

Factores úteis

6. Como foi possível superarem o que vos sucedeu e estarem como estão hoje? Que factores contribuíram para esta mudança?

Pistas:

- Que factores contribuíram mais (ou foi mais valioso, importante ou útil) para ultrapassarem a situação?

- E de que forma?

Mensagens

8. Para terminar, se soubessem o que sabem hoje o que teriam dito, no passado, uns aos outros? Porque é que estas palavras poderiam ter sido úteis?

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE DESCRIÇÃO DA DOENÇA

CÓD. FAMÍLIA _____

DATA: ___/___/_____

1. INFORMAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1.1. Genograma (Nomes, Idades, Profissões, PI)

1.2. Actualmente quem vive no agregado familiar: _____

1.3. No momento do diagnóstico, quem vivia no agregado familiar: _____

2. DIAGNÓSTICO, CURSO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA

2.1. Idade em que teve início a anorexia nervosa: ___ anos

2.2. Data do diagnóstico: ___/___/_____ (Tipo: Restritivo ___ ; Purgativo ___)

2.3. Peso no momento do diagnóstico: ___ Kg

2.4. Peso mínimo atingido: ___ Kg (Data: ___/___/_____)

2.5. Peso máximo atingido: ___ Kg (Data: ___/___/_____)

2.6. Peso actual: ___ Kg / Altura: _____ (IMC= _____)

2.7. Data da última menstruação: ___/___/_____

2.8. Está a ser medicada? Sim Não . Se sim, o que toma? _____

2.9. Breve descrição da evolução da doença:

2.10. Data da alta médica: ___/___/_____

3. TRATAMENTO DA DOENÇA

3.1. Tipos de tratamentos recebidos

- Tratamento médico em regime ambulatorio

Data de início: ____/____/____

Data de final: ____/____/____

- Internamento

Nº. de internamentos	Tempo (dias)

- Psicoterapia individual (Tempo de duração: _____)
- Terapia familiar (Nº. de Sessões: _____)
- Grupos de apoio (Tempo de duração: _____)
- Comunidade terapêutica (Tempo de duração: _____)
- Outro. Qual? _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito de um projecto de investigação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto está a ser realizado um estudo sobre a **recuperação na anorexia nervosa**. Este estudo pretende compreender o que contribuiu para a mudança, do ponto de vista das pessoas que recuperaram e dos seus familiares.

Esta investigação está dividida em duas fases:

1. A primeira fase implica a realização de uma entrevista individual à própria e respectivo registo áudio, bem como a resposta a questionários.
2. A segunda fase implica a realização de uma entrevista familiar e respectivo registo áudio, bem como a resposta a questionários por todos os elementos.

A **informação** recolhida será **confidencial**. Na dissertação de doutoramento ou em alguma publicação, os nomes dos participantes serão alterados e não irá ser incluída informação que os possa identificar.

Este estudo pretende extrair implicações terapêuticas de forma a apoiar melhor as famílias com jovens com anorexia nervosa com vista à sua recuperação, daí a importância de todos participarem.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
li a informação acima descrita e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Sei que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem quaisquer prejuízos. Por isso, dou o meu consentimento para participar no estudo proposto.

Data: ___/___/____

Assinatura do participante: _____

A investigadora responsável: Maria Xavier de Araújo

Assinatura: ____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (para participante menor)

No âmbito de um projecto de investigação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto está a ser realizado um estudo sobre a **recuperação na anorexia nervosa**. Este estudo pretende compreender o que contribuiu para a mudança, do ponto de vista das pessoas que recuperaram e dos seus familiares.

Esta investigação está dividida em duas fases:

1. A primeira fase implica a realização de uma entrevista individual à própria e respectivo registo áudio, bem como a resposta a questionários.
2. A segunda fase implica a realização de uma entrevista familiar e respectivo registo áudio, bem como a resposta a questionários por todos os elementos.

A **informação** recolhida será **confidencial**. Na dissertação de doutoramento ou em alguma publicação, os nomes dos participantes serão alterados e não irá ser incluída informação que os possa identificar.

Este estudo pretende extrair implicações terapêuticas de forma a apoiar melhor as famílias com jovens com anorexia nervosa com vista à sua recuperação, daí a importância de todos participarem.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____ responsável pela participante (nome completo)
_____ li a informação acima descrita e
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Sei que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem quaisquer prejuízos. Por isso, dou o meu consentimento para participar no estudo proposto.

Data: ___/___/_____

Assinatura do responsável pela participante: _____

A investigadora responsável: Maria Xavier de Araújo

Assinatura: _____

PERFIL CLÍNICO DOS PARTICIPANTES

Perfil clínico dos participantes			
N	EDI (Scores Totais) *	SCL-90-R (Índice sintomático geral) **	Observações:
1	36	0,43	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
2	9	0,59	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
3	9	0,14	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
4	16	1,22	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
5	30	0,22	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
6	42	0,39	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
7	29	0,24	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
8	5	0,40	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
9	27	0,80	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
10	20	0,23	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
11	27	0,46	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
12	6	0,18	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
13	21	0,96	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
14	40	0,72	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
15	3	0,13	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
16	17	1,19	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
17	59	0,63	Com sintomatologia alimentar de nível clínico e sem sintomatologia psicopatológica geral de nível clínico
18	25	0,60	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
19	96	2,54	Com sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
20	21	0,47	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
21	59	1,89	Com sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
22	42	0,22	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico
23	42	1,22	Sem sintomatologia alimentar e psicopatológica geral de nível clínico

Nota:
 A **vermelho** encontram-se os valores acima dos pontos de corte
 * Ponto de corte EDI = 43 (Machado et al., 2001)
 ** Ponto de corte SCL = 1,23 (Machado, 2003)

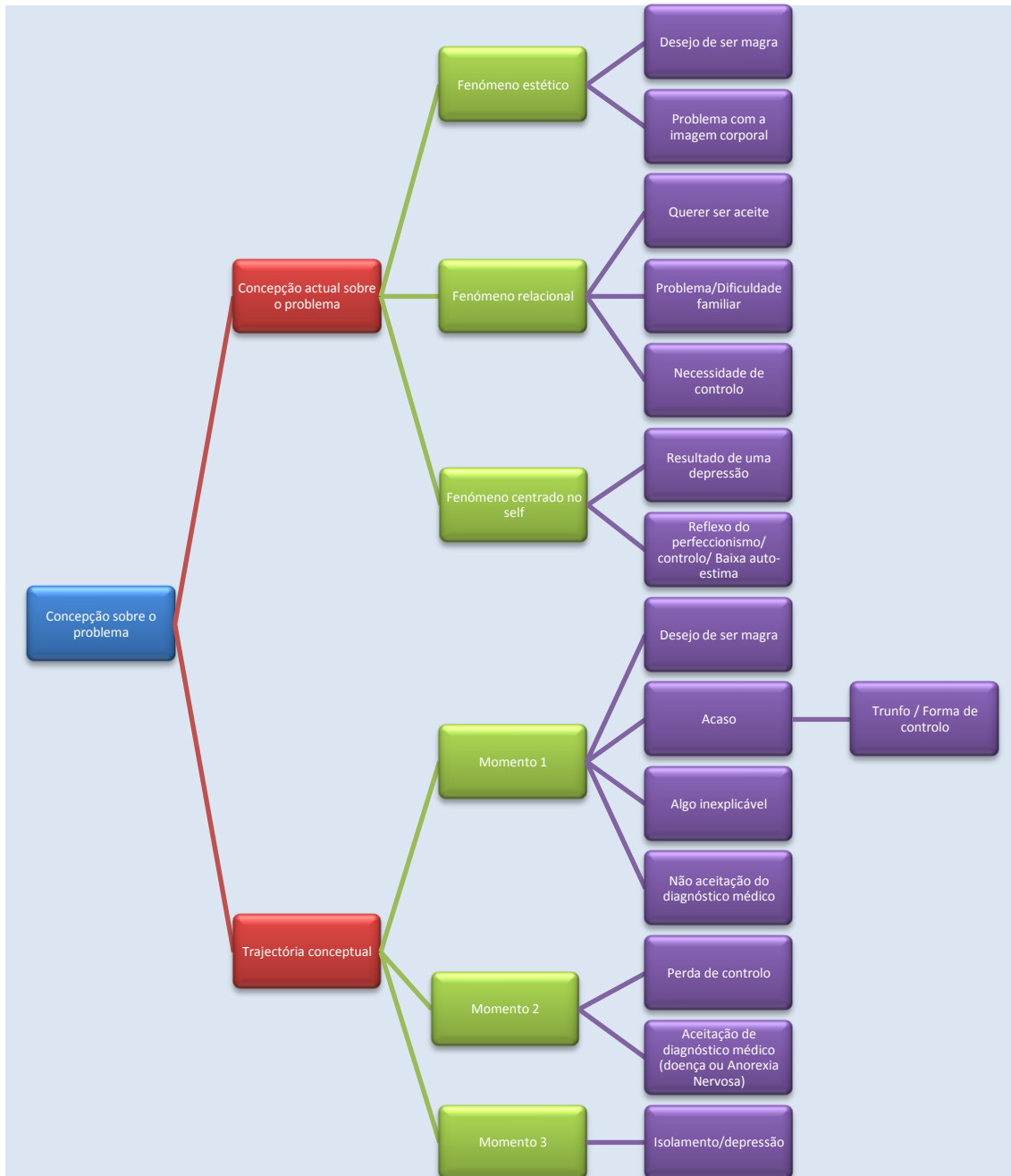
Exemplos de procedimentos de codificação

Extracto de texto	Unidades de sentido	Codificação aberta
<p>N1- Era um desejo de ser mais magra. Depois começou-se a tornar uma obsessão. Eu sei que é muito normal mas depois tinha aquela banhazinha no final da barriguinha e eu queria é que essa é que desaparecesse. O meu pai ao início quando eu comecei a pesar assim os 46/45 dizia: oh, isso é uma fase, é por causa da adaptação.</p> <p>I- Portanto isso coincidiu quando veio para cá?</p> <p>N1- Coincidiu, por acaso coincidiu. Foi tudo junto. Foi ser maltratada por uma médica, foi a vinda cá para cima, foi uma nova escola, uma nova casa, novos amigos, foi assim um bocado esquisito.</p>	era um desejo de ser mais magra.	Desejo de ser magra
	Depois começou-se a tornar uma obsessão.	Obsessão
		Depois do desejo de ser magra
	Eu sei que é muito normal mas depois tinha aquela banhazinha no final da barriguinha e eu queria é que essa é que desaparecesse. Toca a emagrecer mais, mais, a tirar comida à boca, depois comecei a deitar comida fora, saía com os meus amigos e só bebia, nada comia, depois, prontos.	Agravamento da obsessão/restricção alimentar
	o meu pai ao início quando eu comecei a pesar assim os 46/45 dizia: oh, isso é uma fase, é por causa da adaptação.	Pai achava que era uma dificuldade de adaptação
	Porque foi muito chato. No primeiro mês que tive de aulas só chorava.	Dificuldade de adaptação
	Coincidiu, por acaso coincidiu. Foi tudo junto.	Restricção alimentar coincidiu com mudança de contexto.
	.Foi ser maltratada por uma médica	Ser maltratada por uma médica
foi a vinda cá para cima, foi uma nova escola, uma nova casa, novos amigos, foi assim um bocado esquisito.	Mudança para um novo contexto	

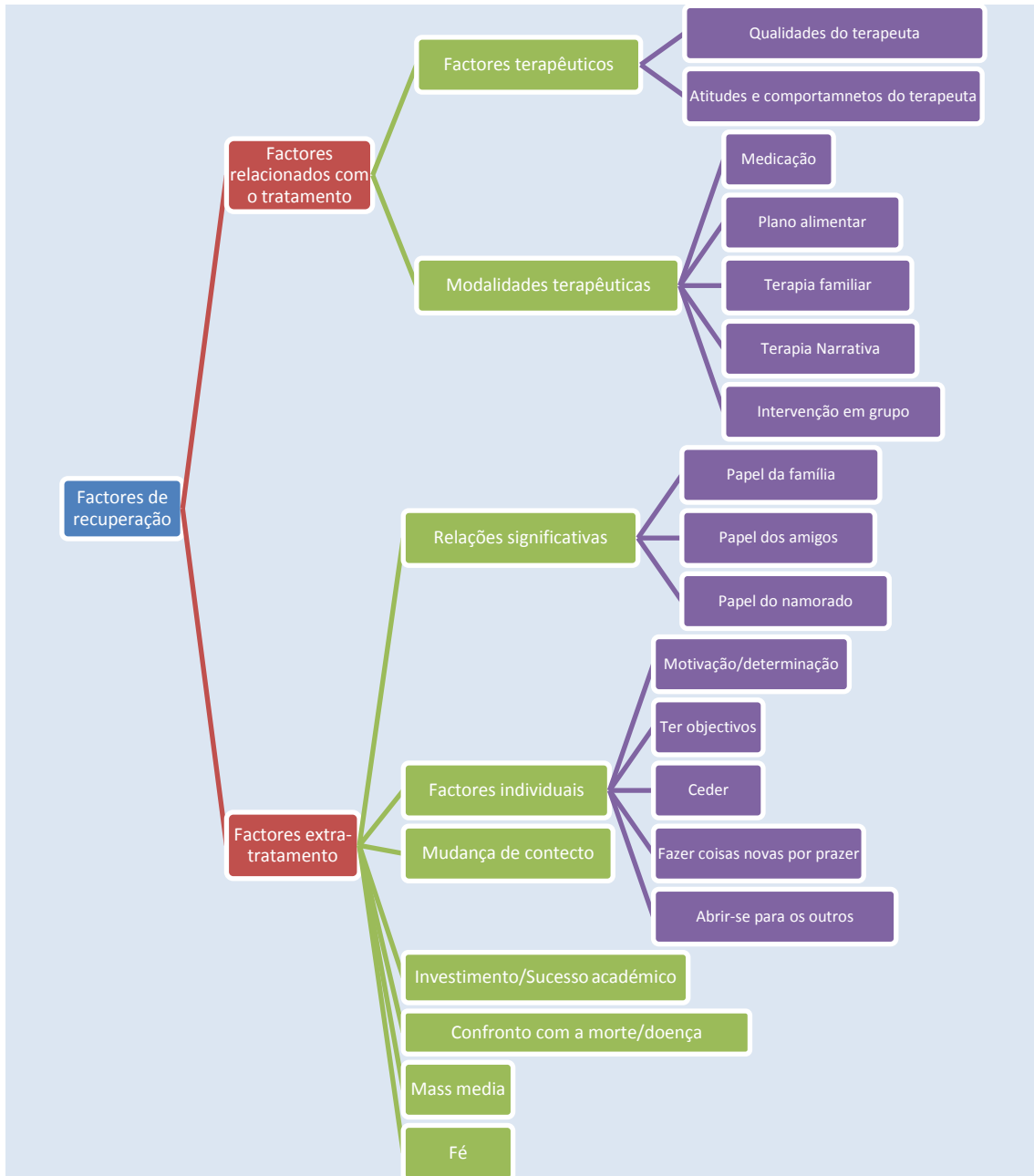
Unidade de sentido	Categoria de conteúdo	Categoria temporal
“antes de vir para cá”	Mudança de cidade	Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema
“a minha tia tinha tido um AVC”	Doença na família	Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema
foi a vinda cá para cima, foi uma nova escola, uma nova casa, novos amigos, foi assim um bocado esquisito.	Dificuldades de adaptação a um novo contexto	Circunstâncias pessoais e familiares anteriores ao problema
“era um desejo de ser mais magra”	Desejo de ser magra	Início da restricção alimentar
“depois eu fui lá visitá-la uma vez e ela estava a ser seguida por uma dra espanhola. Só que a dra. espanhola	Reacção a uma crítica	Início da restricção alimentar

