



FLÁVIA MACHADO SEIDINGER

**SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS DO ABANDONO DO
TRATAMENTO AMBULATORIAL NOS TRANSTORNOS
ALIMENTARES NA VISÃO DOS PACIENTES:
UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

**CAMPINAS - SP
2014**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FLÁVIA MACHADO SEIDINGER

**SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS DO ABANDONO DO
TRATAMENTO AMBULATORIAL NOS TRANSTORNOS
ALIMENTARES NA VISÃO DOS PACIENTES:
UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

ORIENTADOR: PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP para obtenção do Título de Mestra em Ciências Médicas, área de concentração Ciências Biomédicas.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA FLÁVIA MACHADO SEIDINGER, ORIENTADA PELO PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO.

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS - SP
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Se42s Seidinger, Flávia Machado, 1973-
Significados psicológicos do abandono do tratamento ambulatorial nos transtornos alimentares na visão dos pacientes : um estudo clínico-qualitativo / Flávia Machado Seidinger. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Anorexia nervosa. 2. Bulimia nervosa. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Pacientes desistentes do tratamento. 5. Comportamento aditivo. I. Turato, Egberto Ribeiro, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Psychological meanings of dropout in eating disorders from the viewpoint of outpatients : a clinical-qualitative study

Palavras-chave em inglês:

Anorexia nervosa
Bulimia nervosa
Qualitative research
Patient dropouts
Behaviour, Addictive

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Mestra em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Egberto Ribeiro Turato [Orientador]
Manoel Antônio dos Santos
Luís Fernando Farah de Tófoli

Data de defesa: 28-01-2014

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

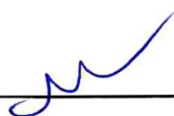
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

FLÁVIA MACHADO SEIDINGER


Orientador (a) PROF(A). DR(A). EGBERTO RIBEIRO TURATO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). EGBERTO RIBEIRO TURATO



2. PROF(A). DR(A). MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS



3. PROF(A). DR(A). LUÍS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI



Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 28 de janeiro de 2014

Meus sinceros agradecimentos:

Ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato,

À Pós-Graduação em Ciências Médicas, e pelos financiamentos concedidos, CAPES e FAPESP.

*Ao Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, sine qua non; aos colegas pesquisadores, sempre parceiros e
minha gratidão pelas novas amizades aí encontradas.*

Ao GETA, pacientes e equipe, a Celso Garcia Júnior, por tornarem este trabalho possível.

*À Banca Examinadora, Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos e Prof. Dr. Luís Fernando Tófoli,
e aos suplentes pelas contribuições e generosidade, Profa. Dra. Rosângela Higa,
Prof. Dr. Claudinei J. G. Campos, e Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo.*

À Banca de Qualificação, Prof. Dr. Paulo Dalgalarro, Profa. Dra. Heloísa R.V. Celeri, Dr. Ronis Magdaleno Jr.

*A Daniela Araújo Silva, Carla Maria Vieira, Maria Marta Battistoni, Ana Luísa M. Traballi, Lia K. Silveira
Campos, Fátima Böttcher-Luiz, Mônica Filomena Caron, Vanda de Fátima Oliveira,
à equipe de Moradias do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Veridiana Marucio, Ruth Cerejo, e a cada amigo,
impossível nomear aqui, cada qual por sua particular participação neste percurso; a Graciela Brodsky e Angelina Harari.*

A Dr. Gustavo de Carvalho Duarte e equipes do Instituto do Sangue, TMO Beneficência Portuguesa e CQA.

A Lúcia Cerdeira Leibovitz e, infinitamente, a Rogerio Cerdeira Leibovitz.

Aos meus queridos irmãos, ainda que distante, por serem grandes exemplos e apoios próximos;

A quem me acompanhou de longe até a qualificação e já não estava mais entre nós

na conclusão deste trabalho, meu pai, por seu amor ao saber;

e, à minha mãe, por saber amar.

Flávia Machado Seidinger

*Aos pacientes,
pacientes “ensinantes” sobre a clínica,
até quando abandonam, ensinam.*

RESUMO

O abandono do tratamento, questão cara à saúde pública, constitui preocupação nos transtornos alimentares, pelos altos índices, assim como pelos resultados insatisfatórios no tratamento e pela gravidade do quadro. O presente estudo teve por objetivo compreender o fenômeno do abandono do tratamento ambulatorial nos transtornos alimentares a partir dos significados atribuídos por pacientes que vivenciaram tal experiência. Utilizando-se do método clínico-qualitativo, entrevistas em profundidade orientadas por roteiro semiestruturado foram colhidas, gravadas e transcritas na íntegra. Oito pacientes com ≥ 18 anos que abandonaram o tratamento especializado em ambulatório de hospital universitário público compõem amostra fechada por critério de saturação dos dados. Foi pressuposto que o abandono do tratamento guardasse relação com aspectos psicológicos próprios a esses transtornos. A fundamentação teórica foi ancorada no referencial psicodinâmico, e os achados também analisados à luz de revisão da literatura científica atual. Foram identificadas oito categorias de conteúdo originadas por enunciação, apresentadas em três grupos. Encontradas como denominadores comuns a todas as demais categorias, enquanto significados psicológicos do abandono para os participantes, as seguintes categorias dizem respeito à psicodinâmica ligada ao abandono, sendo, portanto, categorias centrais: 1.a) “Uma escravidão ao vício, compulsivamente” – *dimensão aditiva da anorexia e bulimia* e 1.b) “Me senti abandonada, então abandonei” – *acting out da fantasia de abandono*. Por sua vez, as categorias secundárias relacionam-se diretamente às centrais e revelam mecanismos que participam do fenômeno do abandono: 2.a) “Não gosto que as coisas saiam do meu controle” – *abandono como alívio*, 2.b) “Anorexia é uma coisa para a vida inteira” – *apego/adesão ao sintoma* e 2.c) “Eu me dei alta” – *melhora suficiente e cura*. Por último, por corresponderem aos significados da faceta “tratamento” implicada no objeto “abandono”, as categorias consideradas colaterais por serem relativas ao tratamento: 3.a) “No começo eu não aceitava como doença” – *negação inicial e superação*, 3.b) “Um tratamento dentro do tratamento” – *lugar dado à palavra* e 3.c) Da “aliança ao vício” à *aliança terapêutica como laço*. Os resultados confirmam pressuposto do estudo. Os significados revelam elementos simbólicos que permitem melhor compreensão do fenômeno, apontando proximidade às adicções e aspectos psicodinâmicos como: dificuldades com o controle e no campo interpessoal, impulsividade e condutas atuadas; sugerem a importância do laço a ser construído com a equipe, no manejo clínico, inclusive nas recaídas, frente à dinâmica aditiva. Com possível impacto na adesão e nos resultados do tratamento, o estudo aponta ramificações e possibilidades para a terapêutica desta clínica carente de avanços.

Palavras-chave: anorexia nervosa; bulimia nervosa; pesquisa qualitativa; pacientes desistentes do tratamento; comportamento aditivo.

ABSTRACT

Dropout, a relevant issue for public health, in the case of Eating Disorders is concerning due to the high rates, severity of disorders and poor outcomes. The present study aims at understanding outpatient treatment dropout in eating disorders from meanings attributed by patients to their dropout experiences. It was assumed that dropout could be related to psychological aspects of these disorders. It was conducted a qualitative study adopting the clinical-qualitative approach. The sample, set according to data saturation criteria included eight ≥ 18 years old patients that dropped out of specialized outpatient treatment in a public university hospital. Eight semi-structured interviews have been collected in-depth recorded and fully transcribed. The theoretical basis is grounded in psychodynamic references and the findings are also analysed under the scope of current scientific literature review. Eight content categories originated by enunciation are analysed, clustered in three groups. Found as common denominators to other categories, as psychological meanings of drop out to participants, the following categories refer to the psychodynamic linked to drop out, thus being central categories: 1.a) "Enslavement to addiction (compulsively)" – *addictive dimension of anorexia and bulimia*, and 1.b) "I've felt abandoned, so I dropped out" – *acting-out the fantasy of abandonment*. Secondary categories are directly related to the central ones and reveal mechanisms participating in the drop out phenomenon: 2.a) "I don't like if things get out of my control" – *dropout as relief*, 2.b) "Anorexia is for life" – *attachment/adherence to the symptom* and 2.c) "I've discharged myself" – *sufficient improvement and cure*. In a collateral plane, corresponding to meanings related to the "treatment" facet implicated in the object "dropout", there are the categories related to treatment: 3.a) "At first I didn't accept it as a disease" – *initial denial and overcoming*, 3.b) "A treatment inside the treatment" – *the place given to the word* and 3.c) From "alliance to addiction" to therapeutic alliance as a bond. The results confirmed the study's assumption. The meanings points symbolic elements that allow for a better comprehension of the phenomenon, revealing the proximity between addictions and psychodynamic aspects such as: interpersonal difficulties, impulsivity and acting out conduct. These suggest the importance of the therapeutic bond to be built with the treatment team, in clinical management, including relapse, in face of the addictive dynamics. The study signals ramifications and new possibilities to the clinical practice in eating disorders, with possible impact in compliance.

Key words: anorexia nervosa; bulimia nervosa; qualitative research; patient dropouts; behaviour, addictive.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	- Anorexia Nervosa
BN	- Bulimia Nervosa
atip	- atípica
purg	- purgativa
restr	- restritiva
CID 10	- Classificação Internacional de Doenças, 10a. revisão
DO	- abreviatura corrente na literatura internacional do descritor <i>patient dropout</i> correspondente a abandono de tratamento por parte do paciente
DM	- Diabetes Mellitus
DSM IV-TR	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4a. ed. revisada
DSM V	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5a. edição (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth and Fifth Edition)
GETA	- Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares - Universidade Estadual de Campinas
HD	- Hipótese Diagnóstica
FCM	- Faculdade de Ciências Médicas
LPCQ	- Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa
TA	- Transtornos Alimentares
TAG	- Transtorno de Ansiedade Generalizada
TASOE	- Transtornos Alimentares sem outras especificações
TP	- Transtorno de Personalidade
TPB	- Transtorno de Personalidade Borderline
TPH	- Transtorno de Personalidade Histriônico
Unicamp	- Universidade Estadual de Campinas

RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xiii
ABREVIATURAS E SIGLAS	xv
1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Transtornos Alimentares.....	21
1.1.1 Aspectos históricos e socioculturais.....	25
1.1.2 Aspectos epidemiológicos e clínicos.....	29
1.1.3 Aspectos psicológicos.....	30
1.2 Sobre o termo "abandono" e sua etimologia	31
2. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS.....	33
2.1 Pressuposto Geral.....	35
2.2 Objetivo geral	35
2.3 Objetivos específicos.....	35
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	37
3.1 Notas sobre a Anorexia em Freud e Lacan	39
3.2 Anorexia, Bulimia, adicção, desamparo e abandono.....	43
3.3 Desamparo e a questão abandônica.....	51
4. RECURSOS METODOLÓGICOS	55
4.1 Sobre o método	57
4.2 Descrição da etapa de campo da pesquisa.....	61
4.3 Técnica de tratamento dos dados	66
4.4 Cuidados éticos e manejo de vieses na pesquisa	68
4.5 Recursos materiais e fontes de financiamento	70
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
5.1 Categorias principais relativas ao abandono e seus significados.....	75
5.1.1 "Uma escravidão ao vício, compulsivamente" – <i>dimensão aditiva da anorexia e bulimia</i>	75

5.1.2	"Me senti abandonada, então abandonei" – <i>acting out da fantasia de abandono</i>	76
5.1.3	Categorias secundárias relativas ao abandono	83
5.1.3.1	"Não gosto que as coisas saiam do meu controle" – <i>abandono como alívio</i>	83
5.1.3.2	"Anorexia é uma coisa para a vida inteira" – <i>apego/adesão ao sintoma</i>	85
5.1.3.3	"Eu me dei alta" – <i>melhora suficiente e cura</i>	87
5.2	Categorias relativas ao tratamento.....	91
5.2.1	"No começo eu não aceitava como doença" – <i>negação inicial e superação</i>	91
5.2.2	"Um tratamento dentro do tratamento" – <i>lugar dado à palavra</i>	93
5.3	Da "aliança ao vício" à aliança terapêutica como laço.....	99
6.	CONSIDERAÇÕES.....	101
6.1	Implicações clínicas.....	103
6.2	Limitações do estudo e futuras pesquisas.....	107
6.3	Considerações finais	109
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
	ANEXOS	125

1. INTRODUÇÃO

A valorização do estudo do ser humano, em situação, não é só indispensável eticamente, como extremamente necessário num momento de crise da humanização, em que o ser humano perdeu todos os seus centros de apoio, e precisa apoiar-se em si mesmo. Para tal terá que conhecer-se, e os métodos qualitativos devem ser os mais indicados para que esse conhecimento seja produtivo e ético.

Cassorla

1.1 Transtornos Alimentares

Transtornos Alimentares (TA) acometem principalmente meninas, adolescentes e mulheres jovens. No entanto, nos últimos anos tem se destacado o surgimento e aumento progressivo da Anorexia em homens, ao lado de outras variantes de transtornos com distorções de imagem corporal, abuso de exercícios físicos e comer desordenado; porém, em proporção bem menor: 10% da prevalência em mulheres, segundo Melin & Araújo (2002)⁽¹⁾. É válido mencionar outro estudo nacional que analisou a experiência corporal de um adolescente⁽²⁾. Apesar de ainda escassos estudos sobre o tema, estudo epidemiológico de Valls et al (2013)⁽³⁾ destaca a significativa comorbidade com sintomatologia depressiva em homens e chama a atenção para as formas subliminares e não especificadas, pois incluindo estas formas encontro 15% de TA em amostra masculina, estatisticamente significativa, entre jovens adultos franceses, encontrando 18% de sintomas depressivos graves na mesma amostra, sendo 5% comórbidos.

O grupo diagnóstico atualmente conhecido por Transtornos Alimentares tem a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) como principais entidades mórbidas, compreendendo os subtipos: restritivos, purgativo e não purgativo. O presente trabalho baseia-se na 4ª edição revisada do Manual Estatístico e Diagnóstico (DSM IV-TR; APA 2003), utilizado nos critérios de inclusão de nossa amostragem por ser considerado mais adequado para os TA pelos médicos do serviço do qual os participantes estudados são egressos, sendo a 4ª edição do manual, vigente quando da coleta de dados.

Quanto à classificação diagnóstica dos TA, vale citar as palavras de Claudino e Borges (2002)⁽⁴⁾:

Embora classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que

exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas (2002; p.7).

De todo modo, os manuais diagnósticos guardam algumas diferenças nos critérios para classificação da AN e BN, conforme se pode ver na Tabela 1:

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-IV E CID-10 PARA ANOREXIA E BULIRNIA NERVOSA	
DSM-IV	CID-10
Anorexia Nervosa	
Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado)	Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC $\leq 17,5$ kg/m ²)
Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso	Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam
Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso	Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o)
Amenorréia por 3 ciclos consecutivos	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso desenvolvimento puberal
Subtipos:	*vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes
1.restritivo (dieta e exercícios apenas)	
2.compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios)	
Bulimia Nervosa	
Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle)	Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida.
Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros.	Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos)*
Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses	Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável
Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação	*diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea)
Diagnóstico de AN ausente	
Subtipos:	
1. Purgativo – vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas	
2. Não-purgativo –apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica	

Fonte: Claudino AM & Borges. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. RevBrasPsiquiatr 2002; 24 (Supl III): 7-12.

Os TA são descritos como grupo heterogêneo do ponto de vista dos diagnósticos e subtipos, porém, correlatos a uma psicopatologia e psicodinâmica comuns, e a transição de um diagnóstico e/ou subtipo a outro é frequente ao longo

do tratamento. Dessa forma, faz-se necessária uma abordagem transdiagnóstica, tal como a empregada por Fairburn *et al.* (2003)⁽⁵⁾, a qual não se refere aos matizes dos sintomas, objetivos e mensurados, mas sim à dimensão vivenciada, focalizando seus aspectos simbólicos, visando o que está em jogo no plano subjetivo, tendo como foco os significados psicológicos atribuídos pelos pacientes. Formas atípicas ou variantes dos subtipos diagnósticos que compõem os quadros dos TA são aspectos flutuantes no curso da doença, e podem variar rapidamente de subtipo ou passar de uma entidade nosológica a outra. Para fins deste estudo, pequenas variações de critérios diagnósticos não são relevantes uma vez que não seria possível assegurar sua precisão por se tratar de pessoas que abandonaram o tratamento; tampouco fez parte do desenho do estudo o uso de quaisquer escalas para reavaliação diagnóstica de seus participantes.

Os TA podem se manifestar a partir do entrecruzamento de diversos fatores: aspectos socioculturais⁽⁶⁻¹⁰⁾: padrões relacionais familiares, vulnerabilidades psicológicas e biológicas. Embora ainda polêmico, estudos investigam, dentro da etiologia multifatorial, encontrariam fatores genéticos implicados (Bergen *et al.*, 2003)⁽¹¹⁾; Hinney *et al.* (2010)⁽¹²⁾; Cui *et al.* 2013)⁽¹³⁾. Importa destacar nosso entendimento de que apenas um dos fatores, isoladamente, não é suficiente para o desencadeamento de um quadro de TA - por exemplo, a dieta que muitas vezes precede o início do quadro, ou os fatores culturais, muitas vezes hipervalorizados pela mídia.

Já os padrões relacionais familiares e vulnerabilidades psicológicas a eles associados são aspectos mais classicamente conhecidos como ligados aos transtornos, sendo importante destacar tal visão ligada a teorias que se embasam em conhecimento proveniente da clínica, como a psicanálise desde Freud (Freud, 1895)⁽¹⁴⁾, as teorias psicodinâmicas, ou mesmo o clássico estudo de Lasègue que em 1873 relacionou a anorexia à histeria, portanto à dinâmica psíquica do sujeito e sua família, especialmente à relação às figuras parentais⁽¹⁵⁾. Não seria correto mencionar poucos estudos científicos recentes frente a tal visão, que vem sendo vastamente publicada e influenciando estudos e práticas terapêuticas há

aproximadamente cento e quarenta anos. Assim, é importante mencionar as obras dos autores e escolas que fundamentam nosso referencial teórico. Neste campo, contribuem estudos como os de Woodside et al (2002)⁽¹⁶⁾, Dallos & Denford (2008)⁽¹⁷⁾, Espíndola & Blay (2009)⁽¹⁸⁾ e Sim et al (2009)⁽¹⁹⁾. Vale sublinhar que estas teorias até hoje estão presentes na visão sobre os transtornos, de forma que sua terapêutica, a partir das evidências na clínica, inclui a terapia familiar, sendo referências nesta área os estudos de James Lock (2010)⁽²⁰⁾, e no cenário nacional, os de Cobelo et al (2004)⁽²¹⁾.

Sobre o objeto de estudo e seu recorte

O presente estudo teve como objeto as interrupções de tratamento* ambulatorial por parte de pacientes diagnosticados com TA, interrupções que são conhecidas no campo da saúde por “abandonos”. A pesquisa visa compreender, a partir das vivências dos pacientes, como estes significam a experiência de “abandono” do tratamento ambulatorial.

Dentre as complexidades que marcam nosso objeto de estudo, destaquemos duas: 1) objeto que se caracteriza pela negativa de outro objeto, o tratamento, fazendo-se necessário, ao longo do trabalho, tratar também desse outro objeto; 2) características dos transtornos estudados: compreendidos no grupo atualmente chamado de Transtornos Alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa constituem as principais entidades nosológicas que, junto a outros transtornos similares compartilham semelhanças e diferenças e possuem subtipos variantes. Suas descrições minuciosas de quadros psiquiátricos do ponto de vista de seus fenômenos objetivos, com complicações clínicas associadas, variam nos manuais estatísticos e diagnósticos. Vale notar que o presente estudo foi desenhado e conduzido durante a vigência do DSM IV-TR, portanto, anteriormente às variações da edição recentemente publicada (5ª. edição; DSM V).

* Ou “término prematuro do tratamento” como também é descrito na literatura científica internacional (PTT = *premature termination of treatment*). Atualmente é sugerida a adoção de tal termo e seus parâmetros na pesquisa, no lugar do descritor Dropout (DO) (Campbell, 2009; Sly, 2009).

A nosso estudo, que visa os significados atribuídos, interessa alcançar o que é revelado pelos discursos acessados por meio das entrevistas, implicando seus significados através da memória, do pensamento e da linguagem, da dimensão imaginária e simbólica trazidos pelas falas dos participantes; ou seja, o que é acessível do ponto de vista psicológico, isto é, o que é supostamente partilhado pelos participantes da pesquisa, apesar de particularidades dentro da evolução do quadro psiquiátrico, por assim dizer, quanto aos critérios utilizados para o diagnóstico médico.

1.1.1 Aspectos históricos e socioculturais

Etimologicamente, os termos Anorexia e Bulimia derivam do grego e respectivamente significam: *orexis* - desejo, inclusive na acepção de "apetite", acompanhado do prefixo *an*, que significa ausência, deficiência, ou negação; *bous* significa "boi", e *limos*, "fome", designando, assim, fome muito grande⁽²²⁾. Ao contrário do que entende o senso comum, o que caracteriza a Bulimia é, então, a compulsão, e não exatamente a purgação, existindo no DSM, inclusive, a classificação diagnóstica da Bulimia Nervosa não purgativa.

A Anorexia tem registros históricos desde a Antiguidade; adquiriu estatuto de entidade mórbida no final do século XIX, com os diagnósticos quase contemporâneos do psiquiatra inglês Gull, "anorexia nervosa", e do francês Lasègue (1998)⁽¹⁵⁾, "anorexia histórica".

Cumprir registrar que, segundo Cordás & Claudino (2002)⁽²²⁾ Couvreur (2003)⁽²³⁾, a prática bulímica também teria histórico antigo em registros bíblicos, bem como posteriormente, no campo médico, descrevendo sintomas e comportamentos apresentados em quadros diversos, muito tempo antes de ser descrita como entidade mórbida. Assim, é no mínimo curioso o entendimento atual de que a BN como descrição psiquiátrica tenha surgido somente com a descrição Russell, em 1979, ante ao amplo trabalho de Brusset com a Bulimia, que revela abundantes referências ao comportamento bulímico e sua descrição em diferentes

épocas, também apoiado na pesquisa de Couvreur (2003)⁽²³⁾. Segundo diversos estudos pormenorizados por ela citados, é descrita a evolução do conceito na medicina desde há mais de um século, o que vale destacar como surpreendente por sua divergência da visão corrente atual, da descrição da Bulimia como entidade mórbida somente em 1979. Por exemplo, Ziolkó e Schrader (1985)^{*} teriam encontrado relatos de um quadro patológico conhecido na Antiguidade grega sob o nome de “cinorexia” (fome canina), caracterizado e descrito por “hiperfagia impulsiva seguida de vômitos”. O estudo de Stein & Laakso, publicado em 1988 permite encontrar menções à Bulimia, não em registros bíblicos ou históricos somente, mas sim nos dicionários médicos, desde o começo do século XVIII! Segundo os autores, ao contrário do que se pensa, há evidências de descrições enquanto síndrome e não como variante da anorexia, e referências ao conceito de bulimia, há aproximadamente trezentos anos^{†(24)}. Teria sido Blankaart, já em 1708, o primeiro autor anglo-saxão a detalhar a referência à Bulimia, descrevendo um “apetite extraordinário” ligado frequentemente a uma “fraqueza de espírito”. Couvreur (2003) destaca ainda, a título de exemplo, a publicação do *The Edimburg Medical and Physical Dictionary*, em 1807. Foi também descrita como “hiperorexia”, na Alemanha, no século XIX, e por Janet (1908)[‡], que utilizou-se efetivamente do termo ao descrever “O Caso Nadia” como síndrome da “anorexia mental-bulimia vômito”⁽²³⁾.

Em diferentes épocas, a descrição dos quadros alimentares varia em função de fatores ideológicos e relacionados aos diferentes contextos socioculturais. Para compreender a forma de apresentação atual dos TA, consideramos úteis as teses que sustentam o pensamento de Zygmunt Bauman (2008a)⁽²⁵⁾, destacando o impacto que a chamada “sociedade de consumo” exerce sobre o ser humano e sua subjetividade, em um tempo em que o consumo tornou-se prioridade da produção por excelência.

* Ziolkó HU (1996). Hyperphagia und anorexia. *Der Navenartz*, 37, 9, 400-406.

† “While bulimia has recently been viewed as an emergent variant of anorexia nervosa, historical evidence suggests that earlier conceptualizations of the term describe a symptom as well as a discrete syndrome. Despite the fact that the diagnosis and use of the concept of bulimia has been variable historically, its dramatic fundamental feature has remained consistent”. (Stein & Laakso, 1988 ; p.201)

‡ Janet P (1908) *Obsessions et psychasténie*. Vols. I e II. Paris: Felix Alcan.

Segundo Bauman (2008a)⁽²⁵⁾, a “revolução consumista”⁽²⁵⁾ teria colocado o consumo no epicentro da vida social, a tal ponto que estaria em curso uma transformação no laço social, que se sustentaria sobre o andaime do que o consumismo promove e promete. Especialmente nos textos “Modernidade Líquida” (2008b)⁽²⁶⁾ e “Vida de consumo” (2008a)⁽²⁵⁾ encontramos que, nas chamadas relações líquidas, tudo se converte em produto consumível, e disso não escapa sequer o ser humano; tudo tem data de validade pronta para vencer e ser prontamente substituído por algo com o rótulo sedutor da novidade, com a ilusão da maior utilidade. O ritmo frenético da produção e da comunicação a serviço do consumo rege o circuito do qual participam, nos papéis principais, a imagem e “os ideais” de peso e imagem corporal sem falhas, que recairão sobre os ombros do indivíduo. Este, na análise de Bauman, é órfão do Estado, cuja força também foi privatizada em favor da produção e do consumo, dentre outras figuras paternas que declinaram nesse processo em suas funções simbólicas, redundando na “liquidificação” dos laços e das relações, numa lógica que tira do centro o sujeito e coloca o objeto. Mais do que nunca na história, assistimos ao triunfo do ter sobre o ser engendrado pela “sociedade de consumo”. Tal lógica social e econômica produz efeitos no sujeito: o triunfo do ter sobre o ser é justamente contra o que a posição anoréxica, ao menos em sua vertente histórica, vem protestar, do ponto de vista do que foi teorizado em determinados momentos por Lacan e outros psicanalistas que seguem sua orientação*.

A participação dos fatores socioculturais na clínica dos TA torna-se inegável quando observamos as variações que os quadros mostram em cada época, ou em

* Para Lacan, o que se passa na *anorexia mental* é que a criança responde com seu sintoma à mãe que lhe sufoca com “a papinha asfíxiante” (a comida, objeto do “ter”) no lugar do “dom do amor” (aquilo que só é possível a quem não tem; o afeto, o amor ao qual a anoréxica reclama em sua greve de fome, corresponde ao que este Outro materno não pôde lhe dar por não permitir que a falta se instaurasse para um psiquismo “normal”, ao tentar preenchê-la com o objeto (comida). O efeito produzido é a não subjetivação dessa falta ao interpretar erroneamente que todo o desconforto do bebê seja fome, empanturrando-o com “aquilo que tem”, ao mesmo tempo não suporta acolhê-lo como confrontado ao desconforto da falta - o que seria dar amor, dar o que não se tem (Lacan, 1995, p. 634). Também a mãe que é assim registrada na realidade psíquica da(o) filha(o) é uma mãe que tem o objeto a dar, não sendo tomada como um ser em falta, que necessita do Pai para fazê-la mulher, o que daria ao sujeito a chave de entrada para o Complexo de Édipo enquanto “normalizante” do psiquismo. A reflexão sobre as relações do sujeito e seus objetos nos TA, à luz de outros autores, será retomada na Fundamentação Teórica.

cada contexto histórico, como por exemplo, as diferenças entre a anorexia santa, os artistas da fome, a caquexia psicogênica juvenil, a anorexia histórica, a bulimia nervosa como componente do CID 10/DSMV, incluída no grupo dos TA, e as características que os sintomas e os discursos a respeito adquirem em cada época. Vale referir ao interessante estudo de Weinberg & Cordás (2006)⁽²⁷⁾ que ao descrever a Anorexia do ponto de vista histórico, fornece elementos para a reflexão das equipes especializadas e aprofundamento de pesquisas futuras, quanto à ligação e participação dos contextos culturais e as manifestações anoréxicas em épocas e formas distintas.

Outro aspecto relevante é o dado de que os TA aumentam em contextos de transição, ou rápida mudança cultural, como argumentado nos estudos de Becker (2004)⁽²⁸⁾. De acordo com Silva (2011)⁽¹⁰⁾, entende-se que:

(...) ao serem inseridas no mercado de produção mundial, as diferentes regiões do mundo sofram uma modificação decisiva no sentido do desenvolvimento de uma cultura de consumo e do individualismo competitivo, descrita sob as rubricas de “modernização” ou “ocidentalização”.

Esses termos são constituídos em contraposição a noções como “cultura tradicional”, “tradições locais” etc. Esses também são os termos com que a emergência dos transtornos alimentares nessas regiões “em desenvolvimento” costuma ser explicada. Diante do confronto entre a cultura local tradicional e a modernização ocidental globalizada, há dois caminhos possíveis, e ambos são apontados como causas para o suposto aumento da incidência dos transtornos alimentares.

Podemos considerar que o aumento de comportamentos purgativos, o fornecimento de uma identidade social, o lugar do Ideal do Eu na cultura contemporânea, a autoexigência – conhecida marca da Anorexia desde sempre –, são hoje, porém, mais fortemente ligadas à questão da imagem corporal, conforme destacado por Costa-Pereira (1999)⁽²⁹⁾ na Introdução à sua tradução do texto clássico de Charles Lasègue.

Acerca da produção social das concepções, saberes e práticas relacionadas aos TA pelos discursos biomédicos e terapêuticos, aspecto relevante na reflexão sobre tratamento e abandono, Silva (2011; p. 260)⁽¹⁰⁾ afirma que:

(...) o padrão de excelência pela literatura científica internacional tende a reproduzir alguns elementos do contexto cultural que fazem parte das próprias condições de possibilidade dos transtornos alimentares: a ênfase no autocuidado e na autodisciplina, a ideia de que a constituição de uma identidade adulta saudável depende da constituição de indivíduos autônomos e independentes, o lugar privilegiado das biociências na determinação dos critérios de saúde e adequação.

1.1.2 Aspectos epidemiológicos e clínicos

Os TA são transtornos psiquiátricos graves com comprometimento do quadro mental e físico que vem sendo descritos em praticamente todo o mundo. Consideradas doenças mentais prioritárias na infância e adolescência pela OMS, destacadas em documento para educadores⁽³⁰⁾ devido à preocupante incidência de suicídio e depressão, estimada em vinte vezes mais alta entre jovens com TA.

Os estudos de prevalência ao longo da vida entre a população geral, conduzidos com critérios do DSM-IV-TR (APA, 2003)⁽³¹⁾, encontram taxas variando entre 0,3% e 2,2% para AN e 0,1% e 2,9% para BN⁽³²⁻³⁴⁾. Slink et al. (2013)⁽³⁵⁾ afirmam que, segundo os novos critérios, atualizados pelo DSM-V⁽³⁶⁾, a prevalência da AN e da BN entre as mulheres gira em torno de 4% e 2% respectivamente.

A nova classificação⁽³⁶⁾ tende a reduzir as taxas de prevalência dos transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) e aumentar a prevalência da AN e da BN⁽³⁷⁻³⁸⁾ em função de que, na nova classificação, os critérios para AN e BN tornaram-se mais amplos permitindo maior número de indivíduos classificados como “especificados” (AN ou BN). A afirmação, recorrente no senso comum, do aumento generalizado dos TA segue controversa no meio científico. Por outro lado, estudos em contextos específicos, concluem

estatisticamente pelo aumento da prevalência desses transtornos ao longo das últimas décadas^(9, 39).

Assumpção e Cabral (2002)⁽⁴⁰⁾ publicaram extensa relação das complicações clínicas e síndromes e disfunções comprovadamente secundárias à AN e BN. Diversas complicações clínicas graves são decorrentes desses transtornos, em função da perda de peso e dos métodos compensatórios, tais como: complicações metabólicas e hidroeletrólíticas, neurológicas, oftalmológicas, gastrointestinais, renais, bucomaxilares e fâneros, pulmonares e hematológicas. As alterações neurológicas e, principalmente, endocrinológicas são importantes no quadro e, na AN, guardam relação com os caracteres femininos diminuídos, por sua vez relacionados a aspectos psicológicos fundamentais, no tocante às dificuldades desses pacientes com a feminilidade e sua recusa muitas vezes aparente, conforme discutido pela psicologia e pela psicanálise.

1.1.3 Aspectos psicológicos

Os aspectos psicológicos tal qual investigados na literatura sobre TA, são apresentados no Artigo 1 (Apêndice), discutidos em sua relação com o abandono do tratamento em Anorexia Nervosa e Bulimia, a partir de revisão de literatura em bases de dados de periódicos médicos internacionais. Não obstante, em função do nosso referencial teórico, aprofundamos antes, no Capítulo 3, as contribuições de autores franceses à psicodinâmica dos TA.

Elencamos por ora apenas aspectos psicológicos contemplados por pesquisas no campo da psiquiatria, destacando como principais:

- negação da doença
- ambivalência
- cisão do Eu
- dificuldades no campo do relacionamento interpessoal
- autoimposição, exigência e rigor extremados
- necessidade de deter o controle (de si mesma e do outro)

- impulsividade
- questões com a autoestima
- preocupações exageradas com a autoimagem

1.2 Sobre o termo "abandono" e sua etimologia

Uma vez que o objeto de estudo na pesquisa qualitativa implica os significados, a dimensão simbólica e imaginária que pode estar implicada no objeto, investigamos a origem etimológica do termo “abandono”.

É interessante resgatar alguns dos sentidos trazidos pelo Dicionário⁽⁴¹⁾; "abandono" significa: "1. ato ou efeito de deixar, de largar, de sair sem a intenção de voltar; partida, afastamento; 2. falta de amparo ou de assistência; desarrimo. 3. Ato ou efeito de renunciar, de desistir. 4. Desleixo, negligência. 5. Modo de quem vive ou se apresenta como se fosse abandonado". Consta na etimologia que os vocábulos em português e em inglês teriam origens comuns na língua francesa, como antepositivo do francês “*ban*”, inaugurando-se o termo com uma lei do século XIII na França, com “*a bandon*” remontando ao latim “*ad bannum*”: à vontade de; a critério de, a poder de, à jurisdição; deixar ir para o exílio (século XI). Segundo Houaiss, ainda a etimologia é comum às de “banal, banalizar e banir”. Vale notar a origem jurídica do termo, a partir de onde provavelmente foi importado para sua aplicação ao campo da saúde, em português. É também sinônimo de “descuramento”, desprezo e desamparo.

No significado da palavra que remete à interrupção prematura do tratamento em nosso idioma, está implicada sua relação de sentido com desamparo. Isso é válido de se observar na medida em que, em uma pesquisa qualitativa, o que nomeia o objeto de estudo também carrega consigo tais heranças semânticas, sua materialidade simbólica e imaginária, justamente o que visamos cernir na investigação dos “significados”.

Existe na língua inglesa, designando o mesmo sentido de abandono enquanto desamparo (p. ex., ser abandonado), o verbo “*to abandon*” ou, como no

português, também na voz passiva, “*to be abandoned*”; “*abandonment*” é o substantivo correspondente a “abandono”, com a mesma origem latina “*ad bannun*”, deixar de lado, guardando a relação de sentido com “desamparo” e “deserção”. Porém, na língua inglesa, não se usa esse termo para significar interrupção de tratamento. O descritor comumente utilizado nas bases de dados internacionais correspondente a “abandono do tratamento” ou “abandono escolar” é o termo “*Dropout*”, palavra composta por *to drop + out*, cujo sentido também vale comentar: os *dropouts* são os “desistentes”, aqueles “que caem fora”, “se retiram”. Essa forma carrega mais especificamente o sentido relacionado àquele que “cai de alguma coisa”, escapa de uma regulação. É interessante notar como, embora em inglês o termo para abandono do tratamento não conserve o elemento ligado ao desamparo, “Dropout”, por sua vez comporta outra vertente de sentido que parece ser relacionada ao ato, qual seja, lançar-se fora de um campo, aproximando-se das noções psicanalíticas ligadas ao ato, mais especificamente, a passagem ao ato*.

Foi realizada revisão de literatura sobre o abandono do tratamento em AN e BN em regime de internação ou ambulatorial, apresentado no Apêndice (Artigo 1). No mesmo apartado, é apresentado artigo de resultados (Artigo 2) com foco na primeira das categorias principais. Este recorte dos resultados discute a questão aditiva† através de levantamento bibliográfico que fornece fundamentação para a discussão à luz: da teoria psicodinâmica das anorexias e bulimias a partir da psicanálise, bem como de estudos científicos de periódicos médicos internacionais suportando a discussão dos transtornos alimentares em relação aos transtornos aditivos.

* Na concepção lacaniana estaria em jogo um ato desprovido de sujeito – embora com motivações inconscientes: na passagem ao ato, o sujeito “se precipita e cai para fora da cena” (Lacan, 2007; p.128). Tradução livre.

† Segundo o Dicionário Aurélio, o termo “adicação” seria um neologismo da língua portuguesa e, em sentido contrário do conhecido sentido pejorativo, no mesmo dicionário, adicto é descrito como “afeiçoado, dedicado, **apegado**, adjunto, adstrito, dependente.” (*Novo dicionário da língua portuguesa*, São Paulo: Nova Fronteira, 1975; p.37)

2. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS

Ciência é busca de causas e fala da ordem invisível.
Turato

2.1 Pressuposto Geral

A presente investigação parte do pressuposto geral de que os aspectos psicológicos dos TA estejam, de certo modo, relacionados às tão frequentes interrupções de tratamento, em geral entendidas por “abandono do tratamento”.

2.2 Objetivo geral

Compreender o fenômeno do abandono do tratamento ambulatorial nos Transtornos Alimentares a partir dos significados a ele atribuídos pelos pacientes que vivenciaram tal experiência em ambulatório especializado de hospital universitário público.

2.3 Objetivos específicos

1º.) Entender o abandono do tratamento ambulatorial a partir das experiências de pacientes, visando conhecer suas motivações particulares;

2º.) Analisar os significados psicológicos do abandono nas vivências dos pacientes visando identificar aspectos que entram em jogo neste complexo fenômeno;

3º.) Discutir os significados relacionados ao tratamento.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Freud disse que o sintoma é o que o sujeito ama mais do que a si mesmo, algo a que ele não renuncia com facilidade, algo conflituoso no sentido de que cria conflito entre as leis do organismo como animal biológico e que a linguagem transforma em algo para além do biológico.

Carrabino & Viganó

3.1 Notas sobre a Anorexia em Freud e Lacan

Escapa à nossa compreensão racional que alguém deixe de comer, necessidade tão vital, sem que seja por disfunções de origem orgânica - não fossem as conhecidas razões que a psicanálise tem ensinado a partir da clínica. Também desafia a compreensão racional que portadores desses graves transtornos, apesar do visível padecimento do corpo, que faz supor padecimento psíquico, não busquem ou frequentemente abandonem o tratamento.

A título de introdução de nosso quadro teórico, focado na psicodinâmica das anorexias e bulimias, do ponto de vista de sua relação com o objeto, vale citar interpretações clássicas da psicanálise a respeito do tema. Dentre os antecedentes históricos e influências teóricas dos autores que nos fundamentam, escolhemos fazer breve menção a Freud e a Lacan.

São raras as referências à anorexia em Freud e estão concentradas no início de sua obra. Na primeira delas, ele destaca seu aspecto melancólico, no "Rascunho G", em 1895⁽⁴²⁾. No Caso Emmy, publicado no mesmo ano, o sintoma anoréxico é entendido como falta de apetite ligada ao excesso da presença materna⁽⁴³⁾. Freud será referido mais adiante quanto à relação dos quadros alimentares, aditivos ou "abandônicos" – descritos no Item 3.3 – que ele chamou de "neuroses atuais". O termo "atual", em oposição às psiconeuroses, indica que se tratava de casos em que não era possível localizar a causa do distúrbio na história, no romance familiar do paciente. Em 1917, distinguia "três formas puras de neuroses 'atuais': neurastenia, neurose de angústia e hipocondria*" (1991c; p.

* É interessante constatar que não há referência direta às patologias alimentares, porém as descrições freudianas de neurastenia revelam traços anancásticos e semelhanças com o funcionamento anoréxico e bulímico. Encontramos em Brusset (2003) a Bulimia como um tipo de Neurastenia; e, embora Freud não tenha utilizado o termo "Bulimia", fala de "acessos de fome devoradora" como sintoma da Neurose de Angústia, ambas subtipos das Neuroses Atuais. Na clínica, não é raro encontrar história de hipocondria ou pânico (o que se aproxima da descrição freudiana de Neurose de Angústia) antecedendo ou convivendo com quadros alimentares. Entendemos a relação entre tais quadros à luz do denominador comum aqui descrito como "pré-edípico", encontrando-se na posição dos sujeitos que negam a perda, a castração através de um objeto, seja comida ou droga, aquilo que Lacan descreve sob o mecanismo do *desmentido*. Este também encontra conexão com o que Jeammet descreve como "arranjo perverso" (1999x, p.40) nas bulimias, o que, para a psicanálise, não corresponde a um quadro sociopático, mas sim pela forma de negar a castração por meio de

454) e, então, não remontava a causas simbólicas localizáveis pelo paciente, mas a uma passagem direta para o campo do somático. Em suas palavras, “processos somáticos anormais” surgiriam em consequência de uma “insuficiência psíquica”, conforme descreveu as Neuroses de Angústia, um tipo de Neurose Atual. Nestas, os sintomas, não constituindo satisfações substitutivas, como nas psiconeuroses, seriam menos passíveis de interpretação, revelando predomínio do somático sobre o psíquico e marcada ausência de elementos simbólicos, à semelhança das anorexias e bulimias. Nessa conferência, Freud (1991c; p. 455)⁽⁴⁴⁾ utiliza uma metáfora para explicar os sintomas das ‘neuroses atuais’: o grão de areia e a pérola, esta constituindo o sintoma, enquanto satisfação substitutiva, e o grão de areia, seu núcleo, a angústia. Nelas, o sujeito não dispõe de recursos simbólicos e imaginários para constituir a pérola, manifestando em seu quadro somático o grão de areia, ou seja, a angústia em estado bruto e as saídas diretas, “curto-circuitadas” no corpo.

Em Lacan, encontramos o rechaço à comida como moeda de troca com o Outro dos cuidados maternos, uma de suas referências fundamentais à anorexia, no *Seminário 4*, como o que é utilizado para “inverter a relação de potência com o Outro”⁽⁴⁵⁾, e “a anorexia mental não é um não comer, mas um comer nada” (idem, p.188).

Para compreender por que alguém não responde ao que seria entendido como um “instinto natural” em todo ser vivo, isto é, a fome, a comida, vale recordar a noção de pulsão de morte teorizada por Freud; Lacan, a partir de Freud, esclarece que todas as necessidades do ser humano seriam perturbadas pela linguagem, de modo que, em nós, já não é mais o instinto que rege, mas sim a pulsão; instinto perturbado pela linguagem resulta na pulsão, conceito fundamental da metapsicologia freudiana. Não podemos então pensar em termos do instinto animal, “fome”, mas o que passa a reger é: como, no psiquismo de cada sujeito, vai se realizar a pulsão e sua relação com os objetos.

um objeto (a comida e a droga tomados num lugar similar ao fetiche para a estrutura perversa), e pela forma de completar a mãe, como entende a escola francesa.

Este preâmbulo se faz necessário para o entendimento dos autores a seguir referidos mais detalhadamente dentro do quadro teórico escolhido. Ainda que os hoje chamados Transtornos Alimentares tenham suas especificidades relacionadas a cada época, e estas sejam resgatadas de um tempo passado, revelam-se elucidativas do funcionamento psíquico de tais pacientes, seguindo assim, válidas como norteadores da prática clínica a eles referida. Ademais, constituem balizadores do pensamento dos autores presentes no referencial teórico adotado.

Segundo a psicanálise, nas “anorexias e bulimias” estaria em jogo, no plano do psiquismo, o sujeito que segue tentando constituir-se como tal, buscando ainda “separar-se”; assim, estas seriam patologias relativas aos processos de alienação e separação, operações constitutivas do sujeito⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾ e corresponderiam a um funcionamento psíquico pré-edípico*, noção que será melhor explicada adiante (vide pág. 35, 36 e 40).