<p>tinha, pelos vistos, um sério problema com as pessoas fortes, ao ponto de começar a insultar a minha mãe. Quando eu entrei, insultou-me também a mim. “Ah, tu és assim, qualquer dia estás como a tua mãe”, não disse baleia mas insinuou (...) Aquilo ficou-me de tal maneira entalado que eu, pronto, a partir desse momento comecei a cortar tudo. (...) Aparecia-me a comida no prato e eu “ai já estou cheia”, “já não me apetece mais” e comia a comida aos bocadinhos. Tanto que comecei a emagrecer.</p>		
<p>o meu pai ao início quando eu comecei a pesar assim os 46/45 dizia: oh, isso é uma fase, é por causa da adaptação.</p>	Uma fase de adaptação	Início da restrição alimentar/ Reacção do pai
<p>Depois começou-se a tornar uma obsessão. Eu sei que é muito normal mas depois tinha aquela banhazinha no final da barriguinha e eu queria é que essa é que desaparecesse. Toca a emagrecer mais, mais, a tirar comida à boca, depois comecei a deitar comida fora, saía com os meus amigos e só bebia, nada comia</p>	Obsessão	Fases do problema
<p>Depois eu irritava-me muito facilmente com as pessoas. Come, olha que estás a ficar muito magra.</p>	Insistir/ Apontar o problema	Fases do problema /Estratégias de ajuda ineficazes
<p>A minha família também estava, só que estava mais numa daquelas de criticar: ai, ela fez isto e aquilo, está a ser uma tolinha</p>	Criticar	Fases do problema /Estratégias de ajuda ineficazes
<p>Até que depois esperei que a minha mãe chegasse e depois disse-lhe: olha, finalmente admiti que tenho anorexia nervosa. Tinha anorexia, prontos. E a minha mãe disse: pronto, filha, já admitiste, isso já é meio caminho andado.</p>	Admitir o problema (1)	Fases da recuperação
<p>Então olha: vamos, tu e eu, vamos fazer um plano alimentar para ti. Já nem o plano alimentar que a nutricionista mandava resultava visto que eu estava sempre a emagrecer. Então ficou combinado: que eu acordava às horas que acordava e tinha sempre de comer o pequeno-almoço.</p>	Seguir o plano alimentar (2)	Fases da recuperação
<p>e também foi o convívio entre os rapazes que se tornou diferente. Eles já me diziam: ah, estás mais bonita. Foi ser apreciada.</p>	Sentir-se bonita (3)	Fases da recuperação
<p>Foi o acarretar com o meu feitio, as minhas manias, foi primeiro olhar para mim como pessoa e não como corpo. Olhar para mim com simpatia, amizade, assim aquelas pequenas coisas que se calhar uma pessoa se sente mais valorizada do que se disserem assim: és uma gaja toda boa.</p>	Gostar de si como pessoa (e não como corpo) (4)	Fases da recuperação
<p>Eu vejo na televisão aquelas top-models, todas altas, todas esbeltas. Eu não sou alta, eu não posso pensar nisso. Eu não me importava nada. Mas claro, eu sou pequena, não tenho vergonha de ser pequena, dizem que eles gostam das pequenas como a sardinhas. Eu até me orgulho muito disso. Se dizem isso, ainda melhor.</p>	Boa relação com o corpo	Situação actual

Exemplos de hierarquias de categorias codificadas



Exemplo 1: Hierarquia de sub-categorias dentro da categoria “Concepção sobre o problema”



Exemplo 2: Hierarquia de sub-categorias dentro da categoria “Factores de recuperação”

Momentos poéticos

[N1a] *Aconteceu quando eu desmaiei, quando eu fiquei sozinha, fiquei desamparada. (|- Ainda se recorda? Onde estava, como é que foi...). Já nem sei se foi nesta casa, se foi na outra, não sei se foi no meu quarto, se foi no escritório, senti-me desamparada. Senti-me inútil. Senti-me sozinha. E eu depois verifiquei que... (|- e sentiu-se sozinha porquê?). Para além de estar sozinha em casa, senti que não estava aqui ninguém para me amparar. Porque até à data eu tinha sempre a minha mãe a meter-me o olho em cima até que ela precisou mesmo de sair, o meu pai precisou de trabalhar, e eu fiquei completamente sozinha. Mas eu já sou uma pessoa que estou habituada porque a minha mãe lá na cidade Y ia muitas vezes ao telhado estender a roupa e não sei quantos, às vezes ela ia com uma grande amiga dela tomar o pequeno-almoço e eu ficava em casa, eu ia para a escola sozinha, nunca tive grandes problemas. Só que naquele dia, naquela hora, naquele momento eu senti como se ninguém estivesse preocupada comigo, ou melhor dizendo, que ninguém estivesse ali para me ajudar, para dizer assim: Tu estás bem? Não tinha ninguém. Depois também me senti desamparada porque parece que eu me queria levantar e parecia que não conseguia porque parecia que não tinha forças ou porque... sei lá, um pequeno gesto que às vezes fazia, ou fazer assim ao pulso ou a escrever, eu já sentia câibras ou dores no pulso. Não sei, não sei se era pouca força que eu já tinha, se era massa muscular que me faltava. Sei que senti uma certa... senti-me inútil. Sei que foi um momento assim de despertar que disse: ui, isto assim não pode continuar. Até que esperei que a minha mãe chegasse, estava de lágrima nos olhos porque eu não sabia o que fazer, não sabia o que dizer.(...) Lembro-me de estar sentada no sofá, a minha mãe chegar, aliás estava deitada até, e a minha mãe: Ui, estás bem? Estás cansada. E eu: oh mãe, senta-te aqui, preciso de falar contigo. Não, não foi nesta casa. Foi noutra. Eu antes de vir para esta casa estava numa casa alugada de uns primos meus durante ano e meio. Foi no tal ano que passei no 10º ano. Deitei-me no sofá, pus-me a ver televisão muito baixinho, qualquer barulho me incomodava. E a minha mãe: o que é que se passa? Estás com as lágrimas nos olhos. E eu: Oh mãe, quero falar contigo. Então anda ali para a cozinha e comemos qualquer coisinha. Não comi, apenas bebi. E então eu disse: Oh mãe estou com anorexia nervosa. E a minha mãe: O quê? Estás com quê? Estou com a tal doença que o Dr. Y me disse. E a minha mãe: estás a admitir. Tens consciência do que estás a fazer? Eu sei mãe. É que estás a admitir que estás doente. Porque eu havia imensos programas nas tardes da Júlia, Você na TV, muitas vezes aparecia anorexia, uma senhora que há 18 anos está com anorexia, eu via, mas eu não me comparava, o quê? Eu assim? Nunca na vida. Nem eu sabia que estava para lá caminhada. "Mas sabes aquelas boquinhas que tu mandavas a dizer que nunca ias ser como aquelas pessoas, é como tu estás." E eu: eu sei. Então olha: vamos, tu e eu, vamos fazer um plano alimentar para ti. Já nem o plano alimentar que a nutricionista mandava resultava visto que eu estava sempre a emagrecer. Então ficou combinado: que eu acordava às horas que acordava e tinha sempre de comer o pequeno-almoço. Sempre de 3 horas de espaço entre as refeições. Eu até podia jantar à meia-noite, mas tinha de fazer aquele regime.*

[N1b] *Eu senti-me diferente foi quando... foi na casa dos meus tios em que comi uma taça de aletria bem recheada, ao início, até me lembro perfeitamente foi no último dia do Euro de 2004, fomos todos para casa de uns tios meus. (...) Eu e os meus pais. Somos todos. Fomos para casa dos meus tios. Lembro-me perfeitamente da roupa com que estava. Estava com chinelos cor-de-rosa, estava cor-de-rosazinha. Estava com uma saia cor-de-rosa, uma camisola descaída, a ver-se um bocadinho os ombros, lembro-me perfeitamente. Ainda estava sensivelmente magra mas já estava com aquela mentalidade que já estava a recuperar. Por acaso tenho fotos, ainda estava magrinha. Primeiro, eles estavam se não me engano a comer camarões, mas como eu não gosto de camarões, comi tostas com delícias do mar. Souberam-me bem. Acho que nunca me tinha assim um petisco...soube tão bem na minha vida. Depois comi uma taça recheada de aletria. Mas eu ao início hesitei: como ou não como. Não sei, senti assim uns olhares perante mim. Quem é que estava a olhar? Estava uma prima minha e estava a minha mãe ao lado a olhar e disse: então, não comes? E eu: não sei, não sei se agora tenho barriga. Já estava a começar a ter uma desculpa. Só que depois não sei, arrisquei e comi. Soube-me tão bem, tão bem, tão bem. Comi aquilo com a maior da satisfação. Estava a ver o jogo e estava a comer. Depois vieram ter comido e: tu comeste isso tudo, a sério? Mas quê, apeteceu-te? E eu: sim, apeteceu-me. E quê: agora vais fazer 30000 abdominais, vais correr meia hora. E eu? Não. Estou aqui, não estou. Foi um momento em que senti um peso, sim*

senhor, que era da aletria, mas não me importei. Não me importei, sinceramente. Se saísse, ou se não saísse, se ficasse ou não ficasse. Soube-me bem, soube-me muito bem mesmo. Até que depois ainda comi umas bolachinhas dali mais umas bolachinhas daqui. E eles: estás a comer bem. Ui! Para quem tinha a mania de... eu comia uma pequena malga. (...) Senti-me bem apesar de ter comido bastante, de ter comido uma sobremesa inteira, neste caso. (I- Antes como é que se teria sentido, caso tivesse comido o mesmo?) Ui, uma baleia, um cachalote, o maior animal deste mundo. Tinha-me sentido o maior animal, a coisa mais horrorosa, sei lá, um bicho, um bicho feio, daqueles que vão para a rua e toda a gente olhava: olha, aquela comeu iiiii. Sentia, ou melhor, vozinhas na minha cabeça faziam com que eu pensasse que aquela ou aquele não sei quantos pensasse: olha o que aquela comeu, iiiii, Jesus. E ninguém tinha visto se eu tinha comido ou não. Simplesmente a olhar para a minha figura podiam dizer: ei que gorda, comeu tanto. Sentia-me mesmo assim. Só que naquele dia até vim cá para fora, vim brincar com uns primos meus que na altura eram pequeninos, andei de trotineta, que já não andava há uns quatro anos atrás, andei, brinquei, estava satisfeita, estava consideravelmente cheia, estava bem, não tinha fome e também não sei, estava com um sorriso diferente, estava com um brilho diferente, porque a minha mãe até chorou e eu: mas o que é que se passa? E ela: há muito tempo que não te via assim, tão alegre, tão divertida e com já alguma cor, porque eu estava a começar a ficar com... eu sou branquinha, mas pronto, ficar assim com uma corzinha na cara, ficar assim com um sorriso, pronto, a minha mãe notou essas pequenas coisas, essas inovações.

[N1c] Mas depois chegou uma época que ele me disse: Estás muito magra. Eu gosto de pessoas aonde possa agarrar. E aí já tive mais à vontade na alimentação. A partir desse momento. Foi importante ele me ter dito aquilo, apesar de só ter sido de um Verão, o ano passado por acaso veio cá eu já namorava com o meu actual namorado, e uma amiga minha, por acaso foi um Verão espectacular, eu conheci n e n rapazes, foi um Verão excelente, e ele disse-lhe: “então onde está a C., eu queria cumprimentá-la, dar-lhe um beijinho” e ela: “se queres beijinhos, na cara tudo bem que ela dá-te agora mais não pode ser que ela namora”. Mas na altura foi muito importante ele dizer: estás muito magra, eu quero agarrar-te, quero assim uma chicha. Eu na altura senti-me mais à vontade, mais aliviada. Até que cheguei ao ponto de lhe dizer: tu não te importas mesmo que eu seja assim mais rechonchudinha?” e ele: oh, rapariga, eu quero-te agarrar, quero ter por onde te agarrar. Mas ele não sabia nada da minha história. Como era um namoro de Verão, não me puxou muito por eu contar a minha história. Disse-lhe: mas tens a certeza? E ele: tenho. Eu já namorei com pessoas bem mais gordinha que tu, eu já namorei com bolinhas mesmo e eu não me importei, eu gostava da pessoa e era da pessoa que eu me interessava. Ele era caxineiro puro, digamos, ele era da terra. Ou seja, os caxineiros têm a mania de dizer... de mandar assim umas boquinhas um bocadinho foleiras. Aquele não, aquele surpreendeu-me muito. Depois comecei a sair com os amigos dele e eles: a tua rapariga é muito bonita. E eu babava-me. Sentia-me envergonhada, porque me sentia bem.

[N2a] A parte do meu irmão ... houve um episódio mas esse foi o que mais me ajudou. Eu estava na praia e ia tomar banho. Até já estava no quarto de banho para ir tomar banho. E o meu irmão entrou furioso, abre-me a porta, entrou mesmo furioso e disse: “só te vou dizer isto uma vez, portanto ouve bem (o meu irmão com cara de mau) tu estás tão magra, estás tão magra que estás feia de estar tão magra, ouviste?” Disse isto: “estás a ficar muito feia”. Fechou-me a porta e eu não tive tempo nem de reclamar. Disse aquilo. Chegou lá, desbobinou. Parecia que se tinha aliviado, desbobinou aquilo, fecha a porta e virou costa. E nunca mais me falou de nada.

I- e ainda se recorda o que é pensou, o que é que sentiu...

N- que o meu irmão gostava de mim. Foi isso.

I- Senti que ele gostava de si...

N- sim. E que estava preocupado. Que afinal eu não passava despercebida. Que ele gostava de mim. Eu gostei da atitude do meu irmão e esta atitude ajudou-me muito para a recuperação.

[Mais para a frente na entrevista, ainda referindo-se a este momento como um dos factores mais importantes da sua recuperação] do meu irmão com essa frase que eu nunca mais esqueci, “só te vou repetir uma vez, e é bom que ouças, estás feia de tão magra e foi-se embora”. Mas parecia que eu lhe tinha estragado alguma t-shirt ou alguma coisa que ele gostasse muito. Foi zanga, uma arrelia. Aquelas arrelias interiores, que são as piores. E nunca mais falou comigo. Às vezes tentava magoar e dizia: “mas eu estou mais gorda” e ele nunca mais se pronunciou.

[N2b] *E depois o meu tio aconteceu, na Páscoa seguinte, aconteceu. Porque eu só me lembro que eu até ia com mais roupa. Eu ia com uma roupa que eu achava que me ficava feia, fazia-me muito gorda. Mas eu tentei levar uma roupa larga, larga que se via mesmo assim, mas eu levava muita roupa para nem se quer repararem que eu estava tão magra. O meu tio apercebeu-se e ficou com as lágrimas nos olhos. Ele tem filhos mas viu assim a sobrinha. E isso custou-me muito. Eu fui, essa parte dos tios, pensei que eram desligados e que não se preocupavam e afinal não, até se preocupavam.*

[N2c] *A minha tartaruga, essa ajudou-me muito. Foi na época do euro 2004. Eu tinha duas tartarugas que eu estava habituada. Eu estava habituada não a viver com elas, porque elas são muito mais mortas que os meus cães e gatos. Mas sabe aquelas tartarugas que se compram pequeninas, agora a raça delas já nem se vende. Porque elas cresciam muito e as pessoas vêem aquelas coisinhas pequenas e acham muita piada, como eu achei, e deram-me. E as tartarugas cresceram. E eu tive era a Whitney. Ela depois de hibernar não tinha o que comer. Só que nessas lojas de animais não souberam dizer adequadamente. Aconteceu que elas já estavam com um tamanho que elas já deviam comer fiambre, carne, queijo. Elas já tinham de comer mesmo comida de tartaruga, vegetais, tudo isso. E nós não sabíamos. Só vimos que a Kikas continuava a comer imensos camarões e esta não começou a custar-lhe muito comer até que deixou de comer. Ai levamo-la ao veterinário de tartarugas, era especialista em raças exóticas, e ele disse que estava com anemia. E lá está e eu vi-me na tartaruga. Eu revi-me na tartaruga e até chorei. Ela acabou por morrer com uma anemia. E eu sei que a anemia foi provocada pelo facto de não ter comido. Pronto. E foi um pouco isso. Vi, ela não comeu, ela teve de tomar remédio para as fezes para se dissolverem para conseguir defecar, ela teve a soro. E eu vi-a a morrer, vi as reanimações. Ela depois foi seguida e depois de um momento para o outro desfalece. Enquanto a outra estava a ficar maior, esta morreu. Eu vi-me muito aí, eu vi medo. Consegui ver a tartaruga, olhei para a tartaruga e vi que era o meu processo. E depois vejo televisão e sei muitas coisas. Não é por falta de informação, o Dr. dizia o que é que uma engenheira está aqui a fazer, não é por não saber, porque eu interessei-me, leio, sei, era aquela volta. Neste caso a tartaruga mostrou-me. Não sei. Eu se não comesse terminava como a tartaruga e vi o sofrimento que foi. Mas se comesse ficava gorda. Mas lá está aquela coisinha, ela não comeu, os intestinos dela não funcionaram, ficou congestionada, já não conseguia engolir e acabou por falecer e foi aí que despertei. E olhei muitas vezes ao espelho e chorava porque estava magra. (I- Ai começou a ver-se magra?) Exacto. E chorava. Eu tinha noção. Eu tinha calças que era o 32 e eu tinha de andar com cintos que a minha tia deu-me e nunca me serviram aqueles cintos porque eram apertadíssimos, eram 32 e já não me serviam porque não me cabiam. Isto ajudou-me muito.*

[N2d] *É fácil. Há um que eu até nesse momento, eu a partir daí comecei ... lá está. Dei as aulas durante dois meses e depois como viram no meu currículo, era a estagiária, convidaram-me para fazer de guia num centro de ciência. Nós estávamos no centro de ciência e tinha cerca, tinha para aí 100 pessoas à minha frente, 3 turmas, era uma igreja que o pároco convidou os meninos catequistas e os pais iam todos, porque depois toda a gente quer acompanhar os filhos. Mas nós não tínhamos possibilidade. O anfiteatro já estava totalmente cheio, estava repleto, a rebentar pelas costuras. Os pais insistiam. Não havia cadeiras para ninguém. Aquilo só se ouvia pessoas a berrarem por todo o lado. E eu a certa altura disse: "Eu já não aguento isto, daqui a pouco vou estar a tarde toda para uma professora mandar sentar um, a seguir o outro mandar tirar a criança. Então irritei-me e disse: "não vai ter de ser senão isto aqui ninguém impõe respeito". Desço as escadas, porque nós falávamos num género de um palco, tínhamos de descer as escadas porque nós falávamos num palco pequenino e todo o anfiteatro ficava a olhar para nós. A certa altura mandei um berro e disse: Agradecia silêncio, agradecia que as pessoas se calassem. E as pessoas ficaram assim. Pararam e toda a gente fez silêncio e ficaram a olhar. E disse: "Isto não pode ser, isto está repleto, aqui já está, pronto já não sei bem os termos que eu utilizei, os catecistas são quem vai ver a experiência, agradeço que os pais fiquem lá fora e venham daqui a 20 minutos, porque há um novo filme para verem. Por isso, agradeço que saiam. Não pode ficar em pé ninguém. Por isso apenas temos possibilidade de ter os meninos que já ocuparam os seus lugares. Daqui a minutos temos de dar seguimento à visita. E ficaram. As minhas colegas aproveitaram e tiraram os pais que estavam a mais. E pronto. Mas aí pensei mesmo: Ui, tu berraste, deste assim um berro, para já porque acho que sou tipo garnizé a berrar porque tenho uma voz muito aguda, mesmo aquele berro naquele anfiteatro cheio, cheio dava cerca de 100 pessoas, aquilo ainda repleto com os paizinhos pelas escadarias, aquilo ainda estava com mais de 100 pessoas, e eu enfrentei toda a gente, tomei mesmo, aí pensei: N. tu conseguiste. Pronto, posso não ter feito se calhar boa figura, estava sempre a preocupar-me se tinha feito boa figura ou não, mas aí também acabei por não me preocupar tanto. Já estava a atingir assim o extremo. E vi que mudei muito. Dantes ficava lá à espera, nem que fosse uma hora, à espera que as pessoas se organizassem. E não.*

Impus, impus ordem. (I- Ainda se recorda do que sentiu depois de ter feito isso?) Por um lado, senti. Ui, que figura. Tu a berrares com a tua voz. Mas por outro lado: "N., tu deste um berro e puseste as pessoas em ordem. Senão tinhas ali imensas colegas que não faziam nada, umas mais velhas estavam à espera que aquilo se organizasse por si só. Não, N., tu conseguiste, tu venceste o teu medo, medo de falar em público. Ali tinha, ali fui profissional, mandei o berro que tinha de mandar, independentemente de estarem crianças que eram com quem mais lidávamos, que era o nosso público-alvo, mas também estavam adultos mas não tinham qualquer tipo de ordem. E foi esse berro. (...) Marcou-me mesmo. Marcou totalmente. Pelo menos é um episódio que me lembro.