A partir daí, abre-se outra perspectiva para aquilo que é usualmente entendido, de modo restrito, no âmbito da complexa relação mãe-filha nos TA, mas que, corresponde, no sentido mais amplo, à relação com o Outro; esta, encarnada na figura materna como primordial desde as relações mais antigas do sujeito, com a alimentação e com o olhar deste Outro que o introduz no mundo da linguagem. Isso se dá não somente pelo modo como este Outro materno – seja a mãe biológica, adotiva, ou quem ocupe tal função – lhe apresenta o mundo, mas principalmente é da ordem de sua escolha, como diria Lacan, em termos da “insondável decisão do ser”. Lacan afirma que muito precocemente a criança escolhe como responder à castração. Vale comentar que, ao longo da história, ocorreram interpretações equívocas desse aspecto colhido na clínica, gerando uma visada que responsabilizava exageradamente as mães pelos transtornos das filhas. A contribuição de Lacan, embora com a tônica na questão da separação e não separação do Outro materno fez tramitar para o lado do sujeito (a criança, o

* O termo é utilizado por Jeammet, e outros psicanalistas franceses pertencentes à Escola inglesa aqui referidos, e corresponde ao funcionamento de sujeitos que não atingiram a constituição “normalizante” da estrutura psíquica, o que, em nosso entendimento seria outra forma de compreender o que Freud descreveu como Neuroses Atuais.

filho) a responsabilidade por, precoce e inconscientemente, eleger uma posição. A resposta anoréxico-bulímica, à semelhança das adicções, conforme encontrado na literatura e descrito adiante, caracteriza um modo particular de resposta à castração, de posição subjetiva, podemos dizer.

Em 1938, em “Os complexos familiares”, Lacan (1987; p.23-29)⁽⁴⁸⁾ aproxima “(...) as anorexias ditas mentais, as toxicomanias ‘pela boca’ e as ‘neuroses gástricas’ enquanto patologias mortíferas relacionadas à ‘ambivalência* primordial’, ao complexo do desmame e à dificuldade de separação simbólica da mãe.

Lacan fala em “Imago materna” e indica a duração às vezes anacrônica do elo da criança com a mãe; se não é “sublimada para que novos complexos as integrem ao psiquismo (...) a imago, salutar na origem, torna-se fator de morte. Que a tendência à morte, seja vivida pelo homem como objeto de um apetite...” (p.28), e refere-se à pulsão de morte freudiana, novamente fazendo referência à aproximação entre anorexia mental e toxicomania. Quando os sujeitos não aceitam a fenda que o desmame produz:

revela-se em suicídios muito especiais que se caracterizam como “não-violentos”, ao mesmo tempo que aí aparece a forma oral do complexo: greve de fome da anorexia mental, envenenamento lento de certas toxicomanias pela boca, regime de fome das neuroses gástricas[†]. A análise desses casos mostra que, em seu abandono à morte, o sujeito procura reencontrar a imago da mãe (Lacan, 1987; p.29).

Autores como Blanco (2000, p.8)⁽⁴⁹⁾, a partir da interpretação de Jacques Allain Miller à obra lacaniana, relacionam a anorexia ao fenômeno descrito por

* Vale notar que a “ambivalência” é consagrada como aspecto psicológico dos TA e encontrada como ligada aos significados do abandono, em nosso estudo.

† Entendemos que as neuroses gástricas guardam relação com a forma de manifestação da Anorexia no século XIX e com a descrição de Anorexia Histórica, por Lasègue em 1873 (1998), caracterizada pela dor epigástrica; a “anorexia mental”, por sua vez, relaciona-se de forma mais geral ao funcionamento psíquico que subjaz a todas as formas de patologias alimentares, seja nos Transtornos da Alimentação seja nos Transtornos Alimentares, inclusive a BN e seus subtipos. A anorexia mental seria um constructo que dá conta do funcionamento psíquico.

Lacan como “declínio da função paterna”, entendendo tais sintomas como “sintomas mudos”, no sentido de que não constituem sintomas como o sintoma neurótico clássico, resultante do recalque, mas sim curto-circuitam a via do simbólico. Assim, ao contrário do sintoma das psiconeuroses, que logram formar “a pérola”, com os elementos da linguagem, mas sim na mesma direção dos sintomas a esta época descritos como opostos, como nas neurose atuais, os chamados “sintomas mudos” ficam mais expostos à descarga imediata da excitação, manifestando-se nas vias somáticas. Porém, à distinção das somatizações histéricas - estas sim produto do retorno do recalado, com clara demanda ao Outro – tais sintomas são justamente chamados “mudos” porque tais sujeitos querem conservá-los, não se dividem frente ao quadro, não fazem demanda de tratamento, por si mesmos; ao contrário, esforçam-se por conservá-los – aspecto que de algum modo se relaciona à questão objeto de nosso estudo.

Os autores nos quais ancoramos a análise desenvolveram seu trabalho teórico-clínico na França, estão ligados à escola inglesa de psicanálise, não sem a influência da interpretação francesa. Dado o nosso recorte, com vistas à aplicação na área médica, optamos por nomear sua contribuição pelo termo “psicodinâmica”, em seu uso mais corrente nesse campo. Suas contribuições retomarão o termo “Anorexia Mental”, influenciadas pelos conceitos que nestas notas recordamos.

3.2 Anorexia, Bulimia, adicção, desamparo e abandono

Os autores aqui referidos compreendem os quadros da Anorexia e Bulimia como “condutas atuadas aditivas”. Tal concepção remonta a autores mais antigos, como Glover e principalmente Otto Fenichel*, que já teriam descrito a Bulimia como uma droga “para assinalar o aspecto tóxico dessa dependência alimentar”⁽⁵⁰⁾.

* Glover E. (1923). Sur l'étiologie de la toxicomanie. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol XII; Fenichel O (1972) De la crainte d'être dévoré. In: *Destins du cannibalisme*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 6, Gallimard, 149-152. Além desses, Biswanger (1952) Psychiatric aspect of mental anorexia. *Kinder Psychiat.*, 19, 5, 175-180. In *Excerpta*, 1953, no.3910., também teria influenciado tal visão.

Segundo Couvreur (2003, p.46)⁽²³⁾, Brusset passou a definir a Anorexia como “processo automantido que assume sentido e função no contexto de uma adolescência impossível”, dando maior lugar à Bulimia, seja ela realizada ou como fantasia, no que vai chamar “toxicomania sem droga”. Isto se deu em uma série de trabalhos de Brusset, iniciados em 1969 sob a influência dos escritos de Selvini-Palazzoli e H. Bruch publicados na mesma década, dos quais o trecho seguinte, citado por Couvreur é representativo:

As condutas bulímicas não têm, na anorexia mental, relações de contingência, mas de estrutura. (...) A lógica da anorexia tal qual esclarece a compulsão bulímica supõe que... se estabeleça esse processo defensivo, que se pode dizer antimetafórico, pelo qual o desejo, descrevendo um trajeto inverso ao do apoio, "faz-se passar pela necessidade". Como resultado, tem-se uma maior urgência da necessidade de descarga efetiva; daí o reforço das tentativas de se libertar dela na busca do controle, da onipotência, da auto-suficiência, resultando na busca de um self-objeto ideal. (...) Essa passagem ao ato consumatório somente tem eficácia defensiva ao preço senão de uma intensa angústia, de um empobrecimento mental e, por outro lado, da compulsão à repetição, ao modo de uma "toxicomania sem droga"* (1977[†]; p.56-257).

A noção de “descarga” é central para a visão aditiva da bulimia-anorexia enquanto curto-circuito no funcionamento psíquico, e será retomada em termos de descontinuidade do funcionamento psíquico característico dos toxicômanos. Para McDougall (1974; p.132)[‡], é importante assinalar, ela não constitui uma expressão neurótica, a qual supõe a organização edípica) que tenha o estatuto de sintoma das psiconeuroses freudianas, nem no sentido psicótico (que prescinde do arranjo edípico); corresponderia a uma constituição pré-edípica, que a autora nomeia de “ato-sintoma” no qual “a externalização no agir esconde uma história relacional e passional cujos fins são petrificados em um ato alienante, mas cuja leitura é possível” (apud Couvreur, p.56 e 57)⁽²³⁾.

* Brusset se utiliza desta descrição feita por Fenichel em *A teoria psicanalítica das neuroses* (1945), no qual dedica um capítulo às perversões e neuroses impulsivas, ao abordar a bulimia, no quadro das adicções, denominando-a de “toxicomania sem drogas”. (Couvreur, 2003; p.43)

† Brusset B (1977). *L'assiette et le miroir (l'anorexie mentale de l'enfant e de l'adolescent)*. 4.ed. Toulouse: Privat, 1991.

‡ McDougall J (1974). Le Psyché-soma et la psychanalyse. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10, 131-149.

Tal visão do curto-circuito de simbolização tem suas raízes no ponto de vista psicodinâmico do modelo freudiano de Neurose Atual, já mencionado, o que, nas palavras de McDougall (2003)⁽⁵⁰⁾, corresponde a atos de “descarga aditiva” (p.188). A autora entende as adicções, como a bulimia, como tentativas de sobreviver psiquicamente, de salvaguardar a integridade do eu; localiza a “economia aditiva” no campo da oralidade, remontando à relação entre a mãe e o lactente, que implica a posição em relação à castração que a mãe transmite com referência ao pai, inclusive: quando a angústia do objeto perdido não é transformada pela integração deste como objeto interno, resulta, no sujeito do filho, lactente em formação, “uma busca incansável e ilusória no mundo externo, para encontrar esse objeto ausente” (p.190). Esse objeto aditivo, seja a droga para o adicto, seja o alimento para a bulimia, representa a tentativa de fusão, tratando-se da “incorporação no lugar da identificação com o objeto”, passando ao terreno “somatopsíquico” – como entendem a autora, e são entendidos os TA em outros contextos diversos do nosso.

Assim, no que se refere à problemática das adicções, McDougall entende que são buscadas “soluções psicossomáticas” para uma angústia – grão de areia, em termos da metáfora freudiana – que não é qualquer uma, mas sim a “angústia de desamparo”. De forma semelhante, Brusset (2003a)⁽⁵¹⁾ entende a Bulimia como “bulimia aditiva” e localiza em seu avesso a Anorexia, descrevendo-as como “patologias das condutas” marcadas pelo predomínio do “agir” – no sentido do *agieren* de Freud* – sobre o fracasso da representação e da elaboração psíquica.

* A noção de *agieren* foi desenvolvida por Freud em diferentes momentos desde 1914 em “Recordar, repetir e elaborar”, a partir da ideia primária de que o sujeito do inconsciente se faz representar na palavra em situação de tratamento, conhecido por *talking cure*. O termo, trazido para a psicanálise e traduzido para o inglês por *acting-out*, ganhou sentido mais genérico com a psicodinâmica, tendo seu sentido ampliado para a aplicação de tais conceitos no campo da saúde, e é sob esta forma que o entendemos aqui. “Isso que fala” e determina o sujeito do inconsciente sob o funcionamento da transferência convoca à repetição das questões infantis e conflitos não elaborados. No *acting-out* o sujeito “atua”; uma história em ato se dirige (ao terapeuta, ou a quem o ato se endereçar) e conta-se por meio da cena. Como no sentido teatral, a palavra “ato” refere-se ao que se endereça ao olhar, “apresenta-se” neste “cenário”, não pela via elaborada do recurso simbólico, mediado pelo pensamento e pela palavra, e sim, dando a ver algo que é movido por conflitos inconscientes. O que se manifesta neste plano de “**conduta atuada**” faz **curto-circuito desta mediação**; dinâmica favorecida pelo lugar que ocupa a droga e a comida para estes sujeitos.

Segundo a concepção de Brusset, o funcionamento da bulimia, entendida como na base de todos os TA, exatamente como se passa nas adicções, determina a liberação direta de carga pulsional desligada das representações, caracterizando-se pela “escravidão, dependência, sujeição, repetição, enquanto a repetição das crises tende a empobrecer a vida relacional, afetiva e imaginária (...)” (2003; p.140). A ideia da escravidão aparece nas descrições de Jeammet (1999a)⁽⁵²⁾, Brusset (2003a; p.140) e McDougall (1999a e 2003)⁽⁵⁰⁾ e M`Ulzan (1984)^{*}; este fala em “escravos da quantidade” (*apud* Couvreur, p.55), destacando o “profundo desamparo” como traço comum às personalidades dos sujeitos atravessados por tal “escravidão”, sendo comum na perspectiva psicodinâmica de tais autores a visão de que o objeto droga (seja ele comida ou não) é colocado no lugar desta profunda carência, determinante da escravidão e da compulsão.

McDougall (2003)⁽⁵⁰⁾ prefere o termo “adicção”, de raiz anglo-saxônica, ao equivalente francês “toxicomania” em função de que este último, por sua etimologia sugerir um objetivo de envenenamento, com sentido de causar mal a si mesmo; a autora argumenta que essa não é a meta daquele que é

(...) escravo de seu objeto (seja sua adicção tabagística, medicamentosa, alcoolista... ou bulímica). Pelo contrário, o objeto de adicção é investido de qualidades benéficas (...) para atenuar estados afetivos intoleráveis e, como tal, é vivido, pelo menos em um primeiro tempo, como um objeto “bom” (p.185).

Ainda sobre a função da conduta atuada, seja alimentar ou aditiva, é interessante agregar o ponto de vista de Jeammet (1999a; p.34)⁽⁵²⁾, que se utiliza do termo “apetência objetal”, relatando sua observação desde a clínica, de o quanto esses sujeitos necessitam dessa defesa, e estados que podem ser ligados à questão por nós estudada, no sentido de que o abandono do tratamento poderia ser a solução necessária, caso o tratamento concorra com esta função que o quadro alimentar cumpre na economia psíquica, antes que ela seja substituída, ou superada, esvaziada de sua necessidade de suplência psíquica, mediante o tratamento:

* M`Ulzan M. (1984). Les esclaves de la quantité. *Nouvelle Rev. De Psychan.*, 30. Paris: Gallimard.

Esta apetência volta no momento do abandono da conduta anoréxica, mergulhando as pacientes em uma fase depressiva, até mesmo de desorganização temporária (...) emergência de desejos recalçados que se faz maciçamente, pouco diferenciada e pouco elaborada. Estes sujeitos percebem ainda mais seu sentimento de vazio interno, de **desamparo** (*grifo nosso*) e seu corolário: a necessidade de um suporte externo. (...) A ambivalência dos sentimentos, em sua forma maciça, assim como seu caráter indeterminado fazem com que estes sejam percebidos como ameaça à coesão do Eu, para a manutenção da identidade, gerando um sentimento de violência (Jeammet, 1999a, p.34).

Nas palavras de Jeammet (1999a e 1999b)⁽⁵²⁻⁵³⁾ entendemos que o circuito acima descrito termina por ser endereçado a quem esteja suportando tal lugar de “apoio, suporte externo” ao paciente. Neste ponto pode ser interessante refletir sobre o lugar que ocupa a equipe, e/ou o terapeuta que encarna esta função de apoio; faz-se menção a um mecanismo usualmente descrito na questão do controle, conhecida na psicodinâmica dos TA e encontrada como central no estudo qualitativo sobre abandono na AN, de Eivors *et al.*, (2003)⁽⁵⁴⁾.

Para Jeammet, a ameaça vivida na fantasia confere poder ao objeto (comida) passando a se confundirem, para o sujeito, desejo, Eu e objeto; isso resulta no problema na formação do Eu descrito como “má formação do eu”, como um acidente pré-edípico, caracterizado pelo acima descrito: pobreza simbólica e pela lógica predominante, comum nas adicções, seja à comida, seja à droga: o desejo fazendo se passar por necessidade, sob a forma do apetite voraz. Consideramos como hipótese de compreender o fenômeno da alexitimia^{*(55)} nos TA guardando relação com o que podemos chamar “acidente pré-edípico” característico destes sujeitos. Isto é, a capacidade de dialetização, de produzir insight, articular funções de pensamento e linguagem, o uso de recursos

* Segundo a revisão de Carneiro & Yoshida (2009), “alexitimia é um termo empregado no diagnóstico clínico de pessoas com acentuada dificuldade ou incapacidade para expressar emoções e significa ‘sem palavras para as emoções’. (...) O termo foi sugerido trípior Sifneos para se referir àqueles pacientes com uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias e que demonstravam não ter palavras para nomear ou expressar as emoções (Sifneos, 1972/1977, 1991; *apud* Carneiro e Yoshida (p. 2009; p.103)”. O termo deriva do grego e, por ser o fenômeno frequentemente encontrado na clínica dos TA. É interessante notar ainda que as autoras destacam estudos, como os de Corcos & Jeammet, 2000; Maciel & Yoshida, 2006 e Taieb & cols., 2002 (*apud* Carneiro e Yoshida (p. 2009; p.104) associando altos níveis de alexitimia a quadros de dependência de substâncias psicoativas e de alcoolismo, nos quais a alexitimia é entendida como um fator de risco.

simbólicos, por sua vez, dependem de passar pelo Complexo de Édipo, passando a localizar-se na estrutura simbólica que ele promove, do ponto de vista da teoria psicanalítica. Ou seja, o fenômeno da alexithimia pode testemunhar a tese dos sujeitos marcados pelo acidente pré-edípico, no caso da anorexia e bulimia.

Tais autores também foram influenciados pelo pensamento de Lacan, que, desde seu primeiro escrito, aproximou a Anorexia e a Toxicomania enquanto duas patologias mortíferas relacionadas com a dificuldade de separação da mãe, resultando assim no confronto, sem mediação, com o Supereu materno. Em outras palavras, pode-se sintetizar a explicação proveniente deste quadro teórico que entende que, quando o sujeito não alcança a triangulação edípica, não se dá ao pai, possibilidade do exercício de sua função de detentor da Lei, simbólica. Tal visão sobre a constituição do psiquismo, por sua vez fundamenta a compreensão de tais patologias das condutas atuadas, que inclui, segundo a visão psicodinâmica, todo tipo de adicção, seja por drogas, seja pela comida investida desse caráter, nas Anorexias e Bulimias. Remontam então a uma constituição psíquica particular, distinta da categoria das neuroses justamente por não serem estes sujeitos estruturados segundo a organização simbólica dada pelo Complexo de Édipo, tal como na neurose; isto é, na visão de Freud, sobretudo sob a interpretação lacaniana, o Complexo de Édipo constitui um ordenador da constituição psíquica “normalizante” no sentido da neurose - embora neurótico, o sujeito que responde à castração pelo mecanismo do recalque é entendido como inscrito dentro da norma, e tal ordenador simbólico que vem a produzir a constituição do Eu, como unidade. Por sua vez, em se tratando da subjetividade em jogo nas “condutas atuadas” há um padecimento da “falha” de constituição do Eu. Tal visão entende a relação com o objeto droga (inclusive comida) como tentativa de supri-la, caracterizando assim a relação de “apego” à droga, o que estaria embutido no termo “adicção”.

A ideia da Bulimia como primária difundida ao longo da obra de Brusset também por seus colaboradores⁽⁵²⁾, em uma relação não de contingência com a

Anorexia, mas sim de estrutura, segue a hipótese de Selvini-Palazzoli* (apud Jeammet, 1999a)⁽⁵²⁾, segundo a qual a anorexia seria a resultante de uma luta contra o impulso bulímico, para quem a Bulimia se encontra na base de ambos os quadros.

Na mesma linha de pensamento, a concepção de Jeammet (1999)⁽⁵²⁾ entende AN e BN como “dupla antagonista”, enquanto modalidades relacionais espelhadas, que têm em comum o fato de que uma é a transformação no contrário da outra, com resultados aparentemente opostos quanto à relação estabelecida, mas proveniente do mesmo tipo de relação de objeto, caracterizada pela “forma maciça do engajamento narcísico e a má diferenciação sujeito-objeto[†]” (p.31-32; grifos nossos).

Desse modo, o autor compreende que tal modalidade de investimento se reagrupa em dois tipos: uma relação de tipo passional (polo bulímico) ou uma atitude de evitação e retirada dos investimentos (polo anoréxico). O autor, de acordo com Brusset e Selvini-Palazzoli[‡], também entende a Bulimia como primária: “o fantasma bulímico está sempre presente por trás de qualquer conduta anoréxica” (Jeammet, 1999a; p.45)⁽⁵²⁾ - explicando que se tornaria “restritiva”, isto é, passando ao polo anoréxico, a fim de esquivar-se da “fome de boi” que a domina. Esse raciocínio revela a natureza compulsiva e aditiva também da AN, entendida como forma de negação da compulsão bulímica, partilhando ambos os transtornos da mesma natureza aditiva.

Segundo Couvreur e Jeammet (1999b; p.132)⁽⁵³⁾ os autores J. Kestemberg, E. Kestemberg e S. Decobert (1974)[§] teriam descrito o “arranjo perverso” da relação de dependência, de escravidão, a relação de objeto e a neo-identidade como comuns às toxicomanias, anorexias e bulimias, com variações nas formas,

* Selvini, M (1965). Interpretation of mental anorexia. In: Symposium of Göttingen. Stuttgart: Georg Theme Verlag.

† A má diferenciação sujeito-objeto pode remeter ao que, nos termos da teoria lacaniana, referimos aqui como não separação do Outro primordial, materno.

‡ Selvini-Palazzoli (1965). Interpretation of mental anorexia. In: Symposium of Göttingen. Stuttgart: Georg Theme Verlag.

§ Kestemberg, J. Kestemberg, E., Decobert, S. La faim et le corps. Paris: PUF, 1974.

porém sendo neles igualmente importantes os estados de falta e satisfação, e daí a dificuldade em abandonar tais comportamentos. Jeammet (1999b; p.134-136)⁽⁵²⁾ e McDougall⁽⁵⁰⁾ também aproximam ambos os transtornos: em lugar da presença de uma chamada “estrutura psíquica” específica encontram-se a personalidade vulnerável e o funcionamento mental instável, sendo denominadores comuns as Bulimias e Anorexias, e enquanto condutas aditivas, chamadas pelos presentes autores de condutas “atuadas”.

A frase seguinte resume o ponto de vista de Brusset: “a anoréxica sofre no profundo desamparo que ela se esforça por negar” (1999; p.52), bem como a clara descrição de Schevach (1999; p.100)⁽⁵⁶⁾:

Esse curto-circuito do pulsional, a descarga direta no ato omitindo o processamento psíquico, apresenta certa semelhança com o ato psicopático como modo privilegiado de resolver os conflitos, mas diferentemente desse, a agressividade e a destruição dirigem-se ao próprio corpo e a si mesmo em lugar de dirigir-se à sociedade. Por outro lado, a urgência desmedida em obter a satisfação, a intolerância a todo tipo de limites, a inversão de valores, sugerem um estado maníaco, estado que, por sua vez, remete à melancolia (2003; p.100).

Nas palavras de Brusset, trata-se da “problemática da perda do objeto, de sua recuperação, do triunfo sobre o mesmo através do desmentido onipotente da dependência e da depressão” (2003; p.100).

Encontramos em várias passagens de tais autores, ligada à raiz destas patologias, a angústia de desamparo; em outras várias passagens, “o abandono” como aquilo que se esforça por negar, e cujo rechaço em aceitar (a castração, o desligamento da relação arcaica com a mãe) resulta na ligação aditiva a um objeto externo, oral, que o tampone. Entendemos que tal desamparo é, portanto, vivenciado por esses sujeitos como “abandono”, relação que é válida para as modalidades de relação “aditivas”, seja qual for o objeto revestido de tal caráter: comida, ou droga.

3.3 Desamparo e a questão abandônica

O termo “neurose de abandono” foi introduzido por Germaine Guex, (1984)⁽⁵⁷⁾ em obra homônima publicada originalmente em francês, relatando pesquisa sobre os efeitos do abandono em indivíduos adultos desenvolvida sob a orientação de Daniel Lagache. O termo, do qual se originou o neologismo “abandonique” (abandônico) foi utilizado para designar um quadro clínico com sintomatologia específica até então não descrita na nosografia das neuroses, qual seja: pacientes que, acreditando terem sido privados dos cuidados maternos, sujeitos marcados pela fantasia de abandono apresentavam o estado psíquico dominado pela angústia de abandono e repercussões psíquicas idênticas às encontradas empiricamente nos sujeitos que efetivamente vivenciaram frustração na realidade dos cuidados pelos pais, estudados por Spitz e Bowlby. Guex encontrou a constante demanda de amparo e segurança frente ao que denominou “angústia de abandono” em fenômenos clínicos não caracterizados pelos conflitos edípicos, como as neuroses clássicas (psiconeuroses), e sim por uma insegurança afetiva fundamental. A antiga divisão freudiana é útil no entendimento dos fenômenos denominados conflitos abandônicos; estes, assim como as Anorexias/Bulimias e adicções podem ser compreendidos mais do lado das Neuroses Atuais que das psiconeuroses, ressaltando a característica pré-edípica.

Encontramos ressonância a esta ideia em Laplanche e Pontalis (1985; p.380)⁽⁵⁸⁾ ao afirmarem que nesse caso também “trata-se de uma neurose cuja etiologia seria pré-edípica”. Ao contrário das consequências psíquicas do abandono vivido na realidade, descritas por Spitz e Bowlby nos estudos sobre Depressão anaclítica e Hospitalismo realizados nos anos quarenta, os indivíduos acometidos de tal problema não necessariamente sofreram abandono. Estes foram descritos por Guex por “abandônicos” (*abandonnique*, o termo original em francês), termo que melhor se aplicaria para distinguir dos indivíduos “abandonados”, dando relevo à dimensão de realidade psíquica, e não objetiva, como explica a autora:

O termo “abandonado” tem o inconveniente de dar ao abandono uma realidade por demais objetiva. (...) Além disto, todos os seres realmente abandonados não se transformaram obrigatoriamente em neuróticos, muito pelo contrário, e felizmente! O termo *abandonnique* parece-me, portanto, mais apropriado para designar o neurótico do qual nos ocupamos, ao despertar a ideia de um estado psíquico dominado pela angústia do abandono, e não a de um fato familiar e social que tenha, obrigatoriamente, uma realidade objetiva” (Guex, 1984; p.23).

A autora enxergou nesses indivíduos, tomados por estado de angústia, agressividade, sentimento de menos-valia e masoquismo, a particularidade de não apresentarem tais sintomas ligados às neuroses edípicas, mas sim caracterizados por um estado psíquico, como acima mencionado, pré-edípico, dominado pelo que chamou de “angústia de abandono”. Constitui ponto importante no que visamos ressaltar, que a questão com o desamparo e abandono está descrita acima por outros autores enquanto relacionados aos quadros alimentares e também aditivos (Capítulo 3).

Guex teria verificado, em sua experiência clínica com adultos, repercussões psíquicas idênticas, “quer o indivíduo tenha sido frustrado na realidade, dos cuidados, atenções e amor dos pais, quer tenha acreditado sê-lo” (p.23).

Reconhecendo dificuldades na sustentação de sua descrição como uma neurose específica, Guex reformulou algumas ideias iniciais, substituindo então o termo para “Síndrome do Abandono”. Ainda que a autora tenha sido esquecida, e seu constructo “neurose” ou “síndrome” pouco utilizado, o termo “abandônico” seguiu em uso corrente para designar a presença central dessa angústia para sujeitos marcados pelo “desamparo”.

É curioso observar que, na descrição dos abandônicos, encontramos as seguintes características: atitude afetiva materna sentida como “recusa de amor”, à qual os sujeitos descritos por Guex responderiam por meio de um voraz apetite e expectativa de amor, à semelhança da descrição lacaniana: na anorexia mental trata-se de um **voraz apetite de amor**. Consoantes com a descrição de Lacan

para a anorexia mental, eis as palavras de Laplanche & Pontalis⁽⁵⁸⁾ sobre a síndrome do abandono: "necessidade ilimitada de amor, manifestada de uma maneira polimorfa que a torna irreconhecível, significaria uma procura da segurança perdida, cujo protótipo seria uma fusão primitiva da criança com a mãe".

De acordo com os autores citados, nas adicções – por drogas ou alimento -, o substrato da busca de tal objeto corresponde à mesma “fusão primitiva da criança com a mãe”^(48, 50). No mesmo sentido da experiência do vivido como recusa do amor materno, fazendo alusão à questão do apetite excessivo, dirá ainda Guex segundo Laplanche & Pontalis (1985)⁽⁵⁸⁾: “por fim haveria que invocar um fator constitucional psico-orgânico (“gula” afetiva, intolerância às frustrações, desequilíbrio neurovegetativo)” (p.381). O termo “gula” evoca a “fome de boi”, e “gula afetiva” evoca diretamente a concepção de Bulimia de Brusset, tanto como as contribuições de seus contemporâneos supracitados. Há outra passagem de Brusset relacionando gula e abandono: em referência à leitura winnicottiana da “gula da criança como reação antissocial relacionada à busca do ambiente primário perdido”, comenta o que se passa nos episódios de compulsão bulímicos, novamente referindo-se à “frequente dimensão de abandono” (2003; p.138).

De forma muito resumida, vale fazer menção à perspectiva de tratamento, sob o entendimento de Brusset (2003)⁽⁵⁹⁾, McDougall e demais autores comentados, qual seja:

Em cada caso, a partir dos fenômenos de transferência, as reconstruções do que puderam ser as inter-relações precoces da criança e dos pais podem apoiar a análise do que aparece como falha da constituição e principalmente da elaboração das relações de objeto e do ego em sua função organizadora da atividade psíquica (p.171).

De acordo com essa perspectiva teórica, que suspende entidades nosográficas para dar relevo às modalidades de investimento e às relações de objeto, compreendendo a Anorexia e Bulimia como dupla antagonista e focando nas questões psíquicas, a análise que esboçamos no presente trabalho é transdiagnóstica, referindo-se ao que está em jogo no plano subjetivo e à vivência

dos pacientes, que se revela nos núcleos de sentido encontrados nas categorias empíricas.

4. RECURSOS METODOLÓGICOS

*Não são as coisas que interessam ao pesquisador qualitativo
mas como elas ganham significação.*

Turato

Ainda que uma súmula dos procedimentos esteja descrita no Artigo 2, optamos aqui por fazer uma descrição pormenorizada da pesquisa, do campo estudado e dos meios pelos quais tais resultados foram alcançados, a fim de permitir o esclarecimento do estudo a partir de seu desenho, bem como sua replicabilidade.

4.1 Sobre o método

O método clínico-qualitativo e a justificativa de sua utilização neste estudo são esclarecidos em grande parte pela citação a seguir.

o método que aqui falamos não se situa apenas sob os referenciais paradigmáticos convencionalmente usados na sociologia compreensiva e na antropologia cultural, mas a partir deles (...) busca lançar mão de conceitos emprestados, ou melhor, deliberadamente buscados na prática clínica histórica e na psicanálise, para marcarmos o desenho da pesquisa, a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares em campo e, finalmente, a interpretação dos resultados do trabalho clínico-qualitativo (60).

Quanto aos “referenciais paradigmáticos” oriundos da sociologia compreensiva e antropologia cultural, e ao que delas o método clínico-qualitativo conserva se diferencia, descrevemos abaixo:

Observações sobre a pesquisa qualitativa e método adotado

Com Minayo (1999)⁽⁶¹⁾ e Turato (2011)⁽⁶⁰⁾, entendemos a pesquisa qualitativa como o que visa aprofundar, revelar, descrever, analisar, mas sempre se tratando de compreender, e compreender implica significados atribuídos. Segundo Minayo & Sanchez (1993)⁽⁶²⁾, a corrente compreensivista nas Ciências Sociais é mãe das abordagens qualitativas e ganhou legitimidade na medida em que métodos e técnicas foram sendo aperfeiçoados, visando particularmente abordar os problemas humanos e sociais; por exemplo, as concepções sobre saúde/doença; tratamento, adesão, abandono, vivências. Assim, “envolvem uma

complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados”⁽⁶¹⁾.

O método adotado se assenta sobre o campo da subjetividade e do simbólico, tomando os sujeitos como ‘atores sociais’ pensados na cultura em que se encontram inseridos. Emprestamos a visão de Minayo (1999; p.15)⁽⁶¹⁾ para clarear a noção de cultura, solo no qual se assentam os significados visados na pesquisa qualitativa em saúde:

Cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso e o imaginário. Ela é o *locus* onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos (...) nunca há apenas um significado.

A pesquisa qualitativa, baseada no entendimento da natureza humana do seu objeto, assume e valoriza o papel fundamental do **método** como “meio de” construir o dado (que é assumido não como dado, *a priori*, mas como construído). Esse método revela-se fundamental para a captura daquilo que é mais importante, coerente ao seu objeto visado enquanto pertinente à cultura – demandando, portanto, “compreensão”, que, em tese, escaparia ao conjunto de procedimentos do método experimental, coerente para a **explicação** dos fenômenos da natureza. Assim, Denzin & Lincoln (1994; p.191)⁽⁶³⁾ definem:

A pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isso significa que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu setting natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos das significações que as pessoas trazem para elas.

Nesse tipo de pesquisa, não se pretende a generalização dos resultados, mas tão-somente o aperfeiçoamento da análise de determinado problema em condições específicas. Diferentemente do paradigma positivista, que estabelece generalização *a priori*, a generalização se dá *a posteriori*, eventualmente pelos leitores, que conceitualmente se apropriam do conhecimento que ela produz.

O método adotado constitui-se em uma variação da pesquisa qualitativa aplicada ao campo da saúde que passou a ser conhecido como método clínico-qualitativo e tem como principais características, que aqui resumimos a partir das concepções de seu expoente Turato (2011)⁽⁶⁰⁾: a atitude clínica do pesquisador, que desde o recorte de seu objeto se debruça sobre questões ligadas aos processos saúde-doença. O pesquisador, em geral já engajado por trabalhar em seu campo de pesquisa, movido por sua relação com a clínica e a terapêutica, adota a escuta qualificada, que inclui a dimensão da subjetividade do indivíduo estudado. A partir das influências teórico-epistemológicas da Hermenêutica e da Fenomenologia, no método clínico-qualitativo é valorizada a atitude existencialista do pesquisador, de forma que sua relação com a clínica funciona como causa e força motriz da pesquisa. Este, preocupado com as angústias e ansiedades humanas, inclina seu olhar e escuta sobre os fenômenos estudados com vistas a buscar “conhecer cientificamente o particular”⁽⁶⁴⁾.

Quanto à dimensão do objeto de estudo, no que corresponde aos “significados”, vale recordar que este constitui seu cerne, no sentido do objeto conceitual; daí a adoção do método clínico-qualitativo e seu principal instrumento de coleta, que favorece a apreensão do significado pela interpretação do pesquisador-instrumento, das experiências relatadas pelos sujeitos/participantes. A definição de significado de Lalande (1993, p.394)⁽⁶⁵⁾, utilizada por Turato (2005, p.97)⁽⁶⁶⁾, contribui para melhor compreensão do recorte do objeto: “o que aparece à consciência, o que é percebido, tanto na ordem física como psíquica”, o que nos diz da perspectiva fenomenológica. O método clínico-qualitativo, herdeiro da tradição compreensivista de pesquisa, por sua vez, agrega, a suas influências filosóficas e das ciências sociais, elementos provenientes do campo da clínica, trazendo influências vindas da medicina, da psicanálise e da psicologia médica. Assim, constitui método que visa “melhor conhecer os sentidos e significados que as pessoas trazem para os fenômenos relativos às questões da saúde doença.”⁽⁶⁴⁾

Sobre o campo e o período de aculturação na pesquisa clínico-qualitativa

Turato recomenda as visitas de aculturação e ambientação como o primeiro passo dos procedimentos da etapa de campo que, no caso do método clínico-qualitativo, corresponde ao “estabelecimento de relações com os habituais do ambiente (equipe de saúde, burocratas, usuários)” (2011, p.341) e sua função. Em suas palavras: “(...) pressupõe uma relação contínua entre duas culturas: a do indivíduo que migrou sofre mudanças variáveis através de um processo de assimilação em virtude da cultura que o recebe” (2011, p.344). No contexto da pesquisa clínico-qualitativa, o termo “aculturação” já se distanciou de como foi um dia compreendido nas Ciências Sociais, como modos de aquisição de uma cultura ou seus aspectos em detrimento de outra de modo involuntário; correspondendo, no método que utilizamos de forma técnica e pragmática, a “adaptar-se às condições espaciais e temporais do lugar (...) à lógica do campo no qual o pesquisador vai realizar sua tarefa” ⁽⁶⁰⁾. Porém, mais que isso, entendemos que o termo visa chamar a atenção para as diferenças e barreiras culturais existentes em macro ou microcosmos existentes dentro de uma sociedade, e que isso não diz *a priori* de seu funcionamento. Isto é, seu *modus operandi* não é algo natural, e sim construído ali como “fato social”, cuja noção de Émile Durkheim (1972; p.5)⁽⁶⁷⁾ é útil resgatar:

Existe toda uma gama de nuances que, sem solução de continuidade, liga os fatos de estrutura mais característicos a estas livres correntes da vida social que não estão ainda presas a nenhum molde definido. O que quer dizer que não existem entre eles senão diferenças no grau de consolidação que apresentam. Uns e outros não passam de vida mais ou menos cristalizada (1972; p.5).

A ideia de “fato social” auxilia no entendimento de que nosso objeto de estudo é também construído na relação entre pesquisador e sujeito pesquisado; de que os atores que passam a ser pesquisados revelarão aspectos do objeto pesquisado, com a condição de que o pesquisador “deixe-se aculturar”, isto é, permita que seus olhos se abram para o novo e deixe-se atravessar-se pela

cultura do microcosmo pesquisado, para que extraia desse encontro o “dado” qualitativo, a partir disso que ele “cristaliza” do vivenciado.

A aculturação, então, supõe que o pesquisador, cuja percepção constitui importante ferramenta de coleta, suspenda seus conhecimentos e julgamentos *a priori*. Também importado da Antropologia Cultural, o termo “estranhamento do familiar” tem sua aplicação ao método e conserva mais do sentido original. No presente caso, a cada abandono que se apresenta, uma falta se instaura, um silêncio da ausência pode se reapresentar. Vale dizer, a própria característica do objeto de estudo favoreceu os constantes exercícios de aculturação e estranhamento do familiar, mesmo concluída a etapa de campo da pesquisa, seguindo no “campo”, este sim, infinito de sentido, aberto e instigante, dos dados colhidos, desacomodando constantemente os significados que pudessem se antecipar pela inserção prévia da pesquisadora em seu campo de pesquisa.

De acordo com a metodologia adotada, é na etapa de campo que se dá o essencial, nele acontece o meio de acessar os dados: a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Na pesquisa qualitativa, então, entende-se por campo a abrangência, desde o recorte teórico até o objeto de investigação⁽⁶¹⁾, tal como será recortado por cada desenho de pesquisa, por cada olhar de pesquisador. São componentes fundamentais do trabalho de campo no método adotado: as entrevistas e a observação participante, que são coletadas pelas ferramentas da percepção do pesquisador “aculturado”, e do Diário de Campo, conforme serão descritos nos itens a seguir.

4.2 Descrição da etapa de campo da pesquisa

Os itens abaixo correspondem à descrição detalhada dos procedimentos de coleta e análise dos dados:

Descrição do campo e objeto estudados

Após aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa local (vide Anexo 1), a etapa de campo da pesquisa teve início nos contatos formais com a coordenação do serviço, apresentando os objetivos da realização do estudo e dando início ao processo de “aculturação” do pesquisador no campo a ser estudado.

Uma vez apresentado o projeto à equipe, com sua colaboração foi obtida a relação de registro dos casos tidos como de abandono, o que supõe os critérios anteriormente aplicados pela equipe, e não pelo pesquisador, acima apresentados.

A seguir, foram realizadas entrevistas com três voluntárias para experimentar e aprimorar o roteiro, material que não foi incluído no *corpus* da pesquisa; fazendo parte somente dos objetivos do período de aculturação, embora indiretamente tenha contribuído para o conhecimento do objeto de estudo, influenciando a capacidade interpretativa do pesquisador, conforme prevê o método clínico-qualitativo. Nesse primeiro tempo de aculturação, foi fundamental à pesquisadora o exercício do “estranhamento do familiar”⁽⁶⁸⁾, dada sua inserção prévia como psicóloga no serviço pesquisado, e inaugurou-se o uso do Diário de Campo registrando-se observações ao longo de toda a etapa de campo, que teve a duração de quatro meses; não somente impressões e dados das consultas a registros de prontuários, mas principalmente do contato com os pacientes, com a equipe, e também aspectos que saltavam aos olhos, desde os contatos telefônicos à situação da entrevista; tais como aspectos explicitados pelos participantes, por exemplo, em alguns casos, para que a entrevista não fosse realizada em casa e os motivos para isso.

Descrição do serviço

O campo, no sentido estrito, referiu-se ao Ambulatório de TA do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, atualmente chamado Grupo Interdisciplinar de Assistência e

Estudos em Transtornos Alimentares (GETA), funciona às segundas-feiras pela manhã no segundo andar do Hospital das Clínicas, prestando atendimento especializado a adolescentes, a partir de 12 anos, e adultos. A equipe multidisciplinar inclui psiquiatras assistentes, endocrinologista, nutricionistas, psicólogos e psicanalistas – estes últimos atendem individualmente ou em grupo aos pacientes e seus familiares –, além dos médicos residentes que passam pelo serviço em supervisão constante.

A proximidade do serviço, pelo fato de a pesquisadora participar desta equipe realizando atendimentos individuais aos casos indicados, não constitui empecilho metodológico, uma vez que na abordagem clínico-qualitativa pressupõe-se o “pesquisador participante”, sendo permitida e legítima sua imersão e engajamento prévios em seu campo de pesquisa; o que não deve, porém, ser feito sem atitude cautelosa e cuidados éticos. Vale relatar o papel importante cumprido pelo período de “aculturação” e o necessário exercício do “estranhamento do particular”. A mestrandia havia de passar a ter, na medida do possível, o olhar de pesquisadora sobre um universo familiar, embora o campo propriamente dito tenha se dado fora desse espaço físico, compondo-se no sentido mais amplo, no “território” das vivências do abandono e do tratamento.

De acordo com a concepção da metodologia adotada, o campo, no sentido amplo, abrange desde o recorte teórico do objeto de investigação, até o território mais amplo das vivências dos participantes de abandono e tratamento em Transtornos Alimentares. Caracteriza-se assim também pelo “encontro com os sujeitos/participantes”, desde o *rapport* telefônico até os momentos que se seguem às entrevistas. Nesse âmbito, foi aprimorado o instrumento de coleta de dados e iniciado o período de aculturação ao campo de pesquisa.

Construção da amostra

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão para a composição da amostra: pacientes com 18 anos ou mais que tenham sido diagnosticados com TA quando em tratamento no GETA/Ambulatório de TA do Hospital das Clínicas da

Unicamp, de acordo com os critérios do DSM IV-TR^{*} e que tenham abandonado o tratamento ambulatorial neste serviço há pelo menos um ano. Aplicados, por sua vez, os seguintes critérios de exclusão: apresentar diagnóstico inconcluso, limitações intelectuais que comprometam a validade dos dados e ter sido atendido pela pesquisadora em psicoterapia.

A amostra, a partir de tais critérios, foi encerrada com nove entrevistas, por critério de saturação dos dados. Finalmente, como já mencionado, um participante foi excluído da análise devido a falhas técnicas na gravação, totalizando o conjunto das entrevistas com oito participantes, o que não interferiu na saturação das informações e é apresentado no Quadro 1 (vide Anexo V). Contando as três entrevistas do período de aculturação, duas deste sujeito que foi excluído, os oito participantes componentes do *corpus*, o pesquisador escutou doze voluntários, no total do conjunto. Porém, foram analisadas somente as oito entrevistas – com os participantes que vieram a efetivamente compor a amostra, realizadas em dez encontros - uma vez que com dois destes participantes, fez-se necessário dividir a entrevista em dois encontros[†]. Com os participantes P2 e P8 se fizeram necessários dois encontros, seguidos, em intervalo de tempo de uma semana, em função de suas características e cuidados éticos e manejo das angústias mobilizadas conforme recomendações e cuidados éticos do método clínico-qualitativo.

Os participantes escutados são em sua totalidade do sexo feminino, pois no universo pesquisado, isto é, na relação fornecida pelo serviço, no grupo dos pacientes que abandonaram não havia homens - o que se pode atribuir não à ligação do sexo com o abandono, mas sim à conhecida relação entre TA e o sexo feminino e sua maior prevalência. A descrição da caracterização dos participantes do estudo, na amostra estudada, pode ser visualizada no Quadro 1 (Anexo V) e será descrita e comentada no Anexo VI.

* Edição vigente durante a realização do estudo.

† Isto se deu em função de necessidades apresentadas por tais participantes de falar exaustivamente de suas vivências, assim como pelo respeito aos cuidados éticos acima descritos, e previstos no decorrer da pesquisa.

Coleta e registro de dados

Devido ao fato de nossa amostra intencional ser constituída por voluntários que abandonaram o serviço, não lhes foi oferecido esse espaço para ambiente das entrevistas. Estas, em sua maioria, foram realizadas no domicílio dos participantes, por sugestão e oferta da pesquisadora, a fim de evitar eventuais vieses relativos ao ambiente do serviço “abandonado” e qualquer constrangimento aos participantes, bem como visando melhor adesão à participação na pesquisa. Foi previamente averiguado se havia local privado, adequado em sua estrutura física, que minimizasse interferências possíveis na pesquisa, e não causasse qualquer espécie de exposição ou constrangimento.