[N3a] *Uma vez quando vim a este hospital, foi quando conheci a F. que ela veio falar comigo e disse que eu estava muito magra mas ela estava muito mais magra que eu, só que não tinha consciência. Só sabe olhar para as pessoas e ver que elas estão magras mas não é capaz de ver que ela está muito mais magra, muito pior do que nós. Acho que isso foi chocante. Perceber que ela nesta doença consegue perceber que nós com a doença estamos muito magras e ela percebe que está bem, que ainda continua gorda. (...) Senti-me um bocado chocada. E assim, espantada, perceber como ela pensava. Apercebi-me que esta doença tem dois lados. Quando estamos na doença podemos não perceber que estamos magras mas conseguimos perceber que os outros estão magros, como é o caso dela. Pus-me a pensar que as pessoas estavam a exagerar e estavam a dizer a verdade, por outro lado.*

[N3b] *Por exemplo, a última vez que vim aqui ao consultório do Dr. X, estava com a minha mãe, pesei-me, já não sei quanto é que pesava, só sei que já tinha o peso ideal, o dr. X fez o índice de massa corporal, disse que estava bem, foi quando ele me deixou sair. (I- e nessa altura o que é que pensou?) Pensei que já estava com um peso normal, já estava bem, mas ainda continuava na nutricionista. (I- O que é que sentiu nessa altura?) Senti-me feliz, porque eu não gostava de vir para aqui. (I- Era para si difícil vir para aqui (hospital)?) Sim. (I- E porquê que era difícil?) Primeiro porque não gosto de médicos, de hospitais, deste ambiente. E então para mais quando se referia a mim, e numa doença que eu tinha, mais difícil.*

[N4a] *até que um dia o meu pai já numa fase um bocadinho grave, uma vez veio cá [referindo-se a sua casa] uma pessoa familiar afastada e o meu pai disse: oh, eu já nem quero saber dela, ela se quer comer come, se não quer, não coma, eu já não quero saber, eu vou viver a vida com a mãe dela, temos mais um filho. (...) Quando o meu pai disse aquilo e eu comecei a ver que eles não me prestavam atenção... porque o Dr. Y. dizia: Não lhe prestem atenção, não lhe liguem nenhuma. E quando comecei a ver da parte deles, que tinham perdido o interesse: queres sair, sai, não queres, não saias, queres comer, come, não queres, não comas, do género, faz o que tu entenderes, aí eu comecei-me a aperceber que não me valia de nada estar assim.*

[N4b] *Primeiro começou quando engordei 100 kg. Porque eu comia e não engordava.(I- 100gramas?)100 gramas. Fui à consulta e o Dr. R. disse: Pronto já engordaste 100 gramas: porque primeiro era não emagrecer. Porque depois aquilo descontrolou-se e eu já não conseguia não emagrecer, mesmo não querendo. E ele: pronto, já não emagreceste. Depois na semana seguinte ele disse: Esta semana engordaste 100 gramas. Isto foi um bocadinho tipo: eu gostei e não gostei. Mas eu disse: não, isto vai ter de ir para a frente. (...) Senti-me contente. Eu sentia-me muito triste. Senti uma alegria. Por um lado senti-me... não foi triste... revoltada porque não queria engordar. Mas por outro senti uma alegria do género: Já estou a conseguir. Depois vim para casa, comecei a engordar aos pouquinhos, aos pouquinhos, depois quando cheguei ao peso mínimo, nessa fase de começar a engordar, eu lembro-me que foi em Setembro, em que engordei 100kg, não, 100 gramas, e nessa altura lembro-me que conheci uma miúda que jogava hóquei, e eu sempre gostei de fazer desporto, e ela: aí, quando tu ficares boa, podias vir fazer hóquei connosco. Tinha havido aqui um campeonato mundial de hóquei feminino. E eu fui ver e adorei. "Aí eu gostava tanto de ir jogar" e então disso ao Dr. E ele disse: Nem penses, tu com esse peso não vais a lado nenhum. Quando tiveres o peso mínimo tudo bem, mas até lá, não. E então, o que é que era a minha luta, era atingir o peso para poder ir. Isto foi em Setembro, comecei a engordar e em Dezembro eu lembro-me que atingi os 47 kg e ele disse-me: agora sim, estás com o peso, se quiseres ir fazer desporto, tudo bem, tens que te alimentar. E quando entrei nesse grupo de hóquei, que me ajudou imenso, porque eu tinha perdido as minhas amigas todas, fui muito bem recebida, porque toda a gente sabia do que se tinha passado, que eu estava a recuperar e na altura eu era das mais velhas, era eu e mais quatro, mais velhas do que eu, e ajudaram-me imenso, o facto do convívio, de ir a jogos,*

ir a jantares, Por exemplo, eu não gostava de, quando estava doente, de ir jantar fora e ir com amigos e assim, porque eu tinha de comer, porque era obrigada a comer senão ia dar bandeira, e aí já gostava, ia jantar fora com elas, ia sair. E eu acho que isso ajudou-me imenso. Porque eu comecei a deixar de pensar tanto em mim, para pensar na equipa, nas equipas, no sair, no relacionamento social, com outras pessoas outra vez, porque eu isolei-me. E então aí comecei a ver que já estava um bocadinho a dominar a situação e já estava a ficar bem.

[N4c] *Entretanto na altura em que estive doente os meus pais não me compravam roupa porque era uma maneira de me obrigar a engordar, lembro-me de na altura a minha mãe disse: pronto, então vamos comprar uma roupa para ti! Foi uma alegria para mim. (I- Ainda se recorda desse momento?) Perfeitamente. (I- Como é que foi? Como é que a mãe foi ter consigo, o que aconteceu... Conte-me esse momento.) Foi uma conversa banal tipo: olha tenho um jantar até queria ir com uma roupa gira. Porque eu estava na fase dos 18 anos, já, 17/18. E queria ir gira, mas a minha roupa ainda estava grande. E eu: e podias ir comprar-me uma roupinha. E os meus pais: então pronto, agora sim. Estás a engordar, vamos comprar uma roupa. E então aí comecei a ter entusiasmo, ter entusiasmo de ir às compras e as roupas me ficarem bem, querer sair, conviver, depois pronto aquela história dos rapazes, passado pouco tempo comecei a namorar, também ajudou. Porque aí está, uma anoréctica só pensa em si, está centrada em si, só em si. E o facto de ter entrado para a equipa de hóquei, ter começado a namorar, ir sair fez-me bem porquê, porque eu deixei tanto de pensar no que vou comer, quando vou comer e não quero comer e começar a distrair-me e pensar noutras coisas, e no fundo a recuperação foi um bocado assim. Eu tinha alturas que não queria comer e custava-me comer mas eu pensava: Não, eu tenho de comer porque tenho de sair disto. E foi.*

[N5a] *Ao meu irmão, quando ele me disse que se eu continuasse a emagrecer não... eu estava na altura, foi no ano passado...exactamente, que eu estava a chegar a altura do Verão e o meu irmão disse-me que não queria sair comigo para a praia, não queria fazer comigo e com os meus pais de férias, etc. Porque nessa altura eu já estava a comer e eu comecei a chorar e a dizer que eu até já comia, e ele disse: mas então vais ter de comer mais... Porque o meu irmão também já estava a ficar muito chispado. E como é uma pessoa que eu gosto muito e que levo muito em consideração o que ele diz, na altura aquilo chocou-me e eu pensei realmente há qualquer coisa que não está a bater certo. (...). Mas depois quando o meu irmão me disse isso, eu cheguei mesmo a dizer: então o meu irmão tem vergonha de mim! Não tinha, eu acho que foi a única forma que ele conseguiu arranjar para me chamar a atenção que eu estava a cometer um erro.*

[N5b] *A praxe. (Ri-se.) Adorava. Eu queria muito fazer porque eu ouvia o meu irmão, os meus primos e achava aquilo tão engraçado que eu queria fazer. Então quando eu vinha... eu lembro-me perfeitamente. As aulas começavam na quinta-feira e eu vim à Dra. numa terça. E eu à tarde nessa terça ia-me inscrever na faculdade, então quando ela me disse que eu não podia fazer praxe, que eu levava carta e tudo que estava dispensada da praxe, foi horrível. Nesse dia para mim foi horrível. (...) Só sei que eu não estava mesmo bem porque eu queria tanto, tanto, tanto e depois é uma coisa que uma pessoa quer muito e depois não consegue, e depois eu achava sempre... eu dizia mesmo para mim: Eu não posso fazer por minha causa. Não é, porque um cancro aparece, uma leucemia aparece, isto aparece porque nós provocamos. (...) E então começava-me a culpar disso. Isto há forma de modificar as coisas. Mais uma força para a R. continuar a comer. (...) Foi difícil. Porque os meus pais não queriam porque os meus pais tinham medo que eu voltasse a perder o peso. E eu disse: vamos tentar. Eu disse mesmo: eu mostro aos doutores ou à faculdade a carta da doutora, que nunca foi preciso, eu digo que tenho um problema de saúde mas que quero fazer e se achar que há alguma coisa que eu não possa fazer eu não faço. Fiz a praxe toda. Eles disseram: vamos dar um voto de confiança portanto agora tens de cumprir. E eu: sim, senhora, então tinha ali uma missão a cumprir. Quer dizer, acabava por ser porque eu bastava ir para a faculdade, dizia aos meus pais que não fazia praxe e depois acabava por fazer. Só que como eu nunca fiz isso, foi o que eu disse a eles. Eu como nunca fiz isso não vou fazer agora. E eles disseram: pois mas isso a responsabilidade é tua. E aí tu é que tens de ter responsabilidade e saber aquilo que realmente queres. E então eu disse: mas vamos entrar por um bom acordo e vamos aceitar que eu assim vou de consciência tranquila. E aceitou, eles deram-me um voto de confiança. E eu disse: se as coisas correrem mal, eu paro, eu paro e pronto. Mas graças a Deus!*

[N6] *Eu lembro-me de um momento, que é o momento que eu me lembro, que foi quando eu voltei para a escola, foi das primeiras vezes que eu voltei para a escola no secundário. Eu lembro-me que estava com um casaco cinzento na altura, comprido. Porque eu depois só usava casacos compridos. Não me lembro de falar. Lembro-me que estava com amigos. Mas lembro-me que foi: quando uma pessoa fica sem folgo, pensei: é agora ou nunca. Porque para mim foi muito complicado voltar, voltar à escola, voltar mais gorda, muito mais gorda e com muita matéria em atraso. E pensar que ia conseguir e naquela altura eu estava ali e senti que: ou me vinha embora ou ficava e se ficasse era para ficar mesmo. E quando eu penso nisso, acho que foi o momento mais marcante. Foi sair de casa, parar de chorar, chegar à escola e ter ficado lá. Porque para mim foi mesmo muito difícil e foi aquela coisa de: ou é ou não é. (...) Chorava, chorava, chorava, chorava. Depois parava de chorar e comia. Comia tudo o que me aparecia à frente. Abria o frigorífico e comia. (...) Quando uma pessoa se sente perdida, se sente triste, e só sente vontade de encontrar um burquinho para se enfiar e que o mundo passe e não passe por nós, que não nos incomode. Era isso que eu sentia. Eu queria-me fechar sem saber muito bem o que se passava à minha volta. (I- E depois? Foi para a escola. Quem a levou? Como é que foi?) Se quer que lhe diga não sei se fui de autocarro se foram os meus pais. Devem ter sido os meus pais. Provavelmente. Lembro-me da sensação. Senti-me muito olhada porque as pessoas já não me viam há muito tempo. E pronto e olhe, lá correu tudo bem. Houve percalços. A psiquiatra sempre me justificou as faltas para eu não ter problemas. Mas depois há sempre momentos maus. A minha directora de turma, acho que era directora de turma, mas já nem sei, a minha professora de matemática, na altura deu-me uma nota que eu achei um bocado injusta, porque eu tinha notas superiores àquilo, mas ela baixou-me por causa das faltas, e eu achei um bocado injusto, porque eu tinha as faltas todas justificadas e não achava justo, e ao qual ela me respondeu: “Está maluca. Vá-se tratar.” Isto não se diz, e não se diz a um adolescente, muito menos. E foi um momento complicado. Apesar de tudo os meus amigos reuniram-se um bocadinho à minha volta, foram muito queridos e companheiros e isso foi importante. Foi muito importante. Porque eu sentia-me mal mas não senti que eles me criticassem. (...)*

[N7a] *Por exemplo, quando cheguei a Lisboa vi a maior parte delas, aqui éramos uma ou duas, lá tínhamos uma enfermaria só para nós, era só anorécticas, e era rapazes, raparigas, imensos, eu nunca vi tanta gente com o meu problema junto, eu via gente tipo bem pior que eu, e a comer pelo nariz, bem mais magros e não sei o quê, e eu estava um bocado melhor do que eles e senti: bem eu tenho é que dar o fora daqui. E quando era a hora de comer. Nos primeiros dias em que estive internada. Não. Isto foi quando. Acho que foi em Junho do ano passado. E eu estava para aí com trinta e tal ou quarenta quilos, não sei. Mas havia lá gente que estava bem pior que eu. E faziam imensas fitas para comer e isso. E eu comecei a olhar e comecei-me a sentir um bocado fora daquelas coisas e daquelas maneiras de pensar e daquelas conversas e até me afastava um bocado, das anorécticas, para me juntar às outras, porque não gostava de estar com elas. E comecei a sentir que era um bocado diferente, que aquilo não era o que eu era. Eu mesmo quando estive no hospital aqui eu não era muito comum, como as outras anorécticas, muito caladas. Eu sempre falava e não sei o quê. Eu não sei, se calhar foi uma razão diferente que me fez ficar doente da delas, é o mais provável. Mas eu aí senti-me mesmo diferente e senti que tinha de sair dali. E as mães delas iam visitá-las todos os dias e não sei o quê, a minha mãe não vinha porque estava aqui e sei lá eu era diferente mesmo e senti que era diferente e tinha de sair e curar-me o mais depressa. (...) Era à mesa, principalmente à mesa. Porque nós comíamos juntas numa sala à parte, todas as anorécticas, longe dos outros. E eu sentia-me bué mal, bué mal. Tipo: olhava para elas e via-me um bocado a mim e eu não queria ser assim.*

[N7b] *Um momento pronto...de chegar à praxe e logo no primeiro dia que cheguei à praxe e estar com os meus amigos, caloiros todos, e cantar aquelas músicas todas com eles, e senti-me igual aos outros. Se calhar foi um dos momentos bons. Voltar à escola e sentir-me igual aos outros. (...) Primeiro cheguei à escola e ninguém me reconheceu porque eu estava bué de diferente, com uns quilos a mais. Depois juntei-me aos outros caloiros e depois quando foram escrever no meu passaporte eu disse o meu nome. E eles: Ah! Tipo lá ficava tudo a olhar para mim. Mas não era aquele olhar de pena, era aquele olhar bom. E depois sei lá. Andei lá aos saltos e a cantar. Senti-me mesmo parte do grupo, lá dentro. Dantes era o grupo e eu fora. E eu agora estava lá dentro e estou, eu agora estou sempre. (...) Ah, estava feliz por ser igual. (...) Sentir-me recuperada é tipo ficar igual aos outros. Em Lisboa só me conheciam doente, cá só me conheciam boa. Cá no Porto. No Estoril eles conheciam-me doente. E viram-me normal e não me reconheceram.*

[N8] Foi, estava numa consulta com a Dra. X. e tinha 33 quilos e cem gramas. E a Dra. X. disse que na próxima consulta que era daí a 4/5 dias se eu tivesse chegado aos 33, ou seja, estava a 100 gramas de ser internada. Na consulta foi um bocado chocante ouvir. Mas na viagem para casa até pensei que de tão doente que eu estava que o internamento até seria bem-vindo. Embora... é só para ver como eu estava mal, desintegrada, desadequada, eu até achava que a ideia do internamento não era assim tão má. Mas chegando a casa, eu estou a ver o meu pai a chegar a casa, entra a seguir a mim ou antes, fecha ... nós entrávamos pela cozinha, fecha a porta da cozinha, a porta de casa, e vira-se para mim, e eu nunca o tinha visto daquela forma, estava mesmo emocionado, e fez-me um discurso, fez-me discurso como eu tinha de perceber que era ali, era agora ou nunca que eu ia, que eu podia melhorar, que aquela situação só se ia arrastar mais, que o internamento era o sinal de que poderia não haver recuperação, ele utilizou o facto de eu ir ser internada para me chapar na cara que eu estava mesmo gravemente doente e que tinha de contrariar isso com todas as forças, porque tinha de partir de mim. E o facto de eu ser internada era uma prova, uma evidência, contra a qual não haveria argumentos, eu não poderia dizer: Ah, não, eu sou saudável mas vou ser internada. Pronto. E aí eu não poderia dizer: não, não tens razão, eu estou muito bem, ainda vou conseguir. Ele disse: tu 100 gramas é de hoje para amanhã que os perdes, e isso significa que nós não te vamos ter aqui connosco e eu percebi na conversa que, o meu pai chorou e tudo, e eu percebi que ele estava a sentir que tinha falhado como pai. E fez-me prometer que eu ia comer naquele fim-de-semana. Era quinta, ia ter consulta na terça, que naquele fim-de-semana eu ia comer tudo o que eu pudesse, tudo o que me aparecesse à frente eu tinha de comer. Óbvio que esta proposta me assustou. “Mas isso eu não posso, não consigo”. Mas o meu pai conseguiu-me convencer, era objectivo, eu não podia dizer que me ia fazer mal, estava em falta. “Mas achas que te vai fazer mal? Tu achas que não precisas? Como é que tu podes achar que não precisas se estás com 33 quilos e não sei o quê? E eu: “Não, eu de facto...”. Então não te faz mal, faz isso. Fez-me prometer e eu prometi mais por ele do que por mim, porque eu não queria que ele ficasse naquele estado, a pensar que tinha sido um mau pai e tudo o mais. Então fiz esse esforço. Nesse fim-de-semana comi sem pensar no que estava a comer e o meu pai virado para mim: força, estás a fazer bem; força, força, come, come tudo o que puderes”. Acho que até comi sobremesa, acho que já não comia há meses, e pronto. Nesse fim-de-semana acho que engordei um quilo e meio, uma coisa estrondosa, que depois na semana a seguir perdi 200 gramas, mas nunca voltei assim a perder um quilo. (...) Eu estava tão desligada, nem me interessava se ia ser internada ou não, só queria desistir, deitar os braços a perder. E o que o meu pai me fez ver foi que eu não podia desistir. Então acho que foi isso que eu percebi, que tinha de lutar. Mas eu não ia lutar por mim, eu já tinha desistido de mim. Ia lutar por ele, porque eu vi que ele não poderia. E depois mais tarde numa conversa com o meu pai percebi que aquele foi o dia em que o meu pai disse: se eu não conseguir fazer nada hoje, eu não consigo fazer mais, eu tenho de desistir. Porque o meu pai já tinha dado tudo. Já tinha perdido imenso tempo comigo em conversas e achava que se não conseguisse nunca ia conseguir. Foi mesmo no dia em que ele ia desistir que eu apercebi-me que não podia desistir (ri-se).

[N9a] Isto tudo começou num dia em que eu tinha tido uma crise e os meus pais nesse dia quiseram-me tirar de casa. Porque eu anteriormente praticava equitação. E depois entretanto quando eu comecei a emagrecer muito, as pessoas começaram a reparar e deixei de praticar, porque me isolei, não tinha vontade de fazer seja o que fosse. Nem desporto, nada, não fazia nada. E nesse dia disseram: olha, vamos lá em cima visitar o J., que era o mestre de equitação. Vamos lá. E eu fui lá. E até ia entusiasmada mas cheguei lá e perdi a vontade, já não me apetecia. Só dei mesmo uma volta que era para não fazer a desfeita. Mas foi mesmo forçado. E na altura, lembro-me perfeitamente, de ouvir uns barulhos, e nós perguntamos a esse tal meu professor: o que é que são estes barulhos? E ele: ah, abriu aí um kartódromo novo e estão sempre a passar karts de aluguer que eles alugam. No dia a seguir, o meu pai mais ou menos para me tirar de casa, disse-me: oh, vamos lá em cima ver aquilo, que é novo e tal. E eu nesse dia, até lembro-me perfeitamente, que não estava com vontade nenhuma de sair, apetecia-me que me deixassem lá no meu cantinho, e fui, e nem me apetecia andar, nem andei, o meu pai disse: anda lá, podes ir. E eu: Pronto, está bem, vou. Mas fui naquela de “pronto, vou fazer o frete, vou”. Entretanto fui para a pista e adorei aquilo. Adorei. Sai de lá, super animada e tudo o mais. E na altura quando sai, estava lá o senhor, que era... uma espécie de mecânico, que me disse: afinal estava-me a perguntar onde era o acelerador e o travão mas já estás farta de andar. E eu disse: não, não estou. Oh não pode ser a primeira vez, já tens umas noções muito boas para ser a primeira vez. E eu a sério que era a primeira vez. E ele disse: ah então é pouco vulgar acontecer, andarem assim tão bem da primeira vez. Pronto eu fiquei animada, no fim-de-semana a seguir fomos lá outra vez, no fim-de-semana depois voltamos a ir e da terceira vez que lá fui estavam lá a andar carros particulares, e eu curiosa estava lá a espreitar e não sei o quê, enquanto o meu pai estava lá em cima no bar, quando os meus pais foram a dar

conta já me tinham deixado andar num carro particular na pista que andava muito mais. Quando tal, o meu pai veio assustado cá em baixo: mandem-na sair, mandem-na sair que ela não sabe andar nisso. Mas toda a gente elogiou, disse que eu estava bem. Entretanto o meu pai deu-me um kart. Foi quando eu comecei a treinar. Entretanto, era o que eu dizia, quando comecei a treinar eu gostava imenso. E andava sempre mais despreocupada. Depois no Natal deu-me um kart de qualidade superior e eu já podia competir em campeonatos nacionais. Entretanto conheci o meu padrinho e ele começou a puxar o meu pai para ir eu e o filho dele fazer umas provas, uns campeonatos e a partir daí, quando ia treinar esquecia completamente os problemas da comida e tudo mais e depois também por outro lado fez-me ganhar força porque eu queria mesmo ser boa naquilo. Então tinha de ganhar peso, porque tínhamos peso mínimo, tinha de comer para ter energia para conseguir treinar. Foi mais isso.

[N9b] *Eu ia treinar a Local Y. Já foi para aí há 5 anos. E na altura também começou a correr um rapaz que tinha ficado na minha equipa. Ele era da minha cidade. O pai dele, agora chamo o padrinho pronto, na altura fomos treinar nesse dia, normalmente íamos o dia todo e almoçávamos lá no bar. E ele: tens de comer, tens de comer, se não depois não tens força. Ele foi militar e tinha assim uma maneira de dizer as coisas assim. E insistia muito comigo, mas sem ser daquela maneira que insistiam os meus pais. Era diferente, porque não julgava, só dizia: anda lá, anda lá, come mais esse bocado. Mas era mais na brincadeira, tipo a puxar por mim. Não era tipo: anda lá, tens de comer, tem algum jeito. Era diferente. E lembro-me perfeitamente, que eu sempre que era para ir treinar, principalmente que era lá em Local Y e eu ia com ele, eu comia normalíssimo o almoço, ainda comia gelado de sobremesa, tudo normal. E foi, onde senti mais, foi nesse dia. E depois a partir daí sentia-me normal, estava completamente descontraída, comia normalíssimo, ainda comia um gelado, sentia-me completamente descontraída em relação à comida, olhava, comia, não ia pensar. Depois quando acabavam os treinos eu ia para casa e via que andava mais descontraída, andava bem. Depois se andava sem treinar, se calhar ficava pior. No dia em que tinha treino andava completamente descontraída. O que eu queria mesmo mesmo era fazer bons tempos, então tinha de ter força, então comia, era mais ou menos isso. (...) Ele estava a puxar por mim mas era naquele sentido de desafio. E eu comia. E depois também sabia que tinha de comer para conseguir aquele objectivo. (...) Senti-me bem, já não me lembro como é que o dia acabou, mas lembro-me perfeitamente desse dia ao almoço. (...) Não pensei. Simplesmente comi normal, sem pensar que estava a comer, que não estava. Tinha fome, comia. Só isso. (...) Eu lembro-me do meu padrinho dizer: anda lá come mais. E eu aceitei aquilo com normalidade. E comi e não pensei mais nisso. Enquanto antes para já não levava a bem que me falassem em comer mais.*

[N10] *Acho que, basicamente, foi numa das consultas. (...) Pronto, depois cheguei a casa e...tenho uma amiga minha que é como uma irmã e ela perguntou-me logo «Então, como é que foi?» e eu disse-lhe «Olha, acho que as consultas já, já nem precisava das consultas» disse-lhe deste modo «Já não precisava das consultas». E ela «então porquê?» e eu disse que «acho que já sou capaz de ter controlo, psicologicamente», nós temos aqueles pensamentos na altura, que eu não tinha, de que não conseguia e agora tenho a noção de que não...antes a comida era uma preocupação, porque tinha que me preocupar em comer tudo direito e agora já é como uma rotina, já não há aquela preocupação diária, porque já começa a fazer parte do dia-a-dia. Então eu disse-lhe «olha, já tenho aumentado o peso e agora estou bem e a médica até me deu os parabéns e disse-me que estava a recuperar e que se...da próxima vez que fosse até tenho alta» e foi essa consulta até...essa conversa com ela e eu durante o tempo de, depois da consulta e se calhar a conversa com ela, talvez seja o momento exacto em que eu tive a noção que realmente tinha controlo, talvez seja esse mesmo o momento exacto, talvez seja até mesmo esse. (...) Senti-me bem. Senti-me bem, porque acho que era...quando temos uma doença só nos queremos ver livres dela, quanto mais depressa melhor. Então, ter a noção e saber realmente de que estou bem, porque senão a médica não me iria dar alta, não é? Acho que foi uma alegria, foi aquele momento de pensar que estou a conseguir, e consegui e que, como eu, muita gente também pode conseguir.*

[N11] *Foi numa consulta, quando eu já...como é que eu hei-de explicar...estava a iniciar a recuperação, já tinha entrado aqui há muito tempo, já quase há dois anos...E estava sempre, como é que eu vou explicar, o peso subi ligeiramente, eu ficava com medo, descia ligeiramente... naquele equilibrar para as coisas não fugirem muito ao meu...ao meu controlo. Claro que surgiram aquelas complicações de “Se não sobes, para a próxima és internada!”. Pronto, fui andando assim...até que numa consulta subi bastante e fiquei apavorada e voltei a descer...E quando*

voltei a subir foi de vez. Não voltei a descer... E foi com...foi numa conversa com o Dr. X., quando...quando tinha subido definitivamente 3kg àquilo que eu costumava ter, que eu própria disse que eu já parecia não estar tão...como é que eu hei-de explicar...tão pouco receptiva àquilo que ele dizia, notava-se que eu já estava mais...com mais vontade, de facto, de fazer aquilo que ele tinha dito, o tal programa, e continuar... E eu "Pois, ainda tenho um bocadinho de medo..."; "Pois, mas ele é normal, mas já está a fazer..." e não sei quê..."Porque diz sempre que faz e eu sei que não faz, porque se não sobe de peso, não faz."; "Não, não de facto eu já consegui fazer, mas fiz só aquele passo. E ele. "Pronto, mas pelo menos eu sei que fez aquele passo, porque está...". E eu acho que esse foi um dos momentos principais, até porque a partir daí subi sempre.

[N12] *Eu agora não me lembro... Lembro-me depois, de em Julho ir para o Algarve com as minhas amigas, foi um Verão espectacular, porque já não saía de casa há um ano e... e aí voltar... Lembro-me perfeitamente de estar com um top curtinho, toda contente de estar magrinha, mas gira, já não era uma magra esquelética, mas era uma magra com formas... Lembro-me de estar com um top da Sisley, de uma amiga minha, às risquinhas, que apertava...isso era...tenho essa imagem de estar no Algarve bem, a comer gelados e a não pensar nisso, a...na altura... lembro-me desse Verão, de ter voltado a ser a J., mas não tenho assim nada do tipo "Estou boa!" Não sei, acho que foi a médica que foi começando a ver também como eu estava ir... Deixar de tomar os remédios...Tudo isso mostra depois que uma pessoa está melhor.*

[N13] *Mas isto não tem só a ver com a anorexia, também tem a ver com a música, que apesar de tudo...a anorexia afectou um bocado a música, apesar de tudo comecei a estudar mais, mas ia para as audições completamente...cansada, não é? E quando estamos cansados, na música, não dá. Corre-nos sempre mal, sempre, é uma coisa certa. E...e quando eu, nessa audição, eu primeiro vesti...acho que foi, umas calças de ganga e uma camisola cor-de-laranja e...e já estava...já a despontar as mamas, um bocadito...hum... estava com o cabelo muito curtinho mesmo, com uns óculos todos chiquérrimos e não sei quê...uns óculos mesmo fixos, que tínhamos comprado há pouco tempo mesmo...hum... estava, já estava um bocado depois da mudança, quer dizer, do arranque, ainda estava magra, mas já estava...já, já...estava calor, não é? E os pulsos normalmente com o calor ficam...mais largos e eu já não me estava a importar com isso. Estávamos no Museu X, que é onde fazíamos as audições da Companhia da Música...eu lembro-me que fui a última...então, entrei lá no palco, ia tocar um estudo muito bonito mesmo, que eu já não me lembro...Aí, que vergonha! (risos) Mas, pronto, aquele compositor é muito esquisito, depois a sonata...era o primeiro andamento...só...Pronto, então fui tocar o estudo, não me enganei uma única vez nessa audição...Correu-me muito bem mesmo, consegui transmitir a música ao público, como deve ser, não é? Toquei e depois as pessoas bateram-me muitas palmas e depois fui outra vez ao palco... E depois foram imensas pessoas dar-me os parabéns e depois o presidente da Fundação disse, até disse à minha mãe...perguntou à minha mãe se ela era minha mãe e disse-lhe que não sabia que na Companhia da Música estavam pianistas deste calibre... (risos) Fiquei toda contente! Primeiro, senti-me muito contente, senti que, realmente, já estava a melhorar nas audições, que já não ficava tão nervosa e isso tudo... E senti que isto tudo, afinal, hum, o que eu pensava que era um tormento para melhorar...o que eu pensava que era um tormento ficar...engordar, não é? Afinal, não, era uma felicidade, em todos os aspectos...(I – Hum...Interessante. Então, pensou que estar melhor também lhe podia proporcionar estes momentos, por exemplo...) Exacto. Pensei isso. Não só estes momentos profissionais, entre aspas, mas também os momentos familiares, não é? A estar com a minha mãe, com o meu pai... com as minhas irmãs... De uma forma natural, sem estar a berrar com eles, não é? E...e eles sorrirem para mim e eu sorrir para eles! Essas coisas... (...) (I- então, o que é que acha que já estava diferente aí, consigo? Para ter sido possível este momento...) Primeiro, estava...estava mais enérgica... Quer dizer, não. Eu nessa...eu na anorexia também estava enérgica, mas era uma energia quase forçada, não é? Era...tinha energia...o estar a dizer: "Aí, estou com energia e não sei quê!". Mas aqui estava mesmo com energia natural, não é? Energia interior mesmo, presença, não é? Que isso é importante, não é? Estava diferente aí... Depois, estava mais alegre...hum...Não estava tão isolada e isso tudo e depois estava interiorizada da audição, mas isso já não tem tanto a ver... Pronto.*

[N14a] É assim... Eu acho que tive...hum... Eu acho que esses pensamentos...Tipo, não foi um momento que eu tive "Pimba!", "Ok!". Eu acho que começou a acontecer... Eu comecei a notar que, tipo, já não precisava de ser tão rígida com certas coisas... E, tipo, houve uma vez que fui à Dra. X, acho que foi a última vez que me pesei até... E tinha mais peso...e tipo eu "Ok", tinha mais peso, mas tipo não me fez o incómodo que...que me eu tinha...que me fazia no passado...(...) Eu fui lá...tivemos as conversas do costume...e, pronto, eu saí de lá, fui para o metro, que eu já morava cá...e fui para o metro e até pensei nisso...pensei que, pronto, tinha mais peso, mas...mas também não me fez espécie...é assim, tinha mais peso e ponto final, era...eu lembro-me de estar a pensar "Pronto, tenho mais peso, mas..."(...) Senti-me um bocado estranha...E disse assim "Pronto, tenho mais peso"... (breve pausa) E a Dra. X. também me fez essa pergunta...Mas eu na altura não respondi... (pausa longa) Depois eu também, por exemplo...eu também comecei a ter mais peso e também comecei a ver que o meu corpo...fazia-me um bocado de confusão estar um bocado mais gorda, mas...mas não...eu achava que não estava...que estava a abrir...hum...como é que hei-de explicar...Não...não...não me fez com que eu não pudesse fazer coisas...o facto de eu ter mais peso, tipo, ainda me deu mais liberdade, tipo...eu...não foi dar mais liberdade...como é que eu hei-de explicar... Antigamente, eu sabia se...uns meses antes, se eu chegasse e tivesse mais peso, eu simplesmente deixava de comer...Tinha a certeza absoluta de que faria isso, naquele momento não. Eu fui para casa e à noite jantei normalmente...(...) Eu, das outras vezes, eu pensava...tipo...das outras vezes, eu saía da consulta e ficava a pensar na consulta...Ali não. Eu andava tão absorvida com o resto da minha vida...tão preocupada...era aquilo...era o início do ano, tipo, estava totalmente passada...era tudo novo...uma situação completamente nova, que eu não tive tempo...Acho que é mesmo por aí: eu não tive tempo de estar a pensar...não conseguia...no facto de estar mais pesada...acho que foi mesmo por aí... (...) Para mim tinha...era muito mais importante estar a estudar anatomia...até porque eu...se eu começava a stressar por... é mesmo assim... Eu acho que isso foi a cura mesmo...ter ido para a faculdade, ter-me abstraído de tudo...