Mediante consulta prévia durante *rapport* telefônico, somente em dois casos os participantes manifestaram preocupação com exposição ao olhar familiar e a liberdade para falar do tema nesse ambiente, e outro local privativo e silencioso foi oferecido para as entrevistas. Ao passo que, refletindo a particularidade de cada sujeito, vale descrever que outro participante, por sua vez explicitou, no início do encontro, sua escolha pela casa a fim de que a pesquisadora testemunhasse seu ambiente doméstico de privacidade escassa, verbalizando a interpretação de possível relação de seu TA com tal falta de privacidade e o sentimento de exposição ao olhar. Ambos os que se deslocaram não aceitaram ser ressarcidos do valor relativo ao deslocamento, relatando sua satisfação e gratidão em contribuir com a pesquisa, bem como seus benefícios pela oportunidade de reflexão e interlocução promovida pela situação da entrevista. A pesquisadora deslocou-se a municípios vizinhos e a outro estado para realizar as entrevistas.

A partir da listagem fornecida pelo serviço foram aplicados os critérios de composição da amostra e realizados os contatos telefônicos. Todos os sujeitos foram acessados por essa via, pela qual foram agendadas as entrevistas, não sem várias recusas e manejos que foram sendo apreendidos como necessários, e ao mesmo tempo, davam a ver aspectos do funcionamento escutado de tais sujeitos, no sentido do alcance visado pelo método, anotados também em Diário de Campo.

As entrevistas semiestruturadas constituem o principal instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa, sendo a técnica mais utilizada no trabalho de campo. São instrumentos interativos complexos, em que o investigador não deveria – e de fato não pode – controlar variáveis emocionais, cognitivas e comportamentais. (...) A validade do instrumento de coleta refere-se à sua capacidade de revelar a verdade, permitindo emergir conteúdos que espelham a realidade⁽⁶⁹⁾. Constituem, por sua vez, um tipo de recurso metodológico que se presta a ser meio de acesso à subjetividade dos informantes, ao ponto de lograr captar a atribuição de significados e valores dos participantes em sua experiência. Seu uso na aplicação clínica da pesquisa qualitativa supõe reconhecer e valorizar as angústias dos sujeitos, tendo elementos psicodinâmicos como ferramenta. Assume-se, de acordo com os pressupostos da metodologia, ser um meio de “construção do dado”. No uso desse instrumento, é facultado ao pesquisador excluir ou incluir perguntas que julgar pertinentes durante a entrevista. Assim, elas tiveram duração variável, em média uma hora e meia.

4.3 Técnica de tratamento dos dados

Salientamos que, por tratar-se de pesquisa qualitativa, a priori, as características sociodemográficas dos participantes não constituíram alvo de análise, sendo, porém, descritas (Anexo VI) e mencionadas na discussão dos resultados quando encontrado nexos de sentido entre as entrevistas e tais aspectos.

Foram realizadas reiteradas escutas do áudio e leituras da transcrição das entrevistas, atentas aos sentidos recorrentes nos relatos, bem como a significados latentes, núcleos de sentido estruturantes encontrados no todo do discurso, e, sobretudo à implicação do sujeito da enunciação. Esta supõe, de acordo com a visão da escola francesa de análise do discurso, por sua vez, também influenciada pela psicanálise assim como o método por nós adotado -, considerar a posição subjetiva do entrevistado. Isto é, não somente seu enunciado, mas por meio de indícios observados na situação da entrevista e marcadores discursivos, considera

também a posição do sujeito em relação ao seu enunciado. Vale referir como fundamentos teóricos da visão de discurso abaixo citada, na qual sentido e linguagem constituem relações econômicas e sociais⁽⁷⁰⁾, nas visões de Maingueneau (1987)⁽⁷¹⁾ e Orlandi (1994 e 2006)⁽⁷²⁻⁷³⁾:

“Ver a língua de um ponto de vista discursivo é, portanto, ir além dos horizontes dados pela gramática. Nos discursos produzidos pelo homem está toda a sua história, aquilo que foi dito e foi silenciado (que, entretanto, podemos recuperar pelas marcas, pistas deixadas), as relações de interação, de intercâmbio e também as relações de oposição, polêmicas e antagonismos estabelecidos. Enfim, as relações de poder, de dominação, de alianças, de silenciamentos.”⁽⁷⁰⁾ (Brandão, 2004).

O trabalho de análise, já a partir do recorte das falas, deu-se em diferentes etapas buscando levantar categorias escutadas por enunciação. Teve também por base critérios de repetição e saturação dos núcleos de sentido encontrados mediante exercício de validação dos resultados e das categorias de conteúdo encontradas, a seguir descrito. Tais categorias, organizadas sistematicamente, constituem categorias empíricas, oriundas dos núcleos de sentido emergentes do trabalho de campo, principalmente nas entrevistas, encontradas como seus eixos estruturantes, acrescidas das observações do Diário de Campo. Procedeu-se então à etapa de interpretação dos resultados fundamentada no referencial psicodinâmico.

A validação na revisão por pares deu-se em distintos níveis, com discussões acadêmicas, dos planos locais aos mais externos, no Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, nas Semanas de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (2012), bem como na comunidade científica nacional – XXX e XXXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria (2012 e 2013) e IX Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade (2013) –, e internacional, no V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde (Lisboa, 2012) e no 20th European Congress of Psychiatry (Praga, 2012), nos quais foram apresentados resultados preliminares e finais do estudo.

4.4 Cuidados éticos e manejo de vieses na pesquisa

O presente estudo seguiu as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque e pelas Resoluções 196/96 e 340/2004 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam pesquisas em saúde com seres humanos, sob o registro FR-354302. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e aprovado em 17.08.2010, sob o número 635/2010//CAAE 0493.0.146.000-10 (vide Anexo I).

Os dados foram coletados nas entrevistas mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide Anexo IV), ao qual, vale mencionar, foi acrescentado o seguinte parágrafo por indicação do Comitê de Ética em Pesquisa (FCM): “Fui informado(a) de que fica garantido o meu direito de retomar o atendimento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas, em qualquer momento, caso seja de minha vontade.” Colhidas as características sociodemográficas, as entrevistas foram coletadas e gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. A etapa de campo encerrou-se finda a coleta de dados.

O Anexo II, documento aprovado no CEP solicitou mudança de nome do projeto, uma vez que, em campo, percebeu-se a necessária evolução do desenho do estudo, anteriormente limitado aos diagnósticos de AN e BN, justificando a sugestão de alteração do nome – e portanto, do objeto de estudo –, de "Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa" para "Transtornos Alimentares". Esta alteração respondeu à preocupação com o rigor científico e a fidedignidade dos resultados, pois, sendo critério de inclusão ter abandonado o tratamento há mais de um ano, já não se podia afirmar que as entrevistas seriam provenientes de participantes com AN ou BN, exatamente, devido ao fato conhecido na área, de que estes diagnósticos mudam conforme o comportamento alimentar, práticas purgativas, IMC, dentre outros critérios que sofrem mudanças rapidamente, durante ou depois do tratamento. No contato com o campo de pesquisa, percebeu-se que o que se pode afirmar, somente, é que estes um dia foram diagnosticados com um TA, sendo mais adequado esse nome por tratar-se de um grupo de diagnósticos,

compreendendo, este sim, sua experiência atual e/ou pregressa, independentemente do diagnóstico exato que poderiam vir a receber hoje. Tal percepção obrigou a rever a constituição da amostra, passando a incluir não somente participantes com AN e BN, mas também outros diagnósticos não especificados que também compõem o grupo dos TA tal qual descritos na clínica psiquiátrica.

Quanto ao compromisso ético do pesquisador, foram selecionadas citações que não permitam identificar os participantes, assinalados por números. Toma parte deste compromisso a fidelidade aos depoimentos dos entrevistados, quanto à qualidade da transcrição e com os cuidados no modo de abordá-los. Ressalta-se que tais cuidados incluíram, no *rapport* e abordagem nas entrevistas: a consideração do que se sabe sobre a psicodinâmica de sujeitos assim diagnosticados e o acolhimento das angústias mobilizadas pela abordagem da pesquisa, levando-se em conta o fato de terem interrompido o tratamento e a possibilidade de seguirem adoecidos.

Foram previstas facilidades e dificuldades em sua realização, desde a permissão dos serviços ao contato com os participantes e a disposição destes em participar da pesquisa, uma vez que são egressos que interromperam a relação com o serviço. Aspectos favoráveis: a inserção prévia da pesquisadora nesse campo de trabalho, facilitando os contatos, a experiência no manejo com esses pacientes; no mesmo sentido, o interesse da equipe em colaborar na busca de elementos que ajudem no enfrentamento de dificuldades cotidianamente encontradas na clínica dos TA. Aspectos desfavoráveis previstos: a presença do pesquisador investigando fatores relativos ao abandono pode mobilizar afetos persecutórios na equipe ou nos pacientes, sobretudo por tocar em relação interrompida. Podem surgir, de ambos os lados, fantasias a respeito de eventuais críticas. Tal como entende a metodologia clínico-qualitativa, o pesquisador ativo leva em conta fenômenos clínicos, angústias em jogo, com o objetivo de realizar um trabalho que possa lançar luzes nos problemas a serem tocados pela pesquisa, e deve estar atento a escutar de que maneira tais elementos se

relacionam a seu objeto de estudo. Fez-se necessário, no manejo de tais vieses, trabalhar aspectos imaginários com ambas as partes, esclarecendo sobre os cuidados éticos e deixando clara a posição de não tomar partido.

A metodologia clínico-qualitativa leva em conta fenômenos clínicos, angústias em jogo de forma que o pesquisador deve estar atento a escutar de que maneira tais elementos se relacionam a seu objeto de estudo. Considerando as dificuldades encontradas na fase de aculturação, frente às seguidas recusas de participação, impôs-se a necessidade de manejo da situação e das angústias apresentadas, refletindo em variações da aplicação do roteiro e obtenção dos dados. Assim, o formato, extensão e número de entrevistas podem variar com cada participante; os conteúdos refletem sua particularidade, e além de tudo são mais ricas quanto à fidedignidade do dado.

4.5 Recursos materiais e fontes de financiamento

Dos recursos para a execução deste projeto, alguns eram de propriedade da pesquisadora (como os gravadores, sendo um digital, para registro e cópia das gravações), outros provenientes de subsídios obtidos junto a instituições de fomento de pesquisa, abaixo descritos.

A pesquisa foi realizada com bolsa da CAPES (mestrado/curso 33003017023p6) e com auxílio-pesquisa da FAPESP (2011/20.469-8), obtido especificamente para o estudo, com a finalidade de dar suporte material à coleta e registro de dados, especialmente para aquisição de material permanente – um *laptop*, que passa a ser propriedade desta faculdade – e pagamento de serviços de transcrição de gravações, traduções e confecções de pôsteres para Congressos, prestados por terceiros.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*A verdade só ganha seu pleno sentido ao fim de uma polêmica.
Não poderia haver assim verdade primeira.
Não há senão erros primeiros*

Canguilhem

Os significados psicológicos encontrados relacionam-se revelando aspectos simbólicos do abandono que marcam trajetórias de tratamento vivenciadas e compostas de modo particular por cada participante, nas quais comparecem com maior ou menor força os temas apresentados nas categorias, conforme: 1) a particularidade de sua psicodinâmica 2) cada qual maneja barreiras que se interpõem ao tratamento 3) mudanças no campo clínico e psicossocial mediante o tratamento e seus efeitos, com as quais, cada um se relaciona a seu modo, como p.ex.: arrumar emprego, ganhar peso, começar a namorar, e a própria “melhora suficiente” dizem da relação possível a cada um com a melhora sintomática.

As entrevistas permitem verificar como os significados encontrados participam da trajetória dos participantes no tratamento e sua ligação com a interrupção. Revelam a complexidade do fenômeno estudado e confirmam a relação com aspectos psicológicos pressupostos, na medida em que as entrevistas revelam: baixa autoestima, ambivalência, impulsividade, dificuldades no campo do relacionamento interpessoal, mecanismos de introjeção e projeção das relações parentais e das questões relativas ao apego/desamparo.

Por sua vez, estes, são encontrados como ligados à psicodinâmica descrita como “adicção bulímica” segundo a perspectiva de nosso quadro teórico, ligada a todas as variantes restritivas ou purgativas dos TA: seja no aspecto “vício” revelando sujeição, dependência, escravidão, recaídas e compulsões, presentes seja no aspecto “conduta atuada”, seja frente à questão do desamparo/abandono/apego.

As categorias não são estanques e mostram temas que emergiram revelados pelos participantes como ligados ao abandono e ilustram a enunciação que recortam. A primeira parte das categorias é representada por um recorte de fala literal dos participantes e a segunda, um elemento interpretativo do dado empírico.

Do ponto de vista do foco psicológico de nosso estudo observou-se que os diferentes graus de remissão do quadro encontrados revelam-se suportados na medida em que cada qual avançou em beneficiar-se dos efeitos do tratamento no

sentido de superar o funcionamento “objetal anoréxico/bulímico”⁽⁷⁴⁾ “escravidão ao vício”, pôde-se desembocar em abandonos mais ou menos próximos da remissão/”cura” (S3).

Nossa amostra não apresenta casos de não-adesão, dado não esperado. Não há padronização na literatura, mas utilizamos parâmetros encontrados nos estudos levantados: seriam assim considerados não-adesão quando ocorrem em média até a terceira consulta (vide Artigo 1). Já os abandonos, efetivamente, são classificados em: abandonos precoces, médio e tardio, ou precoce e final. A maioria dos participantes estudados permaneceu em média entre um ano e um ano e meio (abandono médio), havendo três casos do que é chamado na literatura especializada de “abandono tardio” tendo em vista o tempo de permanência de dois anos ou mais, bem como consideradas as melhoras clínicas e a estimada proximidade com a alta (vide comentários da amostra Anexo VI).

As sete categorias empíricas estão divididas e analisadas em três grupos, abaixo enumerados, conforme o modo como emergiram no material coletado. As categorias principais revelam as duas vertentes de sentido encontradas como centrais enquanto significados psicológicos do abandono para estes participantes, e dizem respeito à psicodinâmica ligada ao abandono, portanto, denominadores comuns a todas as demais: (1); as categorias secundárias relacionam-se diretamente às centrais e revelam mecanismos que participam do abandono (2). E, finalmente, em um plano colateral por corresponderem aos significados da faceta “tratamento” implicada no objeto abandono, as categorias relativas ao tratamento (3); são núcleos de sentido que correspondem à necessidade de falar do tratamento para falar do abandono.

5.1 Categorias principais relativas ao abandono e seus significados*

5.1.1 "Uma escravidão ao vício, compulsivamente" – *dimensão aditiva da anorexia e bulimia*

As sequências discursivas revelam a posição subjetiva de assujeitamento ao vício, o que se nota também na ligação desta à categoria “**Anorexia é uma coisa para a vida inteira**” – *apego/adesão ao sintoma*. A ligação entre este núcleo de sentido e o seguinte, também no plano da “conduta atuada” e da psicodinâmica que ambas implicam, pretende-se clarear ao longo deste capítulo. Vale comentar que estes se refletem em limites à da interpretação das falas desta categoria, por sua própria natureza de “conduta atuada”, consequências desse modo de relação, no qual a comida ocupa o lugar de droga, sendo os conteúdos contundentes o suficiente para demonstrá-lo:

(...) sair dessa vida, sair dessa escravidão que é a anorexia (...) você se sente uma aliada da doença, escrava da doença (S7)

A pessoa tem que querer (fazer o tratamento) (...) a pessoa sabe que tem o problema, e não quer. É que nem se fosse um drogado, um alcoólatra... tem que ter essa vontade de ser alguém na vida. A doença, a cada dia ela destrói (...). (S8)

Nota-se que a vivência de transtorno alimentar, por sua semelhança a “um drogado, um alcoólatra” é caracterizada por autodestruição e não consentimento com o tratamento, apesar da consciência de sua necessidade, os participantes nos apresentam a lógica do assujeitamento: enquanto houver esta aliança, *aliada da doença, escrava da droga, dessa escravidão que é a anorexia*” - como vício -, haverá maiores barreiras na relação com o tratamento. Por sua vez, a dita relação dá a ver a relação entre **escravidão e controle**:

você vê que aquilo perdeu o controle na sua vida, que aquilo tá te controlando. Tipo um vício mesmo, que você não pode controlar sozinha! (S5)

* Os sujeitos, de 1 a 7 são doravante identificados por (S) seguido do número que os identifica cfe. características descritas no Anexo V – Quadro 1 (p.109)

fica à mercê das próprias condições que a doença estabelece. A própria doença te faz viver uma escravidão; compulsivamente (...) faz você viver daquilo: só pensando em comida, em caloria, em exercício físico, perder peso (...) por isso falo que é uma escravidão. (S7)

se tratar antes de ficar viciada... É como a droga, você começa e não quer mais parar! Eu encaro isso como um vício. (...) se se acostumar vai ser muito difícil. (S6)

A consequência da posição de “aliada ao vício” aparece no paradoxo que mostra sua avaliação consciente, *a posteriori*:

*realmente o tratamento deveria ter se estendido por mais tempo e eu **acabei não me deixando** (grifos nossos) terminar o tratamento. (S5)*

É interessante destacar o sentido subjacente à sutileza de “acabar não me deixando”, como alguém que está em luta e “acaba”, “termina por...”; “não me deixar” parece apontar para um não consentir; luta na qual venceu o mestre projetado na doença e a ilusão de controle que ela oferece.

A categoria principal “**Uma escravidão ao vício, compulsivamente**” mostra determinantes psicodinâmicas ligadas ao vício enquanto significado do abandono e **revela um modo de relação à comida como droga, que aponta particularidades na relação destes sujeitos ao tratamento, quando escravos da doença, como a uma droga, que devem ser considerados na análise do fenômeno do abandono.** Então, “a escravidão ao vício” constitui um denominador comum às demais categorias: *Anorexia é para a vida inteira, Melhora suficiente, e Não gosto que as coisas saiam do meu controle*, compreendendo significados psicológicos do abandono encontrados enquanto barreiras ao tratamento.

5.1.2 “Me senti abandonada, então abandonei” – *acting out da fantasia de abandono*

A segunda categoria principal apresenta-se claramente ao longo dos relatos, nas situações descritas e posições percebidas em relação a elas. No

conjunto das entrevistas, têm a particularidade de aparecerem raramente condensadas no conteúdo enunciado de uma fala, como pensamento elaborado e consciente do que se passou. Isso se deve à sua própria natureza de “ato”, no sentido do *agieren* de Freud*. Trata-se de sujeitos – aqui, no sentido do sujeito do inconsciente - mais predispostos ao ato. Tais sujeitos, enquanto adoecidos, padecem do empobrecimento relacional e afetivo e vivenciam o relatado “assujeitamento” ao vício. A posição de “aliada”, “escrava da doença, a mercê da doença”, é utilizada para dizer de tal compulsão à repetição, terreno no qual se dão a perda de controle e o *acting-out* do abandono.

Essa categoria em especial mostra seu conteúdo diluído ao longo dos relatos, perpassando seja o campo da relação interpessoal, fazendo-se presente em graus distintos para os participantes. A proximidade que as entrevistas revelam entre os mecanismos do controle e a representação da permanência desse estado para toda a vida, é pregnante em todas as entrevistas e sugere que o aspecto aditivo é central na problemática do TA e interfere na relação com o tratamento.

Os achados são primeiramente interpretados pelos próprios participantes, ao atribuir tais significações ao abandono. Vale lembrar que as categorias principais, “aditiva” e “abandônica”, estão conectadas pelo empobrecimento da mediação do aparelho simbólico comum a ambas. Devido à particularidade desse funcionamento, tais questões aparecem também nas entrevistas marcadas pela carência de elaboração. Entendemos que, consoante à lógica do *acting-out*, tais questões reclamam por um tratamento no simbólico ao repetirem-se na relação com o terapeuta. Vale dizer que, no contexto pesquisado, o termo “terapeuta” não corresponde somente a quem conduz a psicoterapia, mas àquele com quem existe um laço, no sentido do vínculo.

À exceção de um, nossos participantes relataram histórias reais ligadas ao abandono de fato e/ou o que aqui nomearemos “questões familiares”, pois não

* Cfe. descrito no Cap. 3, Fundamentação Teórica.

necessariamente implicavam em desestrutura familiar, embora em grande parte dos participantes, mas claramente ligadas a fantasias e conflitos que podemos entender como abandonicos, à luz da descrição clínica de Guex ⁽⁵⁷⁾. No caso dos participantes cujo principal significado do abandono foi tal conflito, é interessante notar que os abandonos coincidem com uma relação de cuidado interrompida pelo terapeuta depositário do vínculo mais importante, por razões exteriores ao tratamento, porém não suportadas pelos sujeitos – aqui destacando a dimensão subjetiva do participante - marcados pelo desamparo, como revela a fala:

Eu acho que na época eu me senti abandonada (...) Eu me senti abandonada, então eu abandonei (S8)

E eu também não gostei que (...) mudaram alguns procedimentos (...) Dra. X não ia mais me atender, ia me encaminhar pra outro (S7).

Devido à característica do *acting-out* acima apontada, e o empobrecimento da elaboração a ele ligado, faz-se necessário analisar fragmentos de uma das entrevistas, isto é, seguir algumas falas de um dos participantes, a fim de demonstrar o mecanismo e o significado compreendidos.

Outro, que verbalizou a marca de abandono real por parte do pai em sua história infantil e, ao longo de seu relato, passa a compor tal categoria, não o relata em um enunciado com a mesma clareza que S7 e S8, por exemplo, mas fala de tal mecanismo em seu funcionamento, como S6. Tal sujeito se apresenta nas rupturas das relações, não somente no tratamento, também em outras. Apercebe-se de tais características em seu relato e nomeia tal mecanismo “uma neurose”, descrevendo seu sutil mecanismo:

É uma neurose... de que sempre se a coisa tá indo bem, provavelmente alguma coisa errada... Então, antes que aconteça alguma coisa, eu já saio fora, eu já sumo. É sempre assim, com tudo: escola, amigo... Quando eu vejo que tá assim eu já saio fora porque geralmente acontece alguma coisa errada, eu sei que vai dar problema. (S2)

Quanto à ligação entre desamparo, questão abandonica e TA, podemos interpretar em seu primeiro enunciado: “*sempre se a coisa tá indo bem...*”: quando

se liga afetivamente, passa a existir uma relação, fazendo surgir então sua dificuldade interpessoal, corolário do transtorno e da questão abandônica, que a seguir se revelará no ato de ruptura: *“provavelmente alguma coisa errada...”* Podemos interpretar, sob sua lógica, que a “coisa errada” equivale simbolicamente a, frente a alguma “encrenca” ou briga, ser excluída, não encontrando um lugar para si, segundo a repetição da marca abandônica. Indica na série sua repetição: *“É sempre assim com tudo: escola, amigo...”*, e também com a Dra. X, com quem tinha importante aliança terapêutica:

Como eu conversava bastante com a Dra. X, eu me sentia mais leve por não precisar ficar só... só dentro, só comigo. Mas aí eu não sei... acho que eu deixei de acreditar que não era possível alguém ficar me escutando sem alguma coisa errada por trás. (S2)

Relata literalmente uma desconfiança, que aparece descrita por elementos imaginários e persecutórios na relação com o terapeuta detentor do vínculo. Veja-se fragmento rico em revelar o mecanismo da repetição na relação transferencial, na qual reaparece isso que a faz desconfiar de seu não-lugar, momento que antecede ao ato: *A coisa errada por trás....(S2)*.