[N14b] Isso foi muito fixe, porque eu...a minha turma...tive muita sorte na turma em que calhei...somos mesmo, tipo, amigos...uns mais do que outros, mas...não há aquela rivalidade, nos apoiamo-nos...Tem-se aquela ideia pré-concebida que na faculdade X é...é tipo, calcar toda a gente e nós...por acaso, nós não...nós não nos andamos lá a calcar... E eu sentia que por não andar na praxe, estava distante deles. E eu queria tanto ter amigos, eu queria tanto aproveitar...Eu senti assim "Ó pá, vais...". Eu desisti da praxe no início, porque eu não estava para aturá-los, tipo, "Ah, eu não estou para aturar os doutores. Esquece. Não tenho paciência para aquilo". E, de repente, tipo, eu vi-os e percebi que eles divertiam-se tanto com aquilo, que eles gostavam e vi "Eu estou a perder certas coisas". E por causa de não querer..."Estou a perder isto e eu quero fazer isto. Eu quero estar com eles, eu quero ser amiga deles". E, pronto, eu acho que a praxe...e pronto, fui falar e aceitaram e fui outra vez... e adorei andar na praxe depois... Eu nem quero pensar... Eu depois de viver o que vivi, que foi dos maiores erros, de ter desistido no início...é das coisas que eu digo...Para o ano, se vir alguém a querer desistir da praxe, eu digo "Não desistam que é das melhores coisas que há". O que eu vivi lá, os amigos que fiz, foi muito bom. (I – E isto acha que foi um momento importante, para si?) Foi...porque era como era...Não... (breve pausa) O problema que eu tinha impossibilitava-me de conviver. Eu podia estar isolada... A partir do momento em que eu penso assim "Caramba, eu quero estar com as pessoas", tipo, estou a mudar aquilo que era...(I – Acha que estava a dominar um bocadinho o seu problema?) Sim, "Eu não quero estar em casa fechada o tempo todo. Quero estar com as pessoas"...(I – E o que é que acha que contribuiu para esse...hum...para esse clique, no sentido de "não, eu quero fazer amigos. Eu quero..."). Eu acho que foi mesmo ver as outras pessoas, como elas se divertiam... e depois as pessoas diziam assim "Caramba L., tu vens para a faculdade. Vais andar assim seis anos. Vais olhar para trás e vais dizer assim «O que é que eu fiz nesses seis anos? Estudei?» É isso que queres dizer? Não", também quero dizer "Diverti-me e isso". Foi isso...(I – Portanto, foi com algumas experiências...) Exacto, eu perdi muito... Eu sei que perdi muito... Muitas vivências que eles tiveram e arrependo-me muito de ter...e eu "Caramba, eu não quero chegar, daqui a seis anos e olhar para trás e dizer «Caramba, o que é que eu fiz nesses seis anos, que foram supostamente os melhores? Estudei.» Eu não quero dizer isso e "Tive em casa e não tive ninguém". Então, eu tenho a certeza de que a partir do momento em que eu era como era, e queria estar sempre isolada...e tive aquela coisa "Ah, eu quero estar com as pessoas", isso ajudou... Isto pode dar pelas duas coisas: foi isso que me ajudou a eu...eu quis sair, ao sair tive que estar com as pessoas e como eu não queria que as pessoas, tipo, soubessem...tinha de estar com elas e tinha de jantar com elas, tinha de almoçar com elas...e tipo isso também me ajudou a que eu tivesse uma relação de...não ia chegar a um restaurante e obrigar as pessoas a fazer aquilo que eu queria para comer, tipo, não cabe na cabeça de ninguém... Então, tinha de comer. Ponto final. E isso também me ajudou por aí. (...) Eu queria estar com as pessoas, tinha de estar com elas, tinha de comer com elas...tinha de comer aquilo que havia...comia e ponto final.

E depois como estava com eles nem sequer ia pensar “Ai o que eu comi, o que deixei de comer”. Abstraía-me. (...) Eu acho que mudei...Foi mesmo a minha sorte, eu acho...Até agora acho que foi. (...) Foi um momento muito importante.

[N17] *O dia em que os meus pais me voltaram deixar a estudar... (riso) Só aí é que notei, sim. No dia em que retomei para a faculdade...(...) Foi em 2002...Foi no ano lectivo de 2002/2003, que retomei os estudos...Estava em casa e...tinha dito, uns tempos antes, ao meu pai que estavam abertas as inscrições para a faculdade...para o 2º ano da faculdade...E o meu pai não se pronunciou...Passados uns dias, chegou a casa com a documentação toda e disse: “Podes ir ao Porto fazer a matrícula.”...Deu-me os documentos todos, deu-me a chave do carro...e eu fui fazer a minha matrícula. (I – E o que é que pensou nesse momento?) Estou curada! (risos) Estou curada...Foi...(I – O que é que sentiu com essa...Não estava à espera disso, é isso?) Não, não estava... (I- O que é que sentiu quando viu os papéis que o pai...) Senti que tinha voltado a...a adquirir a confiança deles...sobretudo...Porque eles não confiavam em mim, não me deixavam sozinha em casa... (...) E eu saí de casa sozinha e fui fazer a matrícula, coisa que já não acontecia há um ano e meio. Foi muito importante. O facto de eles me terem deixado...voltar a estudar, foi. Acho que me deu força para a...para continuar a recuperação. Se bem que aí já estava a meio da recuperação... Aí já estava...não devia ter 50kg ainda, mas já estava...porque mesmo em casa, eu continuei sempre a estudar, como se estivesse a fazer a faculdade...Na expectativa que chegasse o dia dos exames e que os meus pais me deixassem fazer os exames, mas não... Então, a partir daí...acho que sim. Foi o ponto fundamental, foi...*

[N18a] *(I- Há bocado também me falou de outro momento de viragem, que foi o facto de ter aquela primeira conversa em que estavam os três com a médica, com a sua pediatra, não é? Ainda se recorda deste dia, desta primeira conversa?) Sim, sim...até do que tinha vestido, tudo...(I – Quer-me contar esse dia?) Ah...fomos lá os três, foi num sábado em que ela não estava a dar consultas, chamou-nos mesmo lá os três...Porque a relação era mesmo muito chegada, ela foi minha médica desde os 4 dias de idade mesmo (...) e ela, prontos, disse, disse que, foi dura...mas foi dura com todos, foi dura...comigo, foi dura com eles, mas também mostrou ser, mostrou-nos que estava do nosso lado e mostrou aos meus pais que queria, que era importante para ela e até chorou porque ela, que eu era uma pessoa importante para ela e disse que isto era, estava a caminho do fim e que não ia aguentar, que tinha o internamento, foi aí que ela disse isso, que ela já sabe que as coisas que me manda fazer que não faço e que as coisas assim não dão e que, prontos, falou também dos aspectos positivos que eu tinha e que ela conhecia em mim, que eu podia usá-los a meu favor, falou-me de como é que eram os internamentos, falou-me do que é que se estava a passar com o meu corpo, tudo isso...e foi importante estarmos ali todos juntos, lembro-me que o meu pai falou um bocado, mostrou a preocupação dele e que realmente não sabia lidar com a situação e até choramingou, mas eu já conheço aquele, não sei se ele estava, se aquilo foi sincero ou não, mas como eu já estou habituada às lágrimas de crocodilo interpretei aquilo “Ya, prontos claro que tinhas de fazer isto”, mas demonstrou preocupação e...é disso que me lembro assim mais... (I – Como é que saiu dessa consulta? Ainda se recorda?) Senti que “Não, desta vez vou conseguir” e foi aí que eu, cheguei a casa e lanchei, pela primeira vez lanchei assim... (I- Portanto, para si não teve grande impacto o pai ter choramingado...E a médica ter mostrado comoção?) Não...mas a médica, a atitude toda da médica foi muito importante para mim...(I- Teve impacto para si?) Sim, porque eu vi que estavam todos, vi que ela queria mesmo que eu recuperasse, foi sincero! E a sinceridade dela foi muito importante para mim. (...) Preocupação sincera, para eu mudar e vi que ela estava disposta a fazer tudo por tudo para eu melhorar.*

[N18b] *também foi muito importante um médico espanhol, que só lá fui duas vezes, porque eu desde o 7º ano que tinha muitas enxaquecas e então havia períodos em que, e estavam a piorar, tinha três dias para recuperar de uma enxaqueca e não me podia esforçar muito a nível mental, que era muito complicado, senão voltava a ter outra recaída e tornou-se muito complicado, porque eu já andava na Universidade, para estudar para os exames eu não podia deixar de estudar três dias, na altura dos exames, por exemplo. Até que a minha mãe soube que havia um neurologista em Espanha e fomos lá e que realmente foi fantástico, fez-me um tratamento... (I – E melhorou?) Muito, muito, muito, muito...e ajudou-me a contrariar quando sentisse os primeiros sintomas...mas ele, é engraçado, eu só lá fui duas vezes, mas ele puxou também o assunto, prontos fez ali uma anamnese também e viu, falamos na*

família e não sei quê e ele foi, também ainda bem que eu tive estes dois médicos assim, um psicólogo e um médico, que este só tive duas vezes com ele, mas também fui, chamou, chamou mesmo estúpida à minha mãe, por ter “Aceitado um marido destes assim, que fizesse as coisas que fez e que prejudicasse a filha e a si própria como mulher, como...”, foi fantástico! A minha mãe ficou assim...e ele para mim disse “E tu tens que seguir, tens 23 anos, tu...” ele até lembro-me que usou a metáfora do carro...”Tu és o carro, tu é que decides para onde é que vais, não é, tu é que...”, ou não, como é que? “A tua vida é como um carro, és tu que o tens que guiar, não é deixar as outras pessoas guiar o teu carro, és tu que tens que o guiar, não é?” e foi e ele disse “Tu és uma mulher, tu és uma mulher!” e eu foi a primeira vez que ouvi assim alguém de fora a dizer aquilo, “Tu és uma mulher!” e eu “E...pois, pois sou!” e eu lembro-me que quando cheguei a casa olhei-me ao espelho e revi aquele momento dele dizer “Tu és uma mulher!” e também foi ali um clique, de olhar, começar a olhar para mim com outros olhos...(I – E o que é que sentiu então quando ele disse...?) A nível de personalidade...senti, prontos quando ele disse senti assim tipo um choque, mas positivo...E foi também outro clique e a partir daí com tudo isto a nível de personalidade comecei a ficar mais segura, a minha atitude, já não entro assim com uma atitude tímida, não! Em qualquer contexto em que eu esteja, mesmo que esteja com pessoas estranhas, por exemplo a nível de Universidade, entrava nas aulas, dezenas de alunos que nós éramos de Psicologia, não é? Somos mais que as mães e entrava e falava e já tinha coragem, coisa que antes não tinha, de levantar o dedo para fazer uma pergunta a um professor e levantava-me e fazia as perguntas que queria e...(I – Ah, que interessante...portanto, isto foi assim um abanão importante?) Sim...mesmo...sei lá...mesmo até na minha maneira de vestir, deixei-me de esconder tanto por trás das roupas e visto o que quero, tanto de manhã acordo e me apetece vestir tacaõ alto e roupa toda de senhora, como assim, ou com umas simples calças de ganga e uma t-shirt branca ou toda de preto...é conforme me apetece...portanto, é tudo...

[N18c] Foi com o meu psicólogo... (I- Há alguma conversa em particular que se lembre?) Que ele de repente, estávamos a falar, e ele disse que achava que eu devia fazer o funeral do meu pai e, no início, eu fiquei assim um bocado sem entender, mas depois vi, entendi o que é que ele queria dizer. Eu tinha que fazer o funeral do meu pai! Porque o meu pai nunca ia ser o pai que eu precisava, nunca ia ser o pai que eu queria, que eu idealizava! Ele nunca e era inglório para mim, era exaustivo para mim continuar nessa busca e insurgir-me, porque efectivamente eu não conseguia isso, porque eu nunca ia conseguir! Eu tinha que decidir, o meu pai quer ser assim então deixa-o ir, deixa-o ser e eu vou seguir o meu caminho! Eu tive que sair do caminho do meu pai! E começar o meu! E para isso eu tive de fazer o funeral do meu pai! O funeral no sentido e foi essa a palavra que ele usou e que me...e que me criou um impacto tão grande em mim, mas foi um impacto positivo... (I – Hum, hum...o que é que sentiu com essa frase do seu terapeuta nessa altura?) Liberdade. Senti-me livre. Senti-me livre. É isso, pára, pára, foi mesmo isso, eu senti pára...prontos, pára...e aí senti-me livre, livre...pára de tentar, ele, prontos, não é o pai que tu querias, não é o pai que tu achavas, que tu vias quando eras criança, quando ainda não percebias as coisas...apercebia-me, mas não percebia, quando ainda era inocente, pára porque o pai que tu vias quando eras inocente nunca existiu, nem nunca vai existir...e portanto pára e aí o sentido, já posso ser livre!

[N19a] Eu acho que foi em...Junho ou Julho, na comunhão de um primo meu. Foi na comunhão do meu primo e nós íamos para a boda dele e eu comecei a chegar lá...e as pessoas começaram todas a olhar para mim, porque eu estava muito magrinha...E a dizer que eu precisava de comer... E aí eu senti-me muito mal, comecei a chorar... (breve pausa). O meu pai não aguentou...foi para casa...Eu fui ter...fui para casa ter com o meu pai e disse-lhe: “Ó pai, anda cá que eu vou comer”. E...e o meu pai foi comigo e eu cheguei lá e comi. E a partir desse dia, hum, foi sempre a evoluir...(.) Senti-me bem, porque senti que estava a fazer os meus pais felizes, de novo. E ver o meu pai assim, quase a chorar, mesmo à minha frente, tocou-me muito. E ver aquelas pessoas todas a olhar para mim...pareciam que me matavam com o olhar. Eu senti que aquele olhar era bem pior do que o que me deitavam antes. O que me deitavam antes era o de ser uma pessoa normal... e aquele, não. Era um olhar como se me tivessem a culpabilizar pelos meus pais estarem tão em baixo... Então, a partir desse momento achei: “Está na hora de eu tomar uma atitude” e tomei.

[N19b] Foi no baile de finalistas. (...) Eu não era finalista, mas convidaram-me na mesma, mesmo o Presidente do conselho Executivo... la ser finalista, mas como tive internada, reprovei...mas convidaram-me na mesma e então...foi nesse baile. Aceitei muito pronta a ir... Estava com vontade porque eram os meus amigos, eram os funcionários, as pessoas a pedirem-me... Pessoas que mandavam cartas...palavras de força, de ânimo, a dizerem

que estavam com saudades minhas... E isso confortou-me. Eu quis ir lá mostrar que já estava bem, que já estava recuperar...Foi bom, foi ótimo. Senti-me mesmo bem, senti-me em casa. Sim, porque eu mesmo estando fora, tenho noção de que estava presente, pelo que eles me diziam. (...) Agora...como depois mudei de turma e eles mudaram de escola, fui perdendo com alguns... mas nada que não se resolve...saem uns, entram outros... É a lei natural da vida. Foi uma sensação...uma sensação boa e uma sensação de que foi mais uma etapa ganha, podia ter aquele receio de enfrentar os meus colegas, por causa daquilo que já tinha passado, aquela vergonha, mas...(I – Não sentiu vergonha?) Não, não senti... Senti-me bem. Vergonha era como eu estava, porque eu não tinha força para os acompanhar em nada... as aulas de educação física tinha de ficar no banco...e como não conseguia admitir o que tinha e dizia sempre que me doía uma perna, aí doía-me a barriga, estou constipada...Arranjava sempre desculpas, mas como eles acabaram por saber o que era... foi enfrentar...(I – Já não precisava de esconder, é isso?) Era e tentava mostrar-lhes que era a mesma que era de antes. E eles aceitaram...foi mesmo muito importante.

[N20] Foi o meu regresso à escola. Tinha faltado talvez uma semana... estive uma semana em casa. Mas passado uma semana voltei e achei que era obrigação para comigo e para com os outros informar o que é que se estava a passar, porque não queria nem que andassem às cusquices e queria que a minha experiência contribuísse para os outros. (...) Na altura andava no 9º. E na altura eu lembro-me de ter pedido ao meu director de turma se nessa aula... que me deixasse falar com a turma e pedi à minha mãe que fosse também. Pronto, falamos sobre o problema, falei eu, falou a minha mãe...inclusivamente pôs-me a chorar. Falamos sobre a anorexia, sobre o que é que tinha acontecido, sobre o facto de eu estar em recuperação... lembro-me que quis falar do problema, chamando um pouco a atenção e... pronto, falar de... do que é que... pronto, que agora estava a recuperar e que tinha que comer e que se vissem que eu me estava a afastar, que não me apetecia comer, para insistirem comigo. Eu lembro-me de muito dizer às pessoas se eu não quiser vocês... obriguem-me! (I. E como é que se sentiu no final de ter partilhado isto?) Senti-me bem, senti que pronto... eu tinha muito noção de que quando comia olhavam para mim. Do género... pronto, eu antes não comia, não é? Mas...eu tinha um bocado de medo que estivessem sempre a reparar então quis... pronto, foi isto que aconteceu, pronto vamos clarificar que é para não andarem a chatear-me e pronto, acho que me senti mais aliviada. Exacto, mais aliviada e acho que me fez bem. E pronto, comecei-me novamente a aproximar, também foi muito importante porque acho que as pessoas ao compreenderem... Eu lembro-me... dos professores, o director de turma ficou sensibilizado, não é? ... senti que, que eles estavam preocupados e que lhes dei uma alegria, entre aspas. Os colegas também fizeram uma festa. Uma festa... vieram todos dar abraços e não sei quê e força e não sei quê...pronto. Houve colegas a chorar... essas coisas todas. Mas acho que sim, acho que compreenderam e passado alguns anos alguns ainda me vêem e “então, está tudo bem e não sei quê? Já estás boa?”

[N21] No dia da primeira visita...Pronto...Eu comecei a comer gradualmente... E...e já estava a comer o plano todo...lá está, se me perguntar como é que isso aconteceu, não sei...não sei o que me fizeram no hospital, como eu costumo dizer “Não sei...”. Mas nesse dia eu tinha aumentado de peso e disseram-me que eu ia ter a primeira visita... (breve pausa) E no dia da primeira visita, era meia hora...não...no dia da segunda visita...já estava a confundir...na segunda visita...era uma hora e foi o primeiro dia em que eu saí do hospital...lembro-me perfeitamente... O ar do internamento é muito mais fechado... Eu lembro-me de sentir o vento na cara e nunca me soube tão bem sair como naquele dia e acho que nunca mais vou voltar a sentir o mesmo. Eu lembro-me perfeitamente daquilo que disse ao meu pai, foi “Tem cuidado que eu não posso andar muito e eu tenho que lanchar, porque eu não posso perder peso, porque eu agora tenho de aumentar”. Lembro-me perfeitamente disso...Foi aí que eu senti que...que fui eu que quis, fui eu que disse. E o meu pai pegou em mim às cavalitas, para eu não me cansar e fomos ao Campus... E, pronto, depois a minha família veio...foi a segunda vez que eu me senti mais acolhida pela minha família, mas foi naquele momento que eu senti, eu quis, eu o disse. E fui para o internamento e jantei e fiz tudo direito... (I – O que é que pensou no final desse dia?) Senti-me...assustada. Senti-me assustada, porque eu tinha medo...ainda hoje tenho...de se eu começar a comer coisas diferentes, depois não consigo parar...perder o controlo...Pronto, esse era o meu medo...Mas... (pausa) estava...já estava muito mais aberta com as pessoas... já ia ao refeitório, já me dava com as pessoas... e já estava a sentir que não conseguia estar mais no internamento. (I – Interessante... nessa altura, portanto, veio o pai e a mãe buscá-la?) Foi...Vieram

os meus pais. E depois nós fomos para o Campus e... veio a minha avó, a minha prima mais nova, o meu tio, claro! Esse...tinha de lá estar...Hum...O meu padrinho também veio e o meu irmão. Foi a primeira vez que eu abracei o meu irmão. Lembro-me...foi a primeira vez. E... até agora nunca mais, mas foi mesmo sentido. E, pronto, e depois eu pedi para estar só com...eu no fim quis estar só com os meus pais, que as pessoas já se fossem embora e que ficassem os meus pais...Foi confuso...Porque...eu sempre com a minha família me sentia a mais e naquele dia eu não me senti a mais...Foi confuso... Senti que as pessoas às vezes podiam estar a ser um bocado hipócritas, mas nem sequer tive muito tempo para pensar nisso, até porque só tínhamos uma hora e então tínhamos que falar e...e pôr tudo em dia e...pronto. E eu lembro-me perfeitamente de dizer, mesmo nessa altura, eu pedi ao meu pai "Pai, se não me deixarem sair daqui a uma semana, assina o termo porque eu não consigo mesmo estar mais aqui". E os médicos aperceberam-se disso, tanto que passada uma semana eu saí... E foi assim que aconteceu... (pausa) Foi assim... (I – Portanto, nesse dia não se sentiu a mais?) Não, não me senti a mais. Senti que as pessoas estavam ali por minha causa, vieram-me ver. Isso foi muito importante.

[N23] Um deles é quando estas dúvidas, estas questões que eu ainda carrego comigo, eu durante muito tempo carreguei comigo, e isto para mim foi muito perturbador, impede-me de viver e andar para a frente e quando eu e foi importante num contexto de terapia em que estava só eu e o Dr. Y e ele disse-me que eu tinha livre arbítrio sobre todas as coisas que eu pensava, quer dizer, foi importante mas foi desestruturante ao mesmo tempo. Porque eu tinha muito medo e ainda hoje tenho esse medo de ter um problema grave e então sei lá, de ter uma esquizof..., sei lá! De ter um problema grave, por causa desses pensamentos, de estar sempre a questionar e ele disse-me qualquer coisa como que eu podia escolher o que eu queria ser e eu "mas eu posso escolher? Como? Eu não mando no que eu penso." E ele disse que eu não estava a escolher, estás a perceber? Estava a ser passiva. Eu não estava a escolher. Então as coisas eram todas assim um turbilhão e eu podia ser muitas coisas dentro daquelas coisas que eu pensava. E aquilo assustou-me imenso. "Eu posso ser muitas coisas? então aí é que sou completamente, tipo isso é muito". Eu não que, eu não quero, eu não quero ser muitas coisas, eu não quero escolher. Então ele disse: "então não quer ser livre", sabes? Que eu acho que no fundo é sempre isto. É a minha dificuldade de escolher, de ir por aqui. (I- É, no fundo, a dificuldade de ser livre?) Exactamente. (I- É assustadora para ti?) Sim, mete um bocadinho de medo. (silêncio) Eu às vezes fico com medo. Quando estou muitos meses bem, fico com medo. Já são muitos meses bem, quase meio ano bem, sem ruminações, com outras coisinhas mais à M., mas pequeninas. (...) Eu acho que foi um episódio em que senti que podia ser diferente.

Codificação do impacto emocional positivo e negativo de momentos poéticos

Impacto emocional positivo	Exemplos ilustrativos
Satisfação / alegria/ Prazer	<i>e fui, e nem me apetecia andar, nem andei, o meu pai disse: anda lá, podes ir. E eu: Pronto, está bem, vou. Mas fui naquela de “pronto, vou fazer o frete, vou”. Entretanto fui para a pista e adorei aquilo. Adorei. Saí de lá, super animada e tudo o mais. N9</i>
Mestria	<i>tu conseguiste, tu venceste o teu medo, medo de falar em público. Marcou-me mesmo. Marcou totalmente. N2</i>
Alívio/ liberdade	<i>O funeral no sentido e foi essa a palavra que ele usou e que me...e que me criou um impacto tão grande em mim, mas foi um impacto positivo... (I – Hum, hum...o que é que senti com essa frase do seu terapeuta nessa altura?) Liberdade. Senti-me livre. Senti-me livre. É isso, pára, pára, foi mesmo isso, eu senti pára...prontos, pára...e aí senti-me livre, livre...pára de tentar, ele, prontos, não é o pai que tu querias. N18</i>
Energia	<i>eu na anorexia também estava enérgica, mas era uma energia quase forçada, não é? Era...tinha energia...o estar a dizer: “Aí, estou com energia e não sei quê!”. Mas aqui estava mesmo com energia natural, não é? As pessoas têm energia...quando estão enérgicas e querem mesmo... E não é só a energia de estar sempre a mexer e a saltar...energia interior mesmo, presença, não é? Que isso é importante, não é? Estava diferente aí... N13</i>
Choque	<i>senti, prontos quando ele disse senti assim tipo um choque, mas positivo. N18</i>
Felicidade	<i>Senti-me feliz, porque eu não gostava de vir para aqui. N3</i>

Impacto emocional negativo	Exemplos ilustrativos
Sofrimento/dor	<i>Que (pausa) que tinha de mudar porque estava a sofrer eu e estavam a sofrer as outras pessoas todas. N10</i>
Choque/surpresa/ confusão	<i>Senti-me um bocado chocada. E assim, espantada, perceber como ela pensava. N3</i>
Perda	<i>E quando comecei a ver da parte deles, que tinham perdido o interesse: queres sair, sai, não queres, não saias, queres comer, come, não queres, não comas, do género, faz o que tu entenderes, aí eu comecei-me a aperceber que não me valia de nada estar assim. N4</i>
Culpa	<i>É ver o meu pai assim, quase a chorar, mesmo à minha frente, tocou-me muito; Era um olhar como se me tivessem a culpabilizar pelos meus pais estarem tão em baixo. N19</i>
Solidão/desamparo	<i>senti-me desamparada. Senti-me inútil. Senti-me sozinha. N1</i>
Medo	<i>É aquilo assustou-me imenso. “Eu posso ser muitas coisas? então aí é que sou completamente, tipo isso é muito”. N23</i>

Análise de cruzamento de resultados:

Momentos poéticos em cada trajetória de recuperação

	Momentos poéticos	Antes				Durante		Depois		
		Demonstração genuína de amor/ preocupação	Desistência de alguém significativo/ risco de ficar só	Confronto com a doença/morte	Experiência de prazer/mestria	Arriscar comer ou ter mais peso	Arriscar entrar em novos contextos de socialização	Alta médica	Aceitação de si própria	Descoberta de novas competências /opções para a vida
Trajetórias estéticas	N3			x				x		
	N12								x	
	N5		x			x				
	N22					x				
	N10	x						x		
	N13						x			
	N1		x			x			x	
Trajetórias centradas no self	N14					x	x			
	N11					x				
	N9				x		x			
	N7			x			x			
	N20						x			
Trajetórias relacionais	N8		x				x			
	N6						x			
	N15									
	N16					x				
	N23	x								x
	N4		x				x			
	N18	x								x
	N2	x		x						x

Análise de cruzamento de resultados:

Factores de recuperação em cada trajectória de recuperação

	Factores de recuperação		Relações significativas								Individuais			Outros			
	Factores terapêuticos	Papel da família	Família pressionar	Família não pressionar	Família responsabilizar/dar liberdade	Família compreender/não julgar/aceitar	Família falar sobre outros assuntos	Amigos (aceitação e integração)	Namorado (aceitação incondicional, quebrar	Determinação/ Motivação	Ter objectivos	Fazer coisas novas /por prazer	Mudança de contexto	Investimento/sucesso académico	Confronto com a morte/doença	Mass media	Fé
Trajectórias estéticas	N3	X	X	X						X							
	N12	X	X		X	X			X								
	N5	X	X			X	X		X	X	X	X					
	N22	X	X						X		X						
	N10	X	X							X							
	N13	X	X				X			X							
	N1	X	X	X		X			X	X	X						
Trajectórias centradas no self	N14	X	X		X						X	X	X				
	N11	X	X		X					X			X				
	N9	X	X				X			X	X						
	N7	X	X			X			X		X			X			
	N20	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X		
Trajectórias relacionais	N8	X	X			X	X	X	X		X		X				X
	N6	X	X		X		X		X	X	X		X		X		
	N15		X		X		X		X	X	X		X				
	N16	X	X			X	X		X	X			X				
	N23	X	X				X		X		X		X				
	N4	X	X			X		X			X	X					
	N18	X							X	X						X	
	N2	X	X				X				X				X		X

Resultados complementares:

Envolvimento da família na emergência do problema

Envolvimento da família na emergência/ manutenção do problema	
Assumpção da culpa/ Responsabilidade dos familiares pelo problema	<i>culpabilizava-me das várias situações, interrogava-me se a culpa não era minha dela estar assim, o que é que eu teria feito para ela estar assim...(Mãe 2)</i>
	<i>Mas isso era constante, o que dava nitidamente a entender de que havia, da parte da filha, uma intenção persecutória relativamente à mãe, que só ficava satisfeita quando atingisse mesmo um limite de discussão, aí é que eu comecei, um bocado...quando...quando podia, quando podia cortava abruptamente a conversa e não deixava chegar ao limite. (Pai 2)</i>
	<i>Eu acho que em parte também a gente pensou, quer dizer uma pessoa também apanha um baque, não é? Porque, de algum modo, uma doença psiquiátrica uma pessoa fica sempre a pensar que errou qualquer coisa na educação, não é? Que fez alguma coisa mal, não é? Uma doença física bem a gente pode ter deixado, teve facilitado numa pneumonia ou não sei o quê, mas normalmente não temos uma causa, ninguém diz "Fui eu que provoquei essa doença física!", não é?, agora numa doença psiquiátrica uma pessoa pensa assim "Será que eu nas minhas atitudes que eu tive ou..." (Mãe 8)</i>
	<i>eu lembro-me de um episódio que eu penso que pode ter ajudado, porque eu não me lembro de antes me preocupar sequer com o emagrecimento da Susana e foi a única vez em que eu dei uma bofetada na Susana, que me zanguei com a Susana por qualquer coisa que ela tinha feito e que lhe bati, lembro-me perfeitamente do sítio, lembro-me do episódio, não me lembro da razão, mas lembro-me do que fiz e que me arrependi até certo ponto depois de lhe ter batido. E lembro-me que antes não havia problema nenhum com ela e algum tempo depois começa a L. a andar-me à volta a dizer que "A Susana estava mais magra, a Susana estava mais magra!" (Pai8)</i>
	<i>alguma vontade de contornar o autoritarismo paterno, que é natural, eu também o fiz com o meu pai, com a minha mãe...(...) Na altura em que eles tinham 12, 13, 14, 15 anos, acho isso absolutamente normal. A maneira que a Susana arranjou de contornar isso foi demonstrar a si própria que não estava, havia coisas que ela podia controlar sem o consentimento do pai ou da mãe, essencialmente do pai. (...) Nessa altura eu entendo que o que ela fez foi escolher um mecanismo baseado na alimentação para dizer "eu mando", quer dizer "se eu quero comer como, se eu não quero não como. Se eu quiser emagrecer eu sou capaz de emagrecer e não há ninguém que me impeça!". (Pai 8)</i>
	<i>Eu achava que a culpa era da A., da anorexia. (Irmão 8)</i>
	<i>Coisas que ela...certas coisas que eu achei que ela que passou de lado e que eu pensava que ela nem deitava conta, isto em relação a problemas familiares, familiares não só, aqui em casa, mas família, família de fora de casa, a nível de tios e primos e avós... (...) Por problemas que passamos as duas, quer como esposa do meu marido, quer, ela como filha do pai dela...pronto, não vale a pena estar a decifrar que foi problemas que existiram, que muitas famílias também têm, mas que ultrapassaram, há miúdos que até ultrapassam, eu vejo pessoas com, pessoas, famílias que têm problemas com os filhos, os filhos com os pais e os miúdos no dia seguinte parece que está tudo bem, não está, está lá dentro, não é? Mas eles lá vão avançando na vida, não é? Pronto, a P. não! Recolheu tudo e explodiu. (Mãe 18)</i>
	<i>A minha mulher é que não. A minha mulher, embora eu lhe dissesse, isso também é uma verdade, eu dizia-lhe "Tu és culpada também dessa situação, porque não deverias deixar a discussão chegar a esse ponto", mas a minha mulher dizia "Mas eu nem estava a discutir, a conversa era normal" "mas tu já tens experiência, já sabes que começa assim, mas sabes como vai terminar, pois com essa tua experiência, chegando ao meio, digamos assim, tu cortas, cessas a conversa e não adiantas". Pai 2)</i>
Não assumpção da culpa /responsabilidade pelos familiares – Problema sem causa	<i>Eu digo isso muitas vezes às pessoas na AFAAB "não procurem a causa, a causa na interessa para nada, o que interessa é que eles fiquem bem". Mas na altura eu acho que me preocupava com a causa, no início. Eu tenho alguma ideia de me ter preocupado com a causa mas depois aprendi que não é isso que é importante. eu acho que as pessoas têm tendência a sentirem-se culpadas, portanto se forem culpadas é mais fácil.... Eu aprendi que isso não é assim e que...pronto, e que a causa não sei qual foi, não sei, nem sei se a F. sabe qual foi a causa mas é assim, isso a mim não me interessa rigorosamente nada. (Mãe 20)</i>
	<i>As causa não sei...apesar de que para mim não é muito fácil prescindir de, de pensar quais foram as causas porque, para já pela minha formação de engenheiro, não é? Uma pessoa para ter um problema, a primeira coisa é tentar perceber qual foi, qual é a causa para depois resolver o problema, não é? Isso é, é o nosso dia-a-dia. Portanto, a causa não sei. Agora, o que aconteceu foi uma doença. (Pai 20)</i>
	<i>Não encontro causa, até hoje não e não sei se vou encontrar. (Pai 22)</i>
Não assumpção da culpa – Culpabilização da doença	<i>eu não estava habituada porque a A. não era assim, achei que a A. estava agressiva e malcriada, malcriada na maneira de falar para mim e acho que noutra situação qualquer a Ana levava um estalo, e naquela não, naquela situação eu disse "não", preferi ficar assim, desabafei a chorar, fui a chorar para o trabalho, mas não lhe bati, mas realmente da maneira que ela falou para mim noutra situação qualquer não admitia que falasse assim para mim, com aquele berro, aquele olho arregalado para mim, mas já não era a A., já era trocado pela doença. Mãe 3</i>