O que a impede de ligar-se, interferindo nessa relação de cuidado, é a fantasia de abandono mesma, clara em sua fala, também quando acrescenta que, caso fique falando muito de seus problemas,

(...) vai ficar enchendo o saco dos outros. (S2)

mostrando que esta fantasia se compõe da suposição de não ser acolhida nessa relação, na qual parece antever-se descartada, mediante a reação da Dra. X que, *“de saco cheio”*, não poderia suportá-la, no sentido da noção de *apoio/holding*, fundamental para o referencial clínico que fundamenta o tratamento dos sujeitos marcados pelo apego/desamparo. O que se passou na sequência do surgimento desta fantasia, determinando finalmente sua interrupção, foi o encaminhamento a internação, necessária em outro serviço, na ocasião, interrompendo tal relação de cuidado à qual não retornou. Como quem não se vê merecedora desse “amor”,

amparo emocional, tenta resolver tal conflito na solução de compromisso que encontra: sua exclusão pela adoção de outrem:

Como sou mesmo ignorante, e vi que eu não ia melhorar, resolvi sair pra dar lugar pra outra pessoa. (S2)

Revela-se o mecanismo de esquiva, de evitar a angústia nas relações interpessoais descrito na literatura dos TA, bem como quando deixa seu lugar para outra. Podemos escutar em seu discurso que esse sujeito age como quem não encontra um lugar simbólico para sua existência, como quem foi abandonada e sempre se faz reencontrar com isso nas relações interpessoais e o repete naquilo que dá corpo à relação terapêutica (*agieren*). Ao mesmo tempo, põe em ato no abandono sua demanda de amor, como o que é típico dos indivíduos marcados pelo desamparo, reiterando em outra sequência:

Eu só parei mesmo porque eu achava que eu estava ocupando o lugar de outra pessoa (...). (S2)

Mostra-se alienada nessa repetição, embora na entrevista talvez se dê conta de que tem “uma neurose”, não logrando dizer conscientemente do verdadeiro motivo, revelando um discurso permeado por contradições, saltando aos olhos sua desorientação frente ao “não-lugar” no mundo. Com o que se passa enquanto mecanismo de antecipação do abandono, pelo desamparo vivido, revela uma história traumática em seus motivos – não somente nos vínculos mais recentes, “escola, amigo...”, como também na abrupta separação dos pais em sua infância, quando o pai abandonou a família, nunca mais o tendo visto. Entre importar-se tanto com o outro, a ponto de ceder-lhe seu lugar, ou no extremo, não importar-se mais consigo ou com os outros, desemboca na frase que, aliada a seu estado de desconhecimento, como que explica esse agir aparentemente imotivado, mas totalmente motivada por sua vivência como sujeito do abandono – no encaminhamento externo, enquanto *acting-out*: o ato de “abandonar-se a si mesma” ao abandonar o outro (o serviço, a Dra. X.) que lhe oferecia suporte para, através da confiança, via tratamento, sair desse lugar de abandonada e sua repetição. Este, no entanto, falou mais alto:

*Eu realmente deixei de me importar comigo ou com os outros também, que foi quando eu saí da internação... Na verdade nem sei o verdadeiro motivo. Quando fala assim parece mais que eu **abandonei eu mesma**, né? (S2) (grifos nossos).*

A dimensão do não se importar consigo, que aparece no “abandono de si mesma” também presente na fala de outros participantes, caracteriza certo aspecto depressivo e guarda relação com o limite do ato do “fazer-se abandonar” implicado no *acting-out*, no impulso, onde a questão da relação confusa com o outro é evocada:

*não querer mais ser ajudada, né?(...) acho que nesse momento **você já tá se abandonando!** (S5)*

Para todos os participantes que apresentaram histórico de abandono real, ou revelado no funcionamento da síndrome descrita por Guex (1984), há ressonâncias desse fato nos discursos descritos nesta categoria. Todos os participantes que falam de um vínculo construído e da importância que esse profissional nomeado adquiriu são justamente estes cuja questão com o abandono participou de modo relevante em sua interrupção. É fundamental destacar que o abandono se deu, em todos esses casos, ligado à interrupção do cuidado por parte desse profissional, por razões como mudança na estrutura da assistência, rotatividade de residentes, não se tratando de alta administrativa, mas sim de transferência de cuidados. Os relatos de suas vivências indicam não ter sido suportado por tais sujeitos que, segundo o entendimento de Brusset, McDougall, Jeammet (Brusset, Couvreur & Fine (2003),⁽⁷⁵⁾ se não tivessem uma questão ligada ao desamparo e ao abandono, não padeceriam de um transtorno alimentar. A fala de S8 dá voz a este grupo: sentiram-se abandonados, então abandonaram. A vulnerabilidade psíquica revelada, bem como suportada pelo referencial teórico aqui descrito apontam como fundamental considerar, nestas situações, possíveis nos serviços, cuidado especial e manejo clínico específico de tais questões quando de necessárias transferências ou interrupções de cuidados.

Ainda relativo a esta categoria, encontramos achados convergentes aos nossos no estudo qualitativo de Leavey et al. (2011; p.431)⁽⁷⁶⁾. Os autores

verificaram em estudo sobre não-adesão nos TA com amostra de 13 pacientes, sendo: 7 ingleses brancos e 6 estrangeiros provenientes de etnias e culturas bastante distintas vivendo em Londres. Os autores descrevem como “ciclo vicioso do abandono”^{*}, tratando-se de sujeitos que durante a infância se sentiam rejeitados, não amados e, ao evitar contato com outras pessoas, antecipam/evitam futuras rejeições. Descrevem em seus achados os TA, para tais sujeitos, como mecanismo de evitação de sentimentos desagradáveis.

É interessante ressaltar que o termo anglo-saxão “*addiction*” também pode significar “adesão” no sentido de “apego”, o que ajudaria a compreender o que existe como denominador comum em nossas categorias empíricas, bem como o que McDougall, Brousset e outros teóricos entendem como ligado à função “aditiva”: suprir um profundo “desamparo”. Leavey descreve-o em termos de um preenchimento do vazio das relações[†] (p.12). Assim também o encontramos na psicodinâmica dos sujeitos que padecem de TA. **A fantasia de abandono é entendida como profundamente ligada ao modo de relação objetal típico das adições, inclusive bulímicas, no qual está compreendido o avesso anoréxico, portanto os quadros de TA. A íntima ligação entre as duas categorias principais encontradas são esclarecidas à luz da teoria, permitindo aprofundamento de sua compreensão. As categorias de conteúdo lidas em seu conjunto revelam ligações entre a psicodinâmica aditiva encontrada na base do fenômeno do abandono, e o que se encontra como motivação inconsciente deste ato: a questão do desamparo e seu correlato, a fantasia de abandono.**

Quanto à anorexia e bulimia como quadros correlatos a uma mesma psicopatologia, vale citar a emblemática fala a seguir, que ilustra a visão de Brusset da compulsão bulímica, em sua vertente aditiva, como primária e a luta pelo controle, preponderante em sua psicodinâmica:

^{*} Tradução livre.

[†] “(...) suggests that she has replaced the vacuum of human relationships with a close intimacy with food—choosing, buying, and consumption. At some level this connects to a deep ambivalence about overcoming her bingeing, and this suggests she may have been unwilling to pursue treatment to overcome it” (p.431).

*Eu sou extremo: ou faz uma coisa ou não faz **nada**. E eu **não tenho controle**. Então se eu for para comer, eu sei que eu vou comer, muito. E aí depois vai pesar muito mais eu comer muito do que eu não **comer nada**. Na minha cabeça vai pesar bem menos se eu não comer nada. (...) você não aguenta comer de tudo um pouco. Se você for compulsivo... **ou você come ou você não come mais**. (grifos nossos) (S1)*

5.1.3 Categorias secundárias relativas ao abandono

5.1.3.1 "Não gosto que as coisas saiam do meu controle" – *abandono como alívio*

(...) antidepressivo... Parece que você não tá mais controlando mais suas emoções. (...) Eu não gosto que as coisas saiam do meu controle(...) (S5)

(...) É como se fosse para o abate: nossa, estou aqui de novo (...) Tortura. Eu vou ficar aqui até quando? (S1)

Eu me sentia meio sufocada também (...) Então pra mim era muita pressão, foi mais por isso que eu parei também porque eu não gosto da minha mãe cobrando (...) me ajudava em várias coisas mas também me oprimia, de certa forma. E eu sei que... isso... faz mal pra mim, não querer ajuda, ter abandonado... foi bom mas também me oprimiu um pouco. (S2)

Manifestam pela palavra *sufocar*, *oprimir* o alívio encontrado quando no abandono se libertam da invasão do olhar uma vez que este é vivenciado como controle do outro que aumenta pelo fato de estarem em tratamento. Por vezes, resultando no ato do abandono que visa reverter o controle vivenciado como perdido; este mecanismo revela sutilezas dos conflitos psicológicos conhecidos nos TA como dificuldades interpessoais. Trata-se de uma resposta reativa, uma defesa do sujeito à invasão vivida, sentida como perda de controle. Daí o entendimento do TA como um “cavalo de Tróia” para defender o Eu da vivência esmagadora da relação com o Outro. Para McDougall (2003)⁽⁵⁰⁾, isso se daria em função de não terem vivenciado uma separação com internalização possível dos objetos perdidos, à semelhança dos adictos a substâncias:

Se você está em tratamento, então você não tem mais privacidade para fazer nada, você é vigiada toda hora (...) a equipe fala: sua filha emagreceu (...) Aí começa a ter mais perseguição. (...) Coisas de cobrança, crítica... em vez de ajudar, só pioram. (S1)

Eu não queria emagrecer. O que eu não queria era ficar gorda. Eu achava que as pessoas atrapalhavam querendo... cuidar disso. (S3)

Pra mim é muito importante ter o controle da situação. (S6)

Na medida em que o olhar, a vigilância, a invasão são sentidos como aumentados e associados ao tratamento, ao olhar da família e da equipe, o ato do abandono gera alívio como se restituísse o controle, sentido como perdido em certas vivências do tratamento.

É discutido na literatura* o risco de piora, especialmente nas fases anoréxicas, em abordagens muito estritas. O tratamento é vivido como ameaça de retirar-lhes o sintoma sem o qual não podem ver-se; seja na visão psicodinâmica, seja na análise de Leavey *et al.* (2011)(76) supracitada, ou na de Eivors *et al.* (2003)(54) sobre “o controle”, trata-se de defender-se da relação interpessoal sempre vivenciada com dificuldades a partir da angústia do desamparo e iminente abandono (caso S2). O olhar da equipe, colocado na série dos olhares materno e familiar, é vivenciado como maciçamente invasivo. Assim, o tratamento, também encarnado em uma relação interpessoal com a equipe – esta colocada no lugar de outro perseguidor, controlador –, dispara a luta pelo controle, aumentando a vivência de angústia com o olhar sobre o corpo, os comportamentos e os alimentos “controlados”.

O olhar excessivo sobre os corpos e comportamentos já é realizado incessantemente por elas mesmas, no funcionamento autoexigente e na visão distorcida vivenciada na relação de “escravidão”. Esta tende a ser deslocada para a relação com a equipe. Eivors *et al.* (2003)⁽⁵⁴⁾ discutem o problema das abordagens mais estruturadas como tendência a reforçar os sintomas (ex.: foco no ganho de peso, normalização da dieta e das formas corporais) e que o controle é

* O que se encontra referido e discutido detalhadamente no Artigo 1.

central no fenômeno do abandono do tratamento em internação na anorexia restritiva, em função de aumentar a sensação de perda de controle e o sentimento de passividade e vulnerabilidade, contra o qual lutam tendo o sintoma alimentar como defesa. Seus achados apontam para a tendência iatrogênica do reforço dos sintomas. O estudo randomizado recentemente publicado encontrou significativo aumento da adesão ao comparar terapia cognitivo-comportamental com abordagem que retira o foco do sintoma alimentar e investe na qualidade de vida e no suporte emocional⁽⁷⁷⁾. O que também é apontado Dale Grave *et al.* (1993)⁽⁷⁸⁾, Mahon (2000)⁽⁷⁹⁾ e Vandereycken & Vansteenkiste (2009)⁽⁸⁰⁾.

5.1.3.2 “Anorexia é uma coisa para a vida inteira” – apego/adesão ao sintoma

Este participante descreve o abandono, significando-o na descrição abaixo:

“Quando você não quer ficar boa(...) Fica procurando um monte de desculpa (...) Quando você percebe que pode melhorar, e você não quer, ou tem medo de melhorar. (...) Eu morro de medo! (P6)

Ressurge a dimensão do abandono como alívio, porém revelando sua ligação ao sintoma:

“Não consigo me ver comer e não vomitar. Parece que vai me sufocar aquilo, vai me matar se eu comer e não pôr para fora. Sei lá. Eu acho que por isso que eu abandonei sempre.” (P6)

Observa-se uma ‘naturalização’ dos sintomas alimentares, o que chamam de “acostumar-se” como algo que passa a compor a identidade; conscientes da inversão do parâmetro de normalidade se revela a impossibilidade de verem-se sem tais sintomas.

(...) me acostumei com isso. Eu encaro como um estilo de vida, que eu vou morrer com isso. (...) não consigo me ver não vomitando. Eu olho as pessoas que comem normalmente, eu acho que elas que são diferentes de mim, e que eu sou normal... É muito louco isso, mas é a sensação que eu tenho! (S6)

No mesmo sentido explicam o abandono apontando que ante a naturalização e resignação, a ideia de tratamento perde o sentido:

Pra mim, anorexia não tem cura. Isso é uma coisa para a vida inteira. (S5)

(...) eu não sei se isso tem cura... pra mim isso não tem cura (...) meu diretor falou: 'ela pode ser mirradinha, magrinha, mas ela é uma gigante naquilo que faz!' (...) eu fiquei pensando, a anorexia ainda tá presente ali! (S7)

(...) às vezes eu acho que é uma coisa que vai ser pra vida toda, que nunca vai ter fim... (S4)

Esse núcleo de sentido guarda relação com o abandono como alívio e, ademais, na característica do consentir com sua permanência, está em consonância com a posição de “aliada ao vício”. Tal ligação com a manutenção do sintoma, sem exceção nos discursos, reflete certa resignação quanto à anorexia ou bulimia serem algo “para a vida inteira”, o que termina por concorrer com o tratamento, vencendo a luta pelo controle, por isso o alívio em conservá-lo; tal apego pode apontar para a psicodinâmica como “protetiva” do Eu, o que, segundo nosso referencial teórico adotado, é válido para todas as relações ao objeto droga, seja ele alimentar ou não. Estudos exploram o que encontramos nesta categoria como “relutância para recuperação”⁽⁸¹⁾. Optamos por descrever tal relação com o sintoma alimentar como “apego”, pois o que aí se passa é da mesma ordem da relação, “aditiva”, com o objeto comida. Tal interpretação, à luz dos fundamentos teóricos, apontam para as três categorias secundárias como barreiras ligadas à “escravidão ao vício” como mecanismo psicodinâmico subjacente, marcado pela ambivalência da relação com o tratamento e melhora:

(...) às vezes a gente quer, às vezes a gente não quer (...) eu acho que é uma coisa que vai ser pra vida toda, que nunca vai ter fim... porque... posso parar hoje e ficar bem... e daqui a um ano, dois, voltar a pensar assim de novo! (P4)

Leavey (2011, p.431)⁽⁷⁶⁾ também encontra nos voluntários de seu estudo profunda ambivalência na indisposição para prosseguir o tratamento, destacando

em suas conclusões o TA como “estratégia de enfrentamento”; conforme apontado, discute a ambivalência no mesmo sentido. A literatura psicodinâmica explica a função defensiva e protetiva do Eu das condutas alimentares, alertando para sua importância na vida desses sujeitos, e a reação depressiva, de violência ou de ruptura que sua retirada pode acarretar. Os achados empíricos de Leavey *et al.* (2011)⁽⁷⁶⁾ e Nordbø *et al.* (2012)⁽⁸¹⁾ são convergentes aos nossos, quanto ao que o último autor chama de “relutância na recuperação”. A revisão de literatura de Espíndola & Blay (2009)⁽⁸²⁾ localiza, em diversos estudos, fatores limitantes na recuperação: medo de mudança, ambivalência e falta de motivação, dentre outros.

A relação com o tratamento aparece sofrendo a interferência do caráter “permanente” da AN/BN, afastando-a da representação de doença a ser tratada. No discurso deste sujeito, similar ao que se passa com o alcoolista, ou adicto, se escravo do vício, o portador de TA, o será para sempre*. Os participantes descrevem certa descrença que surge quando o tratamento já alcançou alguma melhora e os conduz aos limites de não mais apresentarem os sintomas. Nossos participantes revelaram-se frente a impasses neste momento, uma vez que dão por suficientes as melhoras encontradas e recuam; ao ver-se no limite de abandonar o “vício”, acabam por abandonar o tratamento.

5.1.3.3 “Eu me dei alta” – *melhora suficiente e cura*

Eu pensava que fazendo um tratamento eu iria sair de lá curada. E eu vi que não é bem assim, é um tratamento que é pra vida toda. Não tem como garantir a cura (S4).

Explica seu abandono com a melhora que lhe pareceu suficiente:

(...) eu tava bem! Porque eu pensei assim: se eu estou conseguindo me controlar, vou ficar sem remédio, que é melhor né? E no começo deu certo! (S4)

Abandono e tratamento vão se revelando numa relação de direito e avesso. Os participantes transmitem viver, a certa altura do tratamento, um impasse: se

* Vale destacar que esta visão traduz representação de um voluntário da pesquisa, e não da pesquisadora.

não se banca “o tratamento para a vida toda” (S4), justifica-se o abandono pela “Anorexia para a vida inteira”. Numa “luta” como dizem, na qual vence o mestre AN/BN que as torna escravas desse vício.

Porém, esta categoria revela um lado não esperado por nosso estudo, qual seja, o abandono não como correlato à psicopatologia, ou ao apego ao sintoma, mas como melhora. Diferentes graus de melhora são suportados frente a tais impasses, e considerados “suficientes”:

eu achava que não precisava mais ir, e para mim estava bom. (P1)

*(...) porque eu achava que eu já tava bem, que ia dar pra levar (...) porque eu já tava há um bom tempo sem vomitar, eu já tava sem ter compulsão... eu tava controladinha assim. (...) Aí achei que **tava bem demais!** (P5) (grifos nossos)*

Encontramos modo de representar as nuances pelas quais tal significado se apresenta através de um *continuum* de graus de melhora, suficientes e distintos para cada participante do estudo, na medida do quanto ele quer conservar, ou não pode abrir mão de seus sintomas-estratégia, medida esta em que se interpõe a “Anorexia para a vida inteira”, por exemplo, os resquícios do que se quer conservar da relação “ao vício”. Relatam terem se dado conta que recairiam somente depois, e que a melhora alcançada naquele momento era considerada satisfatória, revelando consentimento com que algo permaneça, por outro lado revelando seus limites, quanto até que ponto tratar-se, uma vez que “a anorexia não tem cura”. No extremo desse *continuum*, há um participante que significa seu abandono como cura: “*Eu me dei alta... em termos médicos seria isso*” (S3) - relatando nunca ter recaído, seguindo curada. (Vide descrição dos participantes, Anexo VI).

O significado ligado à melhora ilumina outra faceta: os ganhos psicossociais como “namorar”, “voltar a estudar”, “começar a trabalhar”, que passam a concorrer com o tratamento, mas reafirmam, *a posteriori*, refletindo por ocasião das entrevistas, tratar-se efetivamente de abandono, uma vez que os fatores externos seriam conciliáveis; como explicita S5, para ela, funcionaram “*como uma*

desculpa”; o desgaste e desmotivação que relatam em certa altura do tratamento, não sendo trabalhadas motivações próprias a esta etapa, resultaram na preferência por não dar continuidade:

O primeiro, o serviço, né, que eu era obrigada a folgar durante a semana, toda 2ª.f pra fazer o acompanhamento... (S7)

O mesmo participante que revelou acima, como primeiro motivo, seu novo trabalho descreve um curioso mecanismo para sustentar sua melhora já descrita como importante e suficiente, encontrando no abandono a solução de compromisso para sustentá-la*, na medida em que revela a permanência da doença e, ao mesmo tempo, alguma melhora (suficiente) obtida:

Em vez de melhorar, cada vez que eu ia lá, eu queria mostrar pra elas que eu era melhor que elas... que eu estava mais magra do que elas (...) Então me perguntava: ‘Qual é a minha? Qual é o meu objetivo de vir fazer esse tratamento aqui no ambulatório?’ Era melhorar, sair dessa vida... ficar cada vez melhor. Só que (...) vendo aquela situação, aquele desfile de magreza, eu me sentia obrigada a não melhorar pra mostrar pra elas que eu era melhor que elas (...) cheguei a pensar assim: ‘Não, aqui eu não vou melhorar’... Então acho que esse foi um dos motivos de eu ter abandonado. (S7)

Os estudos quantitativos de Swan-Kremeier *et al.* (2005)⁽⁸³⁾ e Van Strien *et al.* (1992)⁽⁸⁴⁾ negam relação de fatores externos com o abandono do tratamento ambulatorial nos TA, como a distância viajada, exceto ser estudante ou arrumar emprego. Por outro lado, Leavey *et al.* (2011)⁽⁷⁶⁾ ressaltam que, no início, os participantes explicam sua ruptura devido a problemas de ordem prática, razões do abandono. Neste estudo, os autores apontam que os motivos externos inicialmente revelados dão lugar a profundos problemas psicossociais e à ambivalência em perder uma relação com a comida que "é tão debilitada quando confortante[†]". Encontramos nos casos do abandono como “melhora suficiente”, ilustrado pela fala:

* Em função disso, sugere que os pacientes que atingiram certas etapas não sejam tratados juntos aos muito sintomáticos, pelo efeito de contaminação e recaída, adiante mais discutido.