Resultados complementares:

Impacto do problema na família

Impacto do problema na família	
Impacto geral	<i>quer dizer, agora as coisas são assim contadas, mas no princípio isto era um ambiente assim...de cortar à faca...(Mãe 2)</i>
	<i>acho que é uma doença muito difícil para todos. Para ela, que sofria, e para a família toda, acho que é toda atingida e é muito complicado gerir aquilo. (Pai 2)</i>
	<i>Eu pessoalmente, as famílias passam sempre por problemas, não é? E este eu considero um drama, a coisa mais grave que nos aconteceu...(Pai 5)</i>
	<i>porque a situação foi tremendamente dramática, não é? (pai 5)</i>
	<i>Que nos afectou...felizmente não ficamos todos doentes, mas quase. (Pai 20)</i>
	<i>Um pesadelo, parecia a Alice no país das maravilhas, era a Alice, era o M. no país dos horrores, para as coisas acontecerem e não perceber nada. Parece daqueles filmes meios loucos, em que nada faz sentido, está tudo baralhado, tudo trocado, era o que me parecia este filme que estava a acontecer (Pai8)</i>
	<i>mas estávamos todos a ficar, estávamos todos a ficar um bocadinho malucos da cabeça. (Pai8)</i>
	<i>Chateávamos, chateávamos, chateávamo-nos, chateava-se ela, chateava-se o miúdo (diz a rir) chateávamo-nos todos (continua a rir) (Pai 11)</i>
	<i>A situação em casa ficou muito má mesmo. (N22)</i>
	<i>Houve uma queda muito grande a todos os níveis com a família. (N22)</i>
	<i>Sabia que era uma doença complicada mas nunca pensei que a vivê-la fosse tão complicada. (Mãe 22)</i>
	<i>Desgosto, Eu estava a ver que tinha perdido a minha filha. Além da minha filha, também a mulher e quê. Estávamos numa situação já muito... a gente já não se ligava uns aos outros. Era um conflito o vir aqui para casa, entrar ali dentro, vir para a mesa, era uma confusão que aquilo só quem passa por elas é que pode explicar. É uma coisa muito triste. (Pai 22).</i>
	<i>Mas isso era constante, o que dava nitidamente a entender de que havia, da parte da filha, uma intenção persecutória relativamente à mãe, que só ficava satisfeita quando atingisse mesmo um limite de discussão, aí é que eu comecei, um bocado...quando...quando podia, quando podia cortava abruptamente a conversa e não deixava chegar ao limite. Entretanto, também posso dizer, ele está aqui ao lado e vai corroborar aquilo que eu vou agora dizer a seguir, também tinha um outro problema...pronto...embora numa escala menor, não era só o problema da mãe, tinha o problema do filho. E tinha o problema do filho, porque o filho desde o início também não aceitava o raciocínio ilógico da irmã, pronto, isso era ponto assente. E começa-se a aperceber, o que estava bem observado, é que realmente o comportamento da irmã ia levar a mãe, se não fosse à morte ou ao destempero total, ou um desequilíbrio mental total e, várias vezes...várias vezes, o meu filho em desespero veio pedir a minha ajuda para... (pai emociona-se – pausa – chora bastante tempo) (Pai 2)</i>
Impacto ao nível da comunicação	<i>Lembro-me do mal-estar que era principalmente à mesa, como a Catarina estava a referir, que era desagradável ir para a mesa porque sabia que ia ser a refeição toda ia-se falar e discutir do que a Susana estava a comer ou não queria comer. (Irmão 8)</i>
	<i>Era uma coisa que eu detestava era ir para a mesa. Era sempre uma grande luta, uma grande discussão. (N22)</i>
	<i>Eu acho que ao nível da conversa com os meus pais, ficou muito má. A situação estava mesmo muito má. Houve uma queda muito grande a todos os níveis com a família. (N22)</i>
	<i>Eram só discussões, eu estava na escola e já não queria ir para casa. Só de pensar que ia para casa e tinha que estar com os meus pais e ouvir sempre a mesma conversa... (N22)</i>
	<i>As discussões. (N22)</i>
	<i>Antes da doença, falávamos, convívamos como eu acho que faz uma família normal. Foi a partir da doença que essa comunicação ficou totalmente... ficou muito afectada mesmo. (N22)</i>
	<i>Nem a Luísa podia dizer nada que eu ficava já, se ela dizia eu respondia-lhe. Aquilo era muito complicado. Havia sempre discussões. Nem que doesse um dente à Luísa era isso. Era falta de comer. Come para não te doer. Se ela tivesse um problema qualquer. Eu não guardava nada. Botava-lhe sempre as culpas me cima. (Pai 22)</i>
	<i>Às vezes discutíamos à mesa. Era imprescindível. O pai levantava-se da mesa e dizia que não conseguia comer, que era um inferno. (Mãe 22)</i>
<i>Teve, teve muitos efeitos negativos. Como eu lhe disse, na hora da refeição havia muitas vezes discussões. (Mãe 22)</i>	
Impacto na saúde psicológica dos pais	<i>O problema da mãe, numa fase inicial, mais gravoso porque efectivamente estava quase que a interiorizar a doença da filha, no aspecto de tentar ajudar e como não é possível, como sabe, não é possível...hum...estava a ficar perfeitamente destrambelhada com...podia apanhar depressões, aliás como já tinha tido, quer dizer, se houvesse até o perigo de uma nova depressão poderia ter consequências muito graves, ah, por isso, virei-me um pouco para a mãe, no sentido de tentar evitar que isso viesse a acontecer. (Pai 2)</i>
	<i>Comecei a dar por ela que ela escondia a comida. Escondia a comida, neste aspecto, na mesa. E começou o martírio, em casa, principalmente com o pai. Foi muito complicado. E houve alturas em que ele se recusava a comer a mesa. Neste coiso... Ela escolhia a comida, estava a tirar e tirava e punha dentro da panela. Foi muito complicado. Eu própria emagreci muito, não sei, de viver a situação, não era por não comer mas por causa do sistema nervoso que se apoderou e do ambiente que se vivia em casa. (Mãe 22)</i>
	<i>Ficava tão nervoso, ficava fora, houve uma ou duas vezes... que eu até partia a loiça, abandonava a mesa, pensava vou começar a comer sozinho, a não comer em casa. Eu cismava muito, ia à psicóloga dela e eu cismava muito naquilo. (Pai 22)</i>
	<i>Houve um dia que não tomou o pequeno-almoço, eu saí tão desesperado e tive uma reacção que nem é, não é o meu vulgar nem nada disso que dei aos pontapés na porta e tal e essas coisas todas e...e pronto, eu já queria falar, eu queria-lhe dizer ó pá tu estás com um problema grave, mas quer-se dizer...eu não sou médico não é? (Pai14)</i>

	<p>sim tinha momentos que até me queria esconder. Chegava a casa muitas vezes e via aquele ambiente metia-me na cama e já nem comia. Tive uma vez ou duas em que fiquei mesmo descontrolado e parti a loiça. Isso aconteceu. (Pai 22)</p> <p>A refeição, e comecei também atenta e tal, o pai aí começou a reagir muito mal, ele reagiu muito mal à doença dela, muito mal, muito mal. I – E como é que era isso de reagir mal? M18 – Era estarmos à mesa, eu a ver, a tomar conta e ele “Tu come! Só comes isso?!” e ela levantava-se, fechava-se no quarto... N18 – Era homem não sabia, os homens não sabem lidar... M18 – Dava um murro na mesa, levantava-se, “Eu também não como, porque...!”, começou a ser um inferno na minha casa, um inferno!</p>
Impacto na relação conjugal	<p><i>mas na altura isso podia ser um perigo para a família, porque houve uma fase em que eu não concordava nada com o que ele fazia, nem ele concordava com o que eu fazia... (Mãe 8)</i></p> <p><i>No início, a nível do meu marido às vezes o nosso relacionamento ficava um bocadinho difícil. Mas é assim eu nunca interferi na educação do meu marido. Embora depois com calma falasse com ele, chamasse a atenção, e lhe dissesse que eu achava que ele estava errado. Mas nunca nos desautorizamos um ao outro, porque acho que isso é prejudicial para os filhos. Claro que nessa altura as coisas eram diferentes. Mas tentamos sempre e vimos que o problema não era uma coisa que ela estava a fazer por crer, o problema era superior a ela e tentamos ajudá-la. (Mãe 22)</i></p> <p><i>A minha vida eu com a minha mulher aquilo estava a afingar-se ali uma coisa. A mãe estava sempre a dar-me para trás. (Pai 22)</i></p> <p><i>E com a sua mulher? Estavam mais distantes um do outro? Sim muito mais distantes. A mãe tentava sempre apoiar mais a filha e eu sentia-me mais sozinho. Nem falávamos às vezes à noite e assim. Era um conviver assim, nem sei dizer. Às vezes tinha vontade de fugir, de abandonar a casa até. Dava-me aquelas ideias. O miúdo, o Diogo, também. Chorávamos muito. Eu, principalmente, sem eles verem, chorava muito. Andava despassarado e agressivo. O trabalho também não corria bem. Andava desmotivado. Deus me livre. Era de manhã à noite, aquilo não me saía da cabeça. (Pai 22)</i></p> <p><i>Que a minha esposa deve ter sofrido mais comigo do que eu com ela, sim. (Pai 22)</i></p> <p><i>eu também nessa altura também explodi eu...Eu também explodi. Quando conversei com ele, disse “Olha temos que resolver ou vou eu e ficas tu aqui ou vais tu e eu fico”. (Mãe 18, referindo-se à conversa com o marido)</i></p>
Impactos nos irmãos	<p><i>que estávamos a marginalizar um pouco o nosso filho, não é? E se calhar, houve alturas que se calhar dávamos mais atenção à nossa filha do que ao nosso filho, não é? (...) eu é que achava e a minha mulher achava, nós achávamos que não estávamos a dar a atenção que ele merecia, porque ele não tinha responsabilidade do que se estava a passar. (Pai 5)</i></p> <p><i>pronto, na altura, não me apercebi nada dos efeitos que estava a ter na família, estava totalmente centrada em mim própria e, pronto, agora até fiquei triste de ver mesmo como roubei as atenções dos meus pais. N8</i></p> <p><i>Sei que toda a gente sofreu muito comigo, principalmente o meu irmão. Via que estava a sofrer imenso. Foi mesmo muito mau. (N22)</i></p> <p><i>Reparei que havia momentos em que eu via o meu irmão a chorar. Para mim, eu acho que ele ficou muito confuso com o que estava a acontecer comigo. Era novo e ele via a maneira como eu estava a ficar, a maneira como os meus pais me tratavam, discutiam e tudo. Vi que ele sofreu muito. Ele já nem falava. (N22)</i></p> <p><i>A minha filha mais velha nunca lidou bem com a situação. Ela achava sempre que era mimo, que era fita, que era para chamar a atenção e que nós lhe fazíamos as vontades todas e ela é que era uma desgraçada que a ela ninguém lhe ligava nenhum e...e depois na sequência disto ela saiu de casa. (Mãe 20)</i></p>
Isolamento da família alargada/ amigos	<p><i>Antes podíamos sair com a família, com os amigos. Na altura, os meus pais também se refugiaram muito das pessoas. Porque não queriam mostrar no que a filha se tinha transformado. (N22)</i></p> <p><i>Houve isolamento, ora bem eu tinha complexo de chegar à beira dos outros familiares com a Luísa. Eu consoante eu via a Luísa, os outros também viam. Que é que os outros haviam de pensar, dá-lhe fome, maus-tratos. Tinha receio do que eles haviam de pensar. (Pai 22)</i></p>
Impacto profissional	<p><i>nos últimos tempos nós não íamos trabalhar, só trabalhava...eu trabalhava só à tarde e o meu marido trabalhava de manhã e ficava...para ficar sempre alguém com ela. (Mãe 20)</i></p> <p><i>Andava despassarado e agressivo. O trabalho também não corria bem. Andava desmotivado. Deus me livre. Era de manhã à noite, aquilo não me saía da cabeça. (Pai 22)</i></p> <p><i>No trabalho discuti várias vezes com o encarregado. Discutíamos. Mas engraçado que além de ter esses problemas todos eu estava melhor no trabalho do que na família. No fim-de-semana vir para casa era um castigo. (Pai 22)</i></p>

Resultados complementares:

Contributos da família para a recuperação

Contributos dos familiares para a recuperação	
Sem poder para contribuir	<p>Na parte da minha filha também medi é que, também com a colaboração do Dr. X., é que o processo não é fácil, não era fácil porque, assim como tinha vindo a anorexia, a anorexia iria embora através de um clique, foi mesmo o termo...um clique., resolve o problema. Ora, sendo assim tão directa uma informação, para nós...nada podemos fazer para que esse clique venha ou não venha, porque o próprio médico também não o consegue, não consegue encontrar a altura para activar esse clique. Ora...simplificou, então, um bocado a nossa situação. (Pai 2)</p> <p>Aqui é como uma família que teve um elemento da família que esteve com a gripe uma semana inteira. Pronto, estava com a gripe estava doente. A gripe foi-se embora por medicação, por agasalho, por beber muitos líquidos (ri-se), fosse pelo que fosse, pronto, acabou a gripe voltou à normalidade. Quer dizer, é assim que eu considero. (Pai 2)</p> <p>Procurou-se o médico de família e pouco mais. Houve esse período em que se esteve nessa senhora nessas coisas da bruxaria, mais por vontade da minha mulher. Depois pouco se faz, ou nada. É ver aquilo e tentar fugir. (Pai 22)</p> <p>Não se podia fazer mais nada sobre elas, não se podia... (Pai3)</p> <p>o que é que o fez começar a achar que seria outra coisa que não era uma questão de mimo ou de falta de determinada autoridade dos pais e era uma doença?</p> <p>P 11 – porque quando fiz tudo o que era possível e não resultava</p> <p>E - portanto quando percebeu que não estava ao vosso alcance é isso?</p> <p>P 11 – exactamente, é que não estava mesmo ao nosso alcance, não podíamos fazer nada</p> <p>E – é que perceberam que devia haver uma doença?</p> <p>P 11 – que devia haver uma doença e uma doença grave, não conseguia mesmo resolver... portanto só por nós quem diz nós... nós e ela, só nós não conseguíamos ultrapassar... portanto esse problema..... ora se nós não conseguíamos ultrapassar sem a ajuda de médicos era uma doença... e grave... grave que mesmo com os médicos levou o seu tempo e tem que ser mesmo uma equipa especializada que conheça muito bem a situação porque se for um medico que não esteja muito bem dentro dessa matéria é capaz também de não conseguir nada</p>
	<p>União familiar</p> <p>Eu acho que, para particularizar, claro, cada qual deu o seu contributo, mas acho que sem uma força, uma força da família, acho que foi a nossa união que fez com que tivéssemos chegado aqui, porque nós passamos por momentos péssimos! Pai 5</p>
	<p>Promover um bom diálogo</p> <p>E nesse último período, a certa altura, resolvi também ir a um psicólogo para me ajudar, porque eu não conseguia estabelecer conversação com a minha filha...Comecei também a ver que não era só ela que estava a ser afectada com o meu comportamento, o rapaz também estava e tinha razão no que me dizia e nas chamadas de atenção que fazia... (...) Às vezes...sim...O, mãe não lrigues. O, mãe não faças assim. Tu dás-lhe grande conversa e depois acabam sempre a discutir e não sei quê. O, mãe e ta ta ta..." Pronto. E eu reconhecia que ele tinha razão e que também tinha que olhar por ele, não é? Quer dizer, no fundo, ela era minha filha mas ele também era meu filho. Claro que eu achei realmente que o meu comportamento estava muito mal e que não era capaz, eu sozinha, então fui para um psicólogo. Foi uma maravilha de um senhor, consegui fazer ver-me n de coisas e eu comecei a ter outro comportamento e a lidar doutro jeito. (...) Ele dizia-me mesmo, em vez de eu discutir com a M. que eu lhe lançasse perguntas, hum... e descodificava-me aquela relação e aquela maneira de ela actuar, e dizia-me "e já pensou porquê" e assim e assado. E lá me..."não faça assim, faça perguntas; não responda, pergunte antes, para ela cair nela". Foi uma maravilha, realmente, pronto, e as coisas melhoraram. Até que... (pausa) Quer dizer, melhoraram, mas volta e meia ainda tínhamos...pegas fortes e zangas.(Mãe 2)</p> <p>Tentando entender a doença e conversava muito com ela. (Mãe22)</p>
	<p>Dar liberdade, respeitar o espaço da filha, confiar</p> <p>Acho que as conversas que tinha com a minha mãe e o meu pai foram essenciais porque eu tinha baixa auto-estima e elas levantaram-me a estima, o amor próprio, já que eles gostavam de mim e estavam a gastar tempo a falar comigo, se calhar eu tinha valor! N8</p> <p>E corremos o risco de acontecer alguma coisa, mas preferimos correr o risco também era uma forma dela superar. Pai 5</p> <p>até que houve uma altura que eu tentei também falar com a M., a M. ficou muito zangada comigo, que eu que me metia na vida dela e não sei quê e... (pausa) e eu nessa altura disse "realmente tens razão, és maior e vacinada portanto eu já não sou responsável por ti" (breve pausa) Pronto, e foi isso, acabou, não me meto mais. E realmente aí, às vezes ia e reagia e dizia "não! Efectivamente ela é responsável por ela, acabou! Fiz o que pude, acabou" Portanto, comecei a ver que eu tinha tentado ajudar o mais que podia, e pronto assim as coisas foram melhorando, às vezes fazia-lhe qualquer coisa, eu dir-lhe-ia mas mesmo assim de uma maneira muito mais leve, porque eu entretanto comecei a ser medicada, cheguei a andar num psiquiatra e num psicólogo, não é? Hum, com medicação bem forte, comecei então a ser medicada, comecei a, a...comecei a recuperar, como eu lhe disse, houve ali uma altura em que andava completamente desequilibrada. Pronto, comecei a reagir de um modo diferente e a dar-lhe mais autonomia, sem dúvida que sim e ela fazia qualquer coisa e eu não gostava, e eu dizia "pronto, acabou com ela, Fátima, não tens nada que te meter". Pronto, e então...foi assim, quer dizer, lá dentro de casa...e dizia-lhe algumas vezes, ela deve-se lembrar, "nesta casa há as regras, as regras desta casa são estas e, portanto...seguimos. Quando tiveres a tua casa, estabelece as tuas regras, nessa altura fazes só o que te dá na realíssima gana, não é? Agora, nesta casa ..." Porque uma das coisas que me magoava...e às vezes não digo que fosse de propósito, mas parecia efectivamente, que é o que eles dizem, que fazia de propósito. Hum, quando havia coisas que me magoavam e quando ela chegava e terminava desse jeito e feitio, não é? E eu aí, trepava pelas paredes, passava-me. E, pronto chegávamos aos extremos. E depois a certa altura, em parte também comecei a...se ia a determinado tom, virava costas. (Mãe 2)</p> <p>Eu tentava respeitar, claro que sempre com muita angústia, com muita, pronto a achar que era muito pouco e assim,</p>

		<p>que era muito pouco. Ela...nós fazíamos aquilo que nos diziam nas reuniões porque para nós foi muito bom as reuniões que nós tínhamos mensais... Ouvimos logo que nada de reparar no que ela comia, nós não conseguimos claro, isso foi depois foi... Foi uma aprendizagem que nós começamos a procurar tentar, procurar fazê-lo, porque nós até aí nunca nos tinham dito isso, mas pronto foi realmente, foi uma solução. Sentimos que realmente ajudou, embora claro sempre atentos, mas não fazer reparo... (Mãe14)</p> <p>A nossa preocupação era telefonar todos os dias e perguntar se ela tinha comido. Embora eu nunca martirizei muito. Só perguntava se estava tudo bem e se ela se tinha alimentado direitinho. Embora tivesse às vezes vontade de perguntar mais, queria que ela soubesse que uma pessoa confiava e que sentisse que ela era responsável. (Mãe2)</p> <p>Ainda hoje não sei ao certo o peso que ela tem. Ela diz que está bem e a gente também vê. E se ela não me quer contar eu também acho que não tenho o direito de impôr que ela me diga. Dentro do que eu posso eu ajudo. Digo: oh N22 eu estou aqui, se quiseres dizer alguma coisa, desabafa, só se sentires necessidade disso. (Mãe22)</p> <p>exactamente penso que foi... a melhor ajuda foi essa, foi respeitar, respeitar a ideia dela, a opção dela e do médico (Pai 11)</p>
	Apoiar na alimentação	<p>M3 – Eu lembro-me dele partir queijo. Se ele partisse queijo elas comiam. (...) Depois partia muito queijo e ao partir o queijo, isso eu lembro-me também, mas já numa fase um bocadinho melhor, mas eu lembro-me de ele partir o queijo, quanto mais ele partia, mais elas comiam e então eu dizia “parte sempre, parte sempre, para elas comer”. I – (riso) e portanto isso ajudava? M3 – Era! Mas ele partia muito e depois chegava no outro dia se eu estivesse muito cansada ou até já não me apetecesse já não saía da cama, dizia-lhe a ele “vai para a cozinha parte queijo, parte queijo que elas comem!” Aquele ano, em que foi para o campismo é que ela melhorou ali nesse ano, queria ir para a piscina dizia “queres ir para a piscina tens que comer” e ela queria ir. (...)E para ter senha e para ir para a piscina tinha que comer. (Pai 3)</p>
	Incentivar interesse	<p>Eu acho da minha actividade talvez o que tenha sido mais útil foi mesmo tentar incentivar as coisas todas que encontrava que ela tivesse ainda minimamente interesse. (...) Eu acho que foi mais isso. Pronto é o que eu sinto que, pronto por portas travessas, por portas travessas a gente fazia qualquer coisa, não é? Assim que se notava qualquer coisita fazia-se. Uma vez fomos às 4 da manhã para Setúbal ver golfinhos, pronto era para ir ver golfinhos saímos às 4 da manhã para ir ver golfinhos lá fomos. (...) (Mãe 8)</p>
	Coordenação parental	<p>Quando eu finalmente me apercebi do que era entrei na segunda fase, ou seja, a fase de luta contra aquilo que estava a acontecer...(Pai 8) Pronto eu tentava dizer assim “oh Susana tu queres fazer uma, tu não queres engordar, não é? Portanto a gente vai fazer uma dieta equilibrada, vamos, não comes tanto disto, não comes tanto daquilo, não comes doces...” Pronto tentava fazer eu esta coisa, (Mãe 8) o meu marido acho que tentava era pegava e ia buscá-la ao colégio, ia almoçar com ela para ver se ela comia com ele, pronto fazia assim uma coisa diferente, (Mãe 8)</p> <p>depois da fase de já de ir então ao psiquiatra também ainda houve uns meses maus, que era os meses de ir para baixo e para cima, para baixo e para cima, e que acho que foi tremendamente importante, aí já foi melhor porque também já começamos a coordenar melhor nós todos, já fazíamos todos igual, não é? (Mãe 8)</p> <p>A parte mais importante é os pais saber o que é que de facto têm que fazer, o que hão de fazer, ninguém pode ajudar se não souber o que tem que fazer, não é, o estar a teimar com ela isso não se consegue nada, foi a parte mais importante foi o médico explicar-nos o que é que nós temos que fazer, explicar à C. o que é que ela tinha que fazer, e isso deu resultados, não é? (Pai 11)</p> <p>Eu acho que aquilo, acho que há vários níveis aqui de participação, um é as pessoas estarem e nisso acho que fomos todos igualmente importantes, ou seja, continuamos a funcionar, não ficamos disfuncionantes, não nos deixamos arrastar por esta tempestade, por este caos que a Susana trazia na cabeça e que deixava passar para nós e nesse aspecto o facto do P., a A. não terem claudicado, não terem fraquejado foi muito importante, valeu-lhes naturalmente os princípios que nós fomos inculcando de apoiar, de estar, valeu-lhes também o facto de serem inteligentes naturalmente e perceberem que alguma coisa de errado se passava, não tomaram atitudes, acho que o facto deles se terem portado bem, se terem portado normalmente foi muito bom. O P. e a R. Se terem portado bem nessa altura, foram pilares sólidos de uma família. (...) Não se pode dizer que eles tenham tido um papel digamos positivo de intervenção, não tiveram um papel na intervenção, mas foram baluados, foram pilares, foram pronto foram referências sólidas na nossa família, que nos permitiram a nós trabalhar muito tempo com a Susana e nos permitiram a nós descansar muito tempo em cima deles e isso é extraordinariamente importante. (Pai 8)</p>

Resultados complementares:

Ganhos e perdas na família pós-recuperação

<i>Ganhos e perdas na família pós-recuperação</i>	
Ganhos	<i>Eu acho que uma pessoa ganha...ganha estofa para aquilo. E valoriza determinadas coisas que até aí não valorizávamos e...Eu aprendi... Eu aprendi uma coisa, eu aprendi a só me preocupar com aquilo que está iminente, eu nunca me preocupo com aquilo que pode vir a acontecer. Deixei de me preocupar completamente. Eu sempre fui um bocado assim... (Mãe 20)</i>
	<i>Ah, eu ganhei por exemplo outra coisa: ganhei a AFAV, que é uma coisa que para mim às vezes faço com sacrifício porque pronto, às vezes não me apetecia nada e...mas faço porque acho que é uma coisa importante e para mim é gratificante poder fazer alguma coisa provavelmente precisa e na AFAV ganhei montes de amigos e pronto...isso é bom. (Mãe 20)</i>
	<i>eu acho que estas situações também nos ajudam a crescer um bocadinho e ajudam-nos a enfrentar outros problemas que a gente pode vir a ter. Era bom que a gente não os tivesse mas é mesmo a lei da vida. (Mãe 22)</i>
	<i>Que recebi a minha filha de novo. Dá a impressão que perdi a minha vida e recebi-a de novo. A minha vida modificou muito. É um trambolhão muito grande. E estou muito feliz. (Pai 22)</i>
	<i>E conseguimos, eu pessoalmente consigo relativizar melhor os problemas. Este foi o meu problema, este foi o meu grande problema! Eu tinha de entrar todos os dias na minha companhia de seguros...para já, porque estou convencido que só mais tarde é que souberam e souberam porque a minha filha foi, passou a ir à companhia ter comigo e claro que se aperceberam que ela estava assim, eu encarei aquilo de uma forma positiva. Encarei como se estivesse a ganhar uma grande guerra, uma grande batalha, não é? E as pessoas entenderam... (Pai 5)</i>
	<i>Porque é assim, isto não era nosso hábito...foi para aí há 2 anos atrás que me apercebi de muita coisa e que se calhar com isto tudo tinha perdido: se calhar as pessoas ficavam a pensar que eu não gostava delas e senti mesmo necessidade...mas isso senti sempre necessidade...quando estou...eu não digo a toda a gente...às vezes, posso dizer "Gosto muito de ti!", mas é aquela pessoa...mas agora, eu senti necessidade...quando no outro dia...eu disse mesmo, porque senti necessidade de dizer...porque...não sei se li "Mais vale dizer do que guardar para sempre." ou "Aproveita o momento para o dizer". Pronto, e é assim, eu, não sei, achei que devia, mesmo. N2</i>
	<i>perder acho que não perdi nada... Ganhei...ganhei harmonia, ganhei a experiência...Sou capaz de entender... Ganhei a experiência e acho que, particularmente, uma capacidade de compreensão dos outros que passem por situações idênticas. É isso. E se puder ajudar nalgum...acho que isso é ótimo. (Mãe2)</i>
	<i>Aquilo que não nos mata deixa-nos mais fortes e eu penso que foi o caso, não é? (Pai 2)</i>
	<i>eu acho que, quer a mim quer a ele, e isso a gente conversou entre nós, fez-nos também a gente "Calma aí! Se calhar não somos assim tão bons educadores como isso, não é? Se calhar a gente tem que repensar as coisas, alguma coisa!", eu acho que também nos fez bem isso. De a gente também questionar alguma coisa, de não pensar que fazia sempre tudo bem, não é? (Mãe 8)</i>
	<i>é evidente que relativiza, quer dizer há coisas muito menos importantes que toda a gente dá muita importância, todos os dias, porque não passou por isto. Claro que depois de passarmos por isto, depois de passarmos pela doença da Susana, ou de eu passar pela asma, como passei por crises de asma gravíssimas quando era miúdo, dá-nos outra alegria de viver, com certeza, não é? Portanto, quer dizer, há coisas que deixam de ter qualquer importância, estarmos agora preocupados com isto?! Que disparate! Sei lá, porque chagamos atrasados, porque perdemos o comboio, porque tenho um furo no pneu, porque temos que pagar os impostos...o que é que isso interessa? Não interessa nada, não é? Comparado com isto! Vivemos todos numa vida de comparações e quando nós experimentamos coisas tão graves como esta naturalmente que o resto...cai por terra... (Pai 8)</i>
	<i>Vejo principalmente diferenças no meu pai. Antes da doença não comunicava muito com o meu pai. Vejo que depois houve só discussões. E agora vejo que falo até mais com o meu pai do que com a minha mãe. O meu pai aproximou-se muito de mim. Falamos muito de tudo. (N22)</i>
	<i>E até...curiosamente, até comecei, até o meu próprio relacionamento com a minha mulher foi muito, passou a ser muito mais cúmplice, não é? Nós tínhamos vinte e poucos anos de casados e, às vezes, e eu hoje considero que estou mais realizado no matrimónio que estava há quatro anos atrás... (Pai 5)</i>
	<i>M14 – Ainda...portanto, fez com que nós ao passarmos por esta dificuldade que de facto como eu disse no início foi a nossa grande dificuldade, o nosso grande problema...e nós termos conseguido compreender e sempre pronto, claro que houve dias que chorei eu, dias que chorou ele, houve dias que a gente já não...não sabia mais o que fazer e como fazer, mas isso tudo foi, fez-nos crescer fez-nos...e realmente até de intensificar mais a relação. (Mãe 14)</i>
	<i>Entre nós, comigo e com a L., por exemplo, penso que o nosso casamento reforçou tremendamente o nosso casamento temos vivido esta dificuldade, como de resto outras dificuldades que nós vivemos só foi bom para o nosso casamento... (Pai 8)</i>
Perdas	<i>Eu tenho pena que tenha acontecido, tenho muita pena, porque acho que foram anos de vida que a gente perdeu, foi um período...a minha vida, toda a minha vida, eu sinto a minha vida e os meus 60 anos, o fulcro, a parte principal da minha vida foi a doença da minha filha...portanto, é</i>

	<p><i>sinal de que foi muito marcante, foi uma coisa que eu tenho pena que tenha acontecido, não sei se para ela também foi, mas para mim foi... (M18)</i></p> <p><i>M14 – Sim, perdeu-se...pronto, vê-la sozinha e insatisfeita e pronto...</i></p> <p><i>N14 – E por exemplo a à vontade que eu tinha na comida não é a mesma que eu tenho agora, mas isso também acho que faz parte...</i></p>
Ganhos e perdas	<p><i>Eu costumo dizer que perdi anos de vida com a doença da minha filha, mas...mas ganhei também muita experiência nesse aspecto, eu gostava de um dia, de um dia que me reformasse de me dedicar talvez um bocadinho mais à Associação (M18)</i></p> <p><i>foi muito, muito penoso, aliás tal como eu já referi tenho períodos em que tenho brancas, relativamente, tão penoso para mim que foi. Mas, por um lado, vejo como uma coisa que era inevitável, se calhar...porque eu sei que, um dia, eu ia fazer dieta e ia ser o descontrolo total, como foi. Mas por outro lado, acho que, por outro lado acho que foi, atrevo-me a dizer, não sei, se calhar foi a melhor coisa que me aconteceu e se não fosse isso, porque eu tenho, não sei o que é que poderia ser... Porque foi também através da recuperação que eu comecei a sentir forças que nunca tinha sentido. E a tornar-me numa pessoa completamente diferente daquilo que eu era, para melhor, em termos de segurança, de assertividade, de auto-estima, tornei-me uma pessoa diferente daquilo que era e isso, por exemplo eu noto que há muitas pessoas que, que dizem, que acham que se calhar eu já não sou a menina doce que era antes, só que isso já, a conversar com a minha mãe já referi muitas vezes isso, onde as pessoas viam uma pessoa doce, não era doçura, não tinha nada a ver com isso, tinha a ver com, eu era uma pessoa submissa, fraca, não tinha nada a ver com doce, as pessoas é que me viam assim, portanto ainda bem que e dizem que a P. já está diferente, mas vêm isso como negativo e eu não consigo ver isso como negativo...eu sinto-me muito feliz com as vitórias que consegui através disto, infelizmente.N18</i></p> <p><i>Eu perder, penso que não perdi nada. Ganhar, ganha-se sempre, porque depois de passar por um período da vida tão difícil como este, perder ainda mais nunca se perde, só há sempre a ganhar. Depois disto parece que se ganha. Ganhei novamente uma família, não é? Que tinha perdido... E realmente agora tudo isto funciona como uma família, que é fundamental. A cura foi um contributo importante para voltar a normalizar o anteriormente, que é a existência de uma família, que deixou de existir durante todo o período da doença. (Pai 2)</i></p>