† Tradução livre.

Quando eu sentia que eu ia melhorar, ficava com o peso na consciência e voltava tudo de novo. Acho que foi por isso que eu abandonei. (S6)

O significado do abandono como “melhora” aponta para a diferença entre as expectativas do paciente e da equipe. Estudos questionam o caráter exclusivamente negativo atribuído ao abandono, encontrando, por exemplo, melhores escores em escalas de autoestima, depressão, autoconfiança, como discutido por nossa revisão de literatura⁽⁸⁵⁻⁸⁶⁾. Schnicker *et al.* (2013; p.812)⁽⁸⁷⁾ encontram maior aproveitamento dos efeitos da terapia cognitiva comportamental entre pacientes anoréxicas que abandonaram do que entre as que completaram o tratamento.

Também aleatoriamente, verificou-se certa homogeneidade entre os diagnósticos e seus subtipos no grupo de TA, sendo interessante observar a presença dos quadros atípicos/sem outra especificação (três participantes), bem como os Transtornos de Personalidade (três participantes; coincidindo ambas as comorbidades em um deles^{*}). Podemos dizer que tais características eram esperadas, pois ambos os grupos, segundo a literatura, constituem preocupação quanto aos resultados do tratamento, são mais propensos ao abandono e indicados como alvo de novas pesquisas: seja os quadros atípicos⁽⁸⁸⁾ seja os TP(89-91).

Ressalvando a não generalização, e possíveis vieses da amostra intencional e reduzida, porém, com possível valor clínico e heurístico, vale notar que os participantes que interromperam mais precocemente, isto é, antes de maiores resultados do tratamento, quando comparados aos demais, revelam menor distanciamento do funcionamento mental e discursivo anoréxico-bulímico, por assim dizer, sendo nossa hipótese que isto se dá na medida em que se encontram mais capturados pela lógica das condutas do ato. Curiosamente observou-se coincidir com aqueles que apresentam quadros atípicos de TA e/ou

^{*} A fim de preservar o sigilo e cuidados éticos com os sujeitos, optamos por não designar os sujeitos e respectivos diagnósticos, excluindo tal informação da versão para publicação.

TP, claro, porém com variações entre si, dado que reitera a necessidade de mais pesquisas a respeito. Santonastaso (2009)⁽⁸⁸⁾ conclui que quadros atípicos, ao contrário do que se pensa, não são formas mais brandas e sim mais graves de TA, e, como também ocorre com os TP, apontam grande lacuna de conhecimento para abordagem de tratamento correspondente, o que é verificado também em nossa amostra, quando se compara à condição de rearranjo psicossocial de outros participantes após suas interrupções frente à dos participantes com tais características clínicas.

A literatura aponta serem mais propensos ao abandono pacientes com as seguintes características: filhos de pais separados; família desestruturada; transtorno de personalidade ou subtipo purgativo (ver Artigo 1); a caracterização de nossa amostra mostrou-se compatível com tais descrições, embora os significados do abandono encontrados extrapolem tais relações.

5.2 Categorias relativas ao tratamento

As duas categorias encontradas colateralmente, relativas aos significados do tratamento apontam reflexões úteis enquanto implicações clínicas, face ao que refletem sobre o abandono:

5.2.1 “No começo eu não aceitava como doença” – *negação inicial e superação*

A negação da doença é velha conhecida nos TA. Porém, no presente estudo, são categorias construídas como significados do *tratamento*, e não categorias do abandono em si, na medida em que esses participantes, sendo casos de abandonos médios ou tardios, não tiveram suas interrupções determinadas por essa barreira. No caso de nossa amostra, podemos considerar que inicialmente algo se deu como êxito, se a barreira inicial da negação não desembocou no abandono/não adesão:

O diagnóstico da equipe é importante, mas só que o diagnóstico que eu digo é quando a gente entende que tá doente. (S3)

Tendo passado pelo tratamento, cada um à sua maneira, obtiveram alguma distância desse estado, podendo atribuir valores a ele, desde outra perspectiva: a de quem atravessou a “negação inicial”, assim descrita invariavelmente. Reconhecem e afirmam seu sofrimento e dão a ver o outro lado da moeda na demanda, a qual é assumida como negada e superada. Assim, pode ser escutada como um “tratamento” a ser dado, não direta e inicialmente à relação com a comida e o peso, mas ao que se encontra, segundo seus relatos, em sua origem, naquilo que esse sintoma, ao passar para o terreno somático e do ato, desloca:

Tem um problema: pra gente, a gente nunca é doente(...) sempre acha que o outro é que está precisando(...) eu não era doente. (S1)

(...) quando eu comecei a fazer o tratamento, pra mim, eu não tava doente. Pra mim era normal não comer, não sentir fome (...) a parte mais difícil é o começo, porque ninguém nunca admite. (S2)

(...) eu não quis aceitar. Como toda pessoa que tem no começo não aceita. Acha que só tá fazendo regime, só quer emagrecer, que aquilo vai ser melhor pra ela; ela vai ser tipo uma modelo... Ela fica à mercê da própria imagem... (S7)

As falas seguintes apontam a particularidade da negação da doença apoiada na imagem funcionando como mestre, como o que rege; ao mesmo tempo, utilizada para distorcer a realidade, a todo custo, a serviço do que não se “queria aceitar”:

*a bulimia era considerada uma doença, **mas eu não estava doente** (...) eu não precisava de ajuda. (...) depois com a anorexia eu senti isso no meu corpo, aí me caiu a ficha! (S3)*

A gente tem que primeiro aceitar que tem a doença pra depois mostrar pros outros (...). Eu sei que eu tenho (bulimia) mas eu posso fingir pra todo mundo que eu não tenho, ninguém vai desconfiar (...) Eu não queria aceitar que eu tinha, embora soubesse de tudo(...) (S4).

5.2.2 “Um tratamento dentro do tratamento” – *lugar dado à palavra*

Nomeado por um participante “*um tratamento dentro do tratamento*”, esse enunciado condensa o sentido destacado por todas as sugestões: a importância dos espaços de fala e escuta para além das questões de dieta e peso; dar um “tratamento ao tratamento” é construí-lo a partir de cada caso, e reclamam por participarem, seja em suas negociações, interrogados pelo sentido de suas faltas, seja na construção do laço com a equipe. Falam de um tratamento que os acolha, dê lugar a sua avaliação do tratamento, individualizado e preservado da dinâmica familiar, incluindo escuta incondicional que suspenda todo tipo de julgamento:

Que fosse mais individualizado(...) Conversar, poder expor... (S5)

*Trabalhar um pouco mais isso de ouvir sugestões (...) saber por que a pessoa não tá querendo ficar (...) por que eu parava (faltava), o que eu tava achando do tratamento... **trabalhar o tratamento dentro do tratamento** (grifos nossos). (...) teria que ser individual essa parte (S3).*

Os trechos abaixo recortam o que, de suas vivências, aponta para a importância de tomar cada caso em sua particularidade:

Prestar mais atenção na individualidade de cada um. Se aquele tratamento é o mais indicado mesmo para aquela pessoa... Não é só a anorexia e a bulimia, é uma história de vida (...) são pessoas extremamente diferentes... o que dá certo pra maioria, talvez não dê certo pra outras (S3)

Tratar cada um de forma individual, eu acho que seria o mais adequado. (S6)

Temem o efeito de identificação no grupo, que pode empurrar para a recaída, efeito também conhecido nas internações para álcool e drogas, para evitar a “contaminação”, a recaída e o abandono* entre quem já se separou um pouco do “vício”:

* Impasse relatado por S7 como um dos motivos de seu abandono.

Atender em horário diferenciado... deixar as pessoas que já estão bem, separadas (...) (S7)

Destacam-se, nesse sentido: a importância da fala e do suporte emocional e a relevância de priorizar os aspectos psíquicos no tratamento:

Quem tem dificuldade (de falar), tem mais vontade (de falar) do que qualquer outra pessoa (S1)

Em grupo, você não fala tudo, assim, abertamente (...) só com a psiquiatra, aí já esclarece, tá tudo limpo, eu acho que é a parte mais importante. (S2)

Conversar assim me ajudou bastante(...) A medicação, ela complementa só... (S4)

Eu gostava de conversar, tirar minhas dúvidas e saber que eu não estava sozinha na minha luta. Isso foi bom! (S7)

O significado atribuído por S7 trajetória no tratamento, “luta”, aponta para a importância do apoio emocional, como quem sai da reivindicação narcísica dos “caprichos” – das jovens descritas por Lasègue (1999) – e, atravessada a barreira inicial da negação, demanda a parceria do outro, sinal do rechaço desfeito – para não atravessar a luta solitariamente. Destacam a importância de encontrar na equipe, à diferença da difícil relação familiar, a escuta incondicional, sem julgamentos, e o amparo emocional:

Porque em casa (...) eu não tinha coragem de chegar neles e falar. E com profissional, você sabe que é diferente, pode chegar e falar, que ele vai te ouvir independente! (S5)

Eu falei o que eu quis falar e ela não ficou me enchendo de perguntas, nem me falou um monte de coisa que eu tinha fazer ou pensar. Ela me ouviu! (...) E eu me senti segura pelo fato de não me sentir criticada por ela (...) (S6)

falar de outras coisas não relacionadas à alimentação. (...) isso mexe muito, deixa a gente muito frustrada, deixa a gente muito brava. (...) Falar de outras coisas, você fala numa boa, sem vergonha, sem nada

(...) podem te fazer bem se você estiver triste, porque aí você escuta uma outra opinião, você escuta alguém te levantar. (S1)

*conversava bastante com a Dra. X, **eu me sentia mais leve** (grifos nossos) por não precisar ficar só dentro, só comigo (...) (S2).*

Vale destacar o termo “leve”, utilizado pelo participante para descrever como efeito de sentir-se amparada e poder dividir o peso subjetivo que é vivenciado distorcidamente como excessivo no corpo. Consoante com o estudo de Eivors *et al.* (2003)⁽⁵⁴⁾, a expectativa dos pacientes é muito mais “insight e compreensão”, criticando o foco no sintoma e no controle (diário alimentar, aconselhamento nutricional e restauração do peso) por elas bem conhecidos. Compreendidos à luz dos significados do abandono, podemos entender a partir de nosso estudo que: os sujeitos não consentem em eliminá-los enquanto resultarem em solução de compromisso de conflitos mais profundos, perdendo sentido o tratamento, mostrando-se resignadas à anorexia sem cura, para a vida inteira, “abandonando para não parar de vomitar”.

Achados corroboram a literatura quanto ao risco de iatrogenia ao reforçar a distorção patológica que hipervaloriza dieta, peso e imagem corporal. As entrevistas em profundidade revelam necessidade de encontrar apoio para fazer o caminho contrário: “desinvestir” tais objetos excessivamente investidos pelo deslocamento.

Apoiados na psicanálise e nos autores nos quais se ancora a presente discussão, a direção do tratamento possível implica que a dimensão do simbólico que é suprimida para tais sujeitos seja aberta e, principalmente, restauradas as condições para fazê-lo mediante o “laço”, no sentido do lugar e do suporte que a aliança terapêutica provê: sob a condição de não se verem “sozinhas” em suas “lutas” (S7). Quando assim se veem, “saem fora”, no sentido que o termo *dropout* comporta: “saio fora”, diz S2, pois, sem o laço que lhes dá lugar, veem-se literalmente “desamparadas”, sem amparo, sem guarida. Não sendo possível aos sujeitos do desamparo a condição de solidão, resta-lhes “aliar-se” ao vício, relação

na qual não estão sozinhos, dando à anorexia o estatuto de uma presença: “a anorexia ainda tá presente ali” (S7).

(...) não é uma questão só de peso (...) o mais importante é tratar a cabeça mesmo, a mente. vômito é só uma consequência (...) a maior doença da gente é a cabeça(...) a mental é a pior que tem. Destrói a gente e quem está perto. Isso é o mais pesado no TA (S6)*

Atrás de algum regime sempre tem alguma coisa a mais, que faz a pessoa entrar em depressão, ou num regime (...) uma fuga: anorexia é tipo uma válvula de escape, você acaba vivendo em função daquilo pra tentar fugir dos seus problemas. (S7)

Quando a gente vai lá a gente é triste, ou a gente é insegura ou a gente tem medo.” (S2)

Seria mais fácil (tratar) se acontecesse assim: falar, não daquilo que deixa a gente brava, frustrada, mas falar daquilo que a gente queria falar (...) a gente está triste? Eu queria falar por que é que eu estou triste (S1)

*Enquanto (...) **não tirar da cabeça isso**, não adianta tomar medicamento (...) você vai ficar calma, ficar zen, mas não vai resolver o problema! O problema ali é outro. (S4)*

Com distintas distâncias obtidas do estado inicial relatado e, claramente, desde as melhoras conquistadas, mantidas ou não, acreditam que a raiz do problema alimentar é de outra ordem. Apesar do alívio manifesto por alguns com a interrupção, todos avaliam positivamente o tratamento, ainda que o tenham deixado, reconhecendo melhoras:

Reconhecer quando estou ansiosa e descontro na comida... Tipo saber diferenciar essas coisas que antes eu não tinha o controle (...) Só agia. Não pensava muito. Agora... já... pensa... foi essencial pra eu conseguir sair da doença, foi muito importante. (...) O tratamento me fez me enxergar diferente do que eu me via, e isso foi importante. (S5)

* Fala consoante a discurso comum entre alcoolistas e adictos em relação a seus familiares.

Tal fala mostra que o tratamento pode produzir mudanças subjetivas importantes que interferem no mecanismo antes imediato do ato: “só agia. Não pensava muito”, passando a fazer mais uso de recursos simbólicos, na reflexão – dialetizar é um movimento que implica a alteridade, a dimensão do outro introjetada; diferença que se nota no discurso deste sujeito: “agora já pensa” – o que passa a ter efeitos de algum intervalo que se coloca entre a angústia (ansiedade) e o ato (“desconto na comida”, “compulsão”), destacando a transformação paralela na autoimagem. Abaixo, segue rica passagem demonstrando o deslocamento à comida como um objeto que era acompanhado do rechaço ao outro, do retraimento do sujeito na relação interpessoal, e o reconhecimento desse mecanismo que se desfez, em seu processo de tratamento e “cura”, segundo o participante:

Quem não come, é um sinal de que a vida não vai muito bem, que não tá a fim de viver muito. E eu retomei essa vontade de viver. (...) primeiro eu retomei a vontade de viver, e depois eu comecei a comer (...) Voltar a comer como uma consequência! (...) eu comecei a retomar esse prazer na comida em todos os sentidos: não só de colocar a comida na boca e sentir o gosto, mas também no convívio social. (S3)

“Primeiro retomar a vontade de viver” diz da condição de a libido se desligar daquele objeto onde foi investida como droga, vício, para que, passando a ter outra função, o sujeito a retome não pela via da orientação nutricional – que aparece como não suportada por elas enquanto o alimento tiver este caráter – mas sim pela via do prazer, que implica outro circuito por onde passa essa libido, ao que tudo indica, no caso de S3, não mais “escrava do vício”.

Mais além do fato de que todo paciente constitui sempre um “abandono” em potencial, os achados sugerem sua particularidade no caso dos TA devido aos sempre presentes conflitos psicológicos no campo interpessoal. De acordo com os achados de Leavey *et al.* (2011; p.438)⁽⁷⁶⁾, consoantes com Young, Klosko e Weishaar (2003)⁽⁹²⁾ experiências precoces de abuso, receio e não confiança, abandono e privação afetam as pessoas em todos os aspectos de suas vidas,

inclusive o modo como se relacionam com os outros.* O que encontramos em nossas entrevistas referenda tal ideia, assim como os estudos sobre apego e aliança terapêutica nos TA de Ringer & Crittenden (2007)⁽⁹³⁾ e Tereno *et al.* (2008)⁽⁹⁴⁾, que trazem para o plano da discussão científica atual, inclusive por métodos quantitativos, a confirmação daquilo que a revisão da literatura aponta, qual seja, o impacto das relações familiares precoces para pacientes com TA, através do conceito de “apego” e os correlativos sentimentos de “desamparo e abandono”[†]. Em nossa população verifica-se^(90, 95-97): a relação entre “desestrutura familiar” e abandono do tratamento, reiterando, não somente o conhecido dado da clínica, referente à relação importante entre quadros alimentares e questões familiares. Também certa estabilidade atribuída aos que vivenciam conflitos relativos à estrutura familiar é relacionada às interrupções precoces de tratamento. Observa-se que o participante que constitui exceção quanto à questão com estrutura familiar (S5), exceção na amostra também pela maior estabilidade em conjugal e ocupacional.

Por fim, as entrevistas revelam que há um sofrimento envolvido, para além da egossintonia. Isso é o que nos autoriza a propor tratamento; por outro lado, pondera-se que essa oferta, ou manejo, para ajudar alguém que negue o sofrimento a chegar a um tratamento tampouco deva ultrapassar a barreira do respeito aos limites do outro. Recordem-se as evidências de que os tratamentos mais coercitivos pioram os sintomas na AN⁽⁵⁴⁾; por esta razão entendemos que o tratamento não deve ser *standard*, padrão para todos os sujeitos. De acordo com

* No original: “Early experiences of mistrust, abuse, abandonment, and emotional deprivation affect people in every aspect of their lives including the way they relate to others (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). This also highlights the need for training, supervision, and support to help staff identify complex needs of vulnerable individuals quite early on and respond accordingly.” (Leavey, 2011; p.438).

† “Their strategies to cope with stressful situations may interfere with the cognitive processing of distress signals and, in some cases, when the attachment system generates feelings of despair, abandonment or loss of control, may lead to symptomatic disordered behaviour” (George, West, & Pettem, 1999).

Ringer & Crittenden (2007)⁽⁹³⁾, Tereno et al (2007)^{*} e o recente estudo de Touyz *et al.* (2013)⁽⁷⁷⁾, recomenda-se que ele não tenha por foco as questões alimentares, mas sim a qualidade de vida (74) construção de laços (90) através dos quais vivências emocionais suportadas possam levar à construção de novas significações e identidades. Com as quais, a nosso ver, podem talvez até vir a abandonar o tratamento também, mas com maiores chances de abandonar paralelamente a estratégia de enfrentamento da angústia da qual se reveste o objeto “alimento”. Vemos em nossa amostra a diversidade de significados possíveis do abandono e as saídas dos sujeitos que comporta: da a “*escravidão ao vício, compulsivamente*” e “*acting-out da fantasia de abandono*” – polos do abandono enquanto sintomático, negativo, até “*da melhora suficiente à cura*”, polo do abandono como ligado a resultados do tratamento, que guarda uma face positiva.

5.3 Da “aliança ao vício” à aliança terapêutica como laço

*(...) a psicóloga pra pessoa poder esclarecer, poder se abrir... psiquiatra pra poder orientar, medicar, intervir... e a nutricionista também pra pessoa interagir e pra saber orientar a alimentação... acho que tem que ter esses três sim, juntos, **aliados**... (grifo nosso)*
(S7)

O mesmo participante que utiliza o termo “aliado” para dizer da relação ao vício, o utiliza em sua descrição do que seja um tratamento interdisciplinar bem vindo, ou um **tratamento possível** para tais participantes. Ilustra o que pretendemos apontar: uma “passagem ao tratamento” que os dados indicam como necessária, bem como o papel da equipe em sustentá-la, como desenvolvido a seguir.

^{*} “The patients, as their family members, should be supported to engage in a new and corrective emotional relationship, which may allow them to explore distinct interpersonal sceneries and to build new meanings and secure bonds.” (Soares, 2000 *apud* Tereno et al, 2007).

A importância da construção do laço que caracteriza a relação terapêutica se dá, mais ainda no caso dos transtornos, por assim dizer, alimentares-aditivos, em função de que o deslocamento no objeto comida cumpre essa função de “apoio”; portanto, a dimensão de escravidão ao vício remete a tal necessidade, literalmente incorporada – que passa para o corpo – de um objeto vital ao corpo, porém transformado em sua função: o alimento, cuja transformação converte em escravos os sujeitos a ele “aliados”.

Se o tratamento não auxiliar os pacientes a construir sua condição psicológica de abandonar a função que isso cumpre, e ajudá-los a passar da condição psicológica de “aliado ao vício” à possibilidade de contar com a “aliança” terapêutica, abandonando a “adesão ao sintoma” em favor de outra, o que termina por ser abandonado, é o tratamento: “abandonei para não parar de vomitar”.

Assim, revela-se como condição *sine qua non* que se construa esse apoio na relação com o tratamento, através do qual o sujeito poderá ser amparado (em seu desamparo fundamental) e, quem sabe, escolher perceber tal laço como seu “aliado”, no sentido de uma parceria que o ajude a sustentar-se e poder fazer a escolha de abandonar o “apoio” do vício, a “válvula de escape da anorexia” (S7), caso encontre um tratamento no vínculo oferecido como apoio (*holding*). Faz-se necessário conquistar, na construção da relação transferencial, a equipe como aliada ao laço construído com as pacientes para que encontrem no apoio condições para abandonar, talvez, o apoio que sintomaticamente encontram no TA, com vistas a saídas menos mortíferas.

6. CONSIDERAÇÕES

*Toda ciência seria supérflua se houvesse coincidência imediata
entre a aparência e a essência das coisas.*

Karl Marx

6.1 Implicações clínicas

Os achados revelam relação entre aspectos psicológicos próprios aos TA, do ponto de vista de sua psicodinâmica, e o abandono do tratamento. Destaca-se a importância da dimensão aditiva e sua relação encontrada com o controle, o aspecto compulsivo e a naturalização da permanência do sintoma alimentar ao longo da vida, conclusão que deve ser investigada e aprofundada em estudos futuros, por diferentes métodos. Visando os significados revelados, dentro de suas limitações, o estudo conserva a expectativa de contribuir com o desenvolvimento de estratégias clínicas para melhorar adesão e permanência, elencadas abaixo e a seguir comentadas:

1. Entrevista psicológica na triagem;
2. Tratamento estruturado por fases;
3. Construção do laço que caracteriza a aliança terapêutica como meta (discreta) do tratamento na primeira fase;
4. Flexibilidade e disponibilidade da equipe para manejo clínico;
5. Inclusão de estratégias de tratamento que considerem a dinâmica aditiva.

Dentre os vários núcleos de sentido emergentes do rico material coletado, apresentamos os que encontraram maior consistência dentro do alcance do método. Reflexões levadas a termo ao longo da pesquisa, teórica e de campo, apontam ser válido considerar:

1. Nenhuma adesão deve ser esperada pela equipe - Todo paciente constitui um abandono em potencial. Nunca estão garantidas as condições de sua adesão e permanência. Por mais que seus motivos para o tratamento constituam sofrimento, ou preocupação de ordem familiar, social ou de saúde pública, em última instância está o direito e liberdade como indivíduo, que implicam sua decisão e escolha por tratar-se ou não. Alguém considerado paciente com adesão,

no instante seguinte, pode ser tornar-se um abandono, a depender de uma série de fatores. Um deles, para o que nosso estudo também aponta, é a tendência primária, no caso dos TA, a não permanecer em tratamento, o que também é concluído por Leavey *et al.* (2011)⁽⁷⁶⁾. O autor recomenda que as equipes estejam advertidas dessa tendência. Sugerimos, como estratégia nesse sentido, prontidão da equipe para desenvolver ferramentas auxiliares na identificação das vulnerabilidades dos pacientes, como as seguintes:

- a) **inclusão de entrevista psicológica no processo de triagem** – localizar a conjuntura sócio-familiar e psicodinâmica do paciente e da família quando do desencadeamento do quadro, a fim de iluminar o cálculo do tratamento a ser proposto e levantar vulnerabilidades;
- b) **elaborar redação na triagem** – convidar o paciente a escrever sobre expectativas e motivos, próprios ou alheios, de sua presença. Tal recurso, barato e prático, facilitaria a expressão dessas pessoas que revelaram dificuldades em expressar-se verbalmente na situação interpessoal. Podem fornecer elementos importantes mais facilmente pela escrita, especialmente adolescentes. Material que sempre poderá ser consultado e discutido em equipe ou com o paciente, com a riqueza da própria articulação discursiva feita no momento da chegada, que não é qualquer. Outra vantagem dessa ferramenta, se bem utilizada, é favorecer a implicação do paciente no tratamento, reorientando sua abordagem. Nos estudos qualitativos sobre abandono em TA⁽⁹⁸⁻⁹⁹⁾, inclusive no nosso, pacientes reclamam por serem mais escutados em oportunidades de alinhar suas expectativas às da equipe*, sentem-se valorizados e diminuem a postura defensiva e de luta pelo controle, quando suas opiniões são consultadas, o que pode ser interessante manejo frente ao delicado mecanismo de contra-controle encontrado e reconhecido nos pacientes com TA.

* Especialmente as falas que originaram a categoria “um tratamento (a fala) dentro do tratamento”.

2. Abster-se do *furor curandis** - Sem negligenciá-las, que o tratamento das questões físicas não se coloque em detrimento do tratamento das dificuldades psicológicas, interpessoais e emocionais. Além de Freud, é válido recordar a recomendação de Lasègue, que, quando a Anorexia Histórica ganhou estatuto de entidade mórbida, recomendava aos médicos: no início, a única conduta racional, em suas palavras, é “observar e calar-se”, seguindo análise minuciosa dos elementos participantes da eclosão da doença. O que podemos interpretar como: seguir a necessária construção do caso, recuando da postura pró-ativa em curar, obviamente sem negligenciar encaminhamento a cuidados necessários. Porém, destaca-se a sensibilidade de pessoas, já notada por Lasègue (1999)⁽¹⁰⁰⁾, quanto a identificar na equipe esta postura, tendendo a recuar, em função da relação com o controle, e da necessidade de conservar suas estratégias de enfrentamento, resultando na não aceitação/não adesão ao tratamento.

3. Tratamento estruturado por fases - Estabelecer etapas de tratamento que contemplem a necessidade revelada quanto à adicção: não ser tratado junto a pessoas que estão em estágios “anteriores”; trabalhar dificuldades psicológicas para resolução da ambivalência ligada à egossintonia e outros aspectos dos “TA como vício”, que se colocam como nova tendência ao abandono a cada remissão alcançada. Para pacientes com melhoras como ganho de peso é importante que a equipe invista na atenção psicológica individualizada, pois nova adesão e consentimento com o tratamento deve que se dar; reapresenta-se a cada passo alcançado a “não aceitação” inicial. O consentimento com a nova etapa de tratamento requer que se avance um pouco mais nas questões psíquicas, como indicaram as entrevistas. Enquanto a identidade anoréxica/bulímica e o esvaziamento do corpo se fizerem necessários como vício, tende a ser maior o risco de abandono.

* Freud advertia contra o excessivo afã do analista em curar o paciente de seus sintomas, negligenciando o desejo do paciente. Remitir o quadro eliminando sintomas costuma estar na missão de um serviço médico especializado, porém encontramos, em campo e na literatura, que dificilmente encontra-se, do lado dos pacientes, a intenção de ser curado, ver-se livre dos sintomas alimentares; ao contrário: “*abandonei para não parar de vomitar*” (S6), “*Anorexia é uma coisa para a vida inteira*” (S7) ou “*essa ficha só caiu quando quase morri*” (S3).

4. Construção do laço que caracteriza a relação terapêutica como meta na 1ª etapa do tratamento - Tal relação demonstra ter de ser especialmente investida no caso de sujeitos para os quais o objeto comida está mais fortemente revestido do caráter droga. Uma vez que a dificuldade interpessoal, os conflitos abandonônicos e a relação com o controle são centrais nos TA, investir na construção de tal relação e manejá-la é não somente condição *sine qua non* para um tratamento, como constitui em si mesmo um tratamento.

5. Utilidade da noção psicanalítica de “transferência” - A clínica herdeira de Freud entende que os conflitos psíquicos não resolvidos, por uma razão lógica e estrutural, serão endereçados em forma de repetição na relação terapêutica com a equipe. Advertir-se do que a transferência põe em jogo constitui ferramenta importante para dar respostas adequadas às passagens ao ato e *acting-outs* do lado do paciente, e a contratransferência do lado da equipe, muitas vezes provocada pela própria repetição, pela fantasia de abandono – conflito detalhadamente descrito por Neurose de Abandono⁽¹⁰¹⁾. Nesse sentido, reiteramos, com Leavey *et al.* (2011)⁽⁷⁶⁾, a importância das supervisões clínicas e treinamentos da equipe. Constatamos que não necessariamente será o psicólogo; na maioria dos casos de nossa amostra, essa transferência tende a se constituir em torno da figura do médico, que passa a ser potencialmente mais responsável pela “religação do afeto” perdido no deslocamento realizado ao objeto alimentar e, assim, destinatário principal das demandas e atos.

6. Flexibilidade e disponibilidade da equipe para manejo clínico - Frente às dificuldades interpessoais e emocionais que essas pacientes revelaram vivenciar, tendendo a construir barreiras na relação com o tratamento, mostra-se necessário manejo pensado a partir de cada caso para tornar o tratamento possível.

Dentro do referencial teórico que nos fundamenta, o próprio quadro alimentar, ou de adicção à comida, possui paradoxalmente um sentido de tentativa de superação da dependência existente nas relações de apego. Em outras palavras, os conflitos ligados ao desamparo e ao abandono encontram-se na raiz

do desenvolvimento dos transtornos alimentares. Relações interpessoais notoriamente conflituosas são rechaçadas pelo hiperinvestimento no objeto-droga-comida, que parece encontrar um efeito neutralizador do "outro suposto abandonar" que é fonte de constante angústia. Ante a necessária aliança terapêutica, os conflitos abandonônicos inconscientes são mobilizados. Encontramos, frente às categorias em conjunto, que o abandono significa abandonar para não ser abandonado, podendo, a depender das variáveis discutidas, estar ligado à melhora ou à cura. Isto é, mediante os significados psicológicos revelados, destacamos: importa mais que tal ato encontre resposta adequada da equipe, para fins de tratamento do conflito fundamental que nele se apresenta, quando é o caso, que o desdobramento que pode se seguir quanto a permanecer ou não em tratamento, por efeitos terapêuticos que podem advir do manejo clínico do que se apresenta em jogo na situação do abandono.

6.2 Limitações do estudo e futuras pesquisas

Dentro do alcance do método, nossos resultados não são generalizáveis, dizendo respeito à amostra intencional e ao grupo que abandonou e concordou em responder ao estudo, no qual se encontram somente abandonos propriamente ditos – tardios ou não – ausentes casos de não-adesão*, como se costumam chamar abandonos mais precoces. Futuros estudos qualitativos podem ser realizados com amostra intencional de “não-adesões”, sendo interessante a comparação com nossos achados.

As pessoas que não abandonaram devem ter ainda outra valoração de tratamento e abandono, assim como o grupo dos que se recusaram a participar do estudo – que pode tanto incluir casos mais graves que não lograram atravessar a barreira inicial da “negação da doença”, permanecendo em relação difícil com tal demanda, ou, diferentemente, por não optarem por tratamento especializado

* *'Failure to engage'* na literatura internacional.

podendo ter melhorado ou até se curado sem a ajuda do mesmo. Supõe-se que ambos os grupos fariam mais críticas ao tratamento trazendo significados do abandono diversos dos encontrados na amostra dos informantes colaborativos.

Há prováveis vieses relativos ao engajamento da pesquisadora no campo estudado embutidos na interpretação dos dados, e constituem fruto de sua percepção consciente ou não. Tal viés está previsto e legitimado na perspectiva interpretativa dos dados. Considere-se a existência de relações de poder implícitas à situação, talvez maior em nosso caso, pois a instituição acadêmica em que se desenvolveu a pesquisa abriga o serviço que atendia os sujeitos alvo do estudo, atendido que foi interrompido. A amostra excluiu ex-pacientes conhecidos da pesquisadora como membros do serviço, o que não foi informado no *rapport*. No entanto, pela relação com a instituição, inferimos tratar-se de pessoas menos à vontade para críticas e mais dispostos a sugestões. Não somente por isso, mas também por se tratar de pessoas que aderiram ao tratamento e dele se beneficiaram, algum vínculo foi manifestado nos relatos de autocrítica e culpa pelo abandono, e na intenção de retorno verbalizada por alguns.

A questão “tratamento” é abordada de modo limitado e colateral ao desenho do estudo. Sugerem-se futuros estudos para aprofundar sua compreensão, sendo interessante investigar, com os mesmos pressupostos, o que se passou com os pacientes que levaram o tratamento a termo, bem como abandono em internações com amostra de Transtornos Alimentares, por métodos qualitativos, não encontrados na exaustiva revisão. Frente a nossos resultados sugerimos investimentos em pesquisas futuras sobre TA e adicção, bem como sobre desamparo e aliança terapêutica nos TA.

6.3 Considerações finais

A partir da interpretação dos achados podemos considerar atingidos os objetivos do presente estudo. Os significados psicológicos do tratamento e abandono, encontrados nas vivências de pacientes que abandonaram o

tratamento ambulatorial, contribuem para o conhecimento do fenômeno do término prematuro do tratamento* e da compreensão da psicodinâmica dos transtornos alimentares.

Os achados da vivência dos transtornos como adicções dão suporte ao debate atual sobre a inclusão dos transtornos alimentares no modelo da comida como adicção, no espectro de sentido que o termo veio ganhando após a definição de “comportamento aditivo[†]” de Goodman (1990, p.1404)⁽¹⁰²⁾. Goodman (1990, p.1404)⁽¹⁰²⁾ propôs modificar a entidade nosográfica para: adicção “definida como um processo em que um comportamento que pode funcionar tanto para produzir prazer e para proporcionar alívio do desconforto interno é utilizado num padrão caracterizado por (1) falha recorrente em controlar o comportamento e (2) continuação do comportamento a despeito de consequências negativas significativas.”[‡] (1990; p.1404)

Recomenda-se a discussão em equipe sobre a adoção de estratégias de tratamento voltadas para a psicodinâmica e sintomatologia das adicções, visando os transtornos que podem ser experimentados como “vícios” por parte dos pacientes. É válida avaliação psicológica que visa identificar tal aspecto, para adequação da abordagem, assim como, no mesmo sentido é recomendável uma proposta de tratamento construída de forma particularizada para cada caso.

Os mecanismos psicológicos revelados nas categorias de conteúdo, à luz da literatura levam a concluir que o complexo fenômeno do abandono compreende, dentre outros significados, tentativa de superação de questão psíquica fundamental nos TA, tal como encontrado em sua dimensão aditiva, e constitui momento privilegiado do tratamento por nesta dimensão encontrarem-se implicadas a questão abandônica e a angústia de desamparo. Se encontrados como conflitos fundamentais nos TA, portanto constituem objeto do tratamento. Acresce que o endereçamento de tal ato à equipe “pede”, à sua maneira curto-

* Conforme recomendado na literatura atual o uso do termo nas pesquisas a fim de evitar vieses. (*Premature Termination of Treatment*).

† “Addictive behaviour”. Conforme aprofundado no Artigo 2 (Apêndice), Goodman (1990).

‡ Tradução livre.

circuitada, um tratamento dessa questão. Assim, desde que exista possibilidade de ser escutado, tal ato pode encontrar ressignificação encontrando outro destino; podendo encontrar manejo clínico por parte da equipe abre-se a possibilidade de ressignificação desta questão para o paciente, que pode vir a obter deste ato, efeitos terapêuticos.

Para além da dicotomia abandono como negativo ou positivo, frente aos achados, vale considerar que esse fenômeno deve sempre ser esperado pela equipe, fazendo-se necessário prontidão para responder a ele, em cada caso.

E, na medida em que se encontra profundamente associado à psicodinâmica aditiva e abandônica dos transtornos alimentares, em sua ligação com os mecanismos de controle, podemos interpretar que o abandono traz consigo uma demanda de tratamento de tais conflitos psíquicos endereçados à equipe, à maneira como se dão relações perpassadas pela dinâmica da bulimia/anorexia - seja através do abandono, ou das faltas pelas quais ele geralmente se anuncia. Deste modo, o sujeito pode vir a encontrar-se com as vias de sua resolução e por consequência obter melhora do quadro alimentar, a depender do manejo clínico oferecido e do laço construído com a equipe que o ajudem na resolução e atravessamento de tal conflito.

Considerando tal lógica em jogo, é interessante pensá-lo sob a perspectiva dos efeitos de tratamento que podem advir do ato do abandono em diante, no sentido de se manter ou serem produzidos novos ganhos terapêuticos, não visando tão somente permanência. Assim compreendido, tal circuito pode resultar em permanência no tratamento, ou no abandono como melhora ou cura, podendo gerar efeitos terapêuticos, conforme encontrado em nossa amostra e na literatura, nos casos de abandonos como positivos. Em nossa amostra verificou-se que os participantes que seguem necessitando de tratamento e padecendo de tais questões após o abandono são aqueles que não caminharam na resolução de tais questões, demonstrando permanecerem identificados à questão *abandônica* ou mais *assujeitados ao vício*, não tendo encontrado modo de atravessar tais

conflitos psicológicos que refletem na permanência das dificuldades interpessoais e do quadro alimentar.

Quanto aos significados do tratamento, foi apontada a necessidade de espaços nos quais possam falar desses conflitos psicológicos desde que suportados pela aliança terapêutica, uma vez que, sem solucioná-los, dificilmente conseguirão apresentar-se desprovidos dos transtornos.

Recomenda-se que as questões nutricionais e de peso não sejam colocadas como metas, e que as equipes possam refletir junto ao paciente sobre que lugar dar a elas, e em que tempo, dentro da complexidade de cada tratamento, levando em conta sua psicodinâmica. Dentre os transtornos psiquiátricos, os transtornos alimentares têm como particularidade tratar inclusive parte das complicações clínicas dele decorrentes. É interessante advertir para o risco que tais equipes correm, frente à demanda implicada nas questões físicas, de reproduzir o deslocamento para o terreno do somático, típico do adoecimento nestes transtornos, comprometendo sua resposta no campo do tratamento oferecido, para o qual as categorias relativas ao tratamento, chamam a atenção.

A compreensão do fenômeno amplia-se à luz dos achados, que levam a atentar para o risco de supervalorização das questões físicas em detrimento das psíquicas, assim como para a importância da constante discussão a respeito do tratamento e suas expectativas, dentro da equipe e com o paciente, ambos corresponsáveis pelo sucesso ou fracasso do tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24 (Supl 3):73-6.
2. Andrade TF, Santos MA. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2009;12(3):454-68.
3. Valls M, Callahan S, Rousseau A, Chabrol H. Eating disorders and depressive symptoms: An epidemiological study in a male population. *Encephale.* 2013 Sep 30.
4. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl III):7-12.
5. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003 May;41(5):509-28.
6. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry.* 2002;180:509-14.
7. Gracia Arnaiz M. Learning to Eat: Establishing Dietetic Normality in the Treatment of Eating Disorders. *Food, Culture and Society: An International Journal of Multidisciplinary Research.* 2009;12(2):191-215.
8. Gracia Arnaiz M. Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. 12792125. 2010;55(2):219-25.
9. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. *PLoS ONE.* 2008;3(2):e1541.
10. Silva DFA. Histórias de vida com Transtornos Alimentares: Gênero, Corporalidade e a Constituição de Si [Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 2011.
11. Bergen AW, Yeager M, Welch R, Ganjei JK, Deep-Soboslay A, Haque K, et al. Candidate gene analysis of the Price Foundation anorexia nervosa affected relative pair dataset. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord.* 2003 Feb;2(1):41-51.

12. Hinney A, Scherag S, Hebebrand J. Genetic findings in anorexia and bulimia nervosa. *Prog Mol Biol Transl Sci.* 2010;94:241-70.
13. Cui H, Moore J, Ashimi SS, Mason BL, Drawbridge JN, Han S, et al. Eating disorder predisposition is associated with ESRRA and HDAC4 mutations. *J Clin Invest.* 2013 Oct 8.
14. Freud S. Rascunho G – Melancolia (1895). In: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud; 1991a.
15. Lasègue C. Da Anorexia histórica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.* 1998;1(3):158-71.
16. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Dec. 2002 Apr;31(3):290-9.*
17. Dallos R, Denford S. A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2008 Apr;13(2):305-22.
18. Espindola CR, Blay SL. Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. *Jun. 2009 Aug;43(4):707-16.*
19. Sim LA, Homme JH, Lteif AN, Vande Voort JL, Schak KM, Ellingson J. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *Dec. 2009 Sep;42(6):531-9.*
20. Lock J. Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva Psichiatr.* 2010 Sep;51(3):207-16.
21. Cobelo A, Saikali M, Schomer E. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e da bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr Clín.* 2004;31(4):184-7.
22. Cordás TA, Claudino AM. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl III):3-6.
23. Couvreur C. Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In: Brusset BCCFA, editor. *A Bulimia.* São Paulo: Editora Escuta; 2003. p. 15-58.
24. Stein DM, Laakso W. Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders.* 1988;7(2):201-10.

25. Bauman Z. Vida de consumo. 1a. ed. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica; 2008a.
26. Bauman Z. Modernidad Líquida. 9a reimpr ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2008b.
27. Weinberg C, Cordás T. Do altar às passarelas – Da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Anablume Editora; 2006.
28. Becker A. Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Cult Med Psychiatry*. 2004;28(4):533-59.
29. Costa-Pereira ME. Apresentação à "Da Anorexia Histórica". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 1999;1(3):155-7.
30. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions. WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2005 [12 mai 2013]; Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
31. Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP. Anorexia alcoólica atinge dez mulheres a cada homem. Associação Brasileira de Psiquiatria; 2010 [10 jun 2010]; Available from: <http://www.abpbrasil.org.br/medicos/clipping/exibClipping/?clipping=10980>.
32. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-14.
33. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):714-23.
34. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010;375(9714):583-93.
35. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(6):543-8.
36. American Psychiatric Association APADSMF. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.

37. Hoek HW. Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013 Nov;26(6):529-31.
38. Machado PP, Goncalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Dec*. 2013;46(1):60-5.
39. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1259-65.
40. Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico*. 2002;24(Supl III):29-33.
41. Houaiss A. Dicionário Houaiss de língua portuguesa. Versão digital. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=fun%E7%E3o>>. 2013 [29 set 2013].
42. Freud S. A ansiedade. In: Strachey J, editor. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1917a. p. 457-79.
43. Freud S. Luto e Melancolia. In: Strachey J, editor. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1917b. p. 275-91.
44. Freud S. O estado neurótico comum. In: Strachey J, editor. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1917c. p. 441-56.
45. Lacan J. O Seminário. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995.
46. Miller JA. Patologia da Ética. In: Lacan Elucidado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
47. Recalcati M. La última cena: anorexia y Bulimia. Buenos Aires: Ediciones Del Cifrado; 2004.
48. Lacan J. Os Complexos Familiares. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987.
49. Blanco MF. Identidad y Modos de Goce contemporáneos. In: Cuadernos Andaluces de Psicoanálisis. Sevilla. 2000.

50. McDougall J, Fine A. Sobre a bulimia. Entrevista com Joyce Mc Dougall. In: Brusset B, Couvrer AF, editors. *A Bulimia*. São Paulo: Editora Escuta; 2003. p. 185-96.
51. Brusset B. Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. In: Urribarri R, editor. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Editora Escuta; 1999a. p. 51-60.
52. Jeammet P. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: Urribarri R, editor. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Ed Escuta 1999a. p. 29-49.
53. Jeammet P. As condutas bulímicas como modalidade de acomodação das desregulações narcisistas e objetais. In: Urribarri R, editor. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Ed Escuta; 1999b. p. 113-36.
54. Eivors A, Button B, Warne W, Turner K. Understanding the Experience of Drop-out from Treatment for Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*. 2003;11:90–107.
55. Carneiro B, Yoshida E. Alexitimia: uma revisão do conceito. *Psic: Teor e Pesq* [online]. 2009;25(1):103-8.
56. Schevach JVG. Ideias de Bernard Brusset em "Psicopatologia e metapsicologia da dependência bulímica". In: Escuta E, editor. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo 1999. p. 99-112.
57. Guex G. *La neurosis de abandono*. Buenos Aires: Eudeba; 1984.
58. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário da Psicanálise*. 8 ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1985.
59. Brusset B. Conclusões terapêuticas sobre a bulimia. In: Urribarri R, editor. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo Editora Escuta; 1999b. p. 137-48.
60. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana*. 5a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2011.
61. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde* São Paulo: Hucitec; 1999.
62. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? . *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.

63. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage; 1994.
64. Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. Revista Portuguesa de Psicossomática. 2000;2(1):93-108.
65. Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
66. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. Rev Saude Publica. 2005;39(3):507-14.
67. Durkheim E. O que é fato social? As Regras do Método Sociológico. 6 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1972. p. 1-5, 8-11.
68. Malinowski B. Os argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos dos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. 3a ed. São Paulo: Abril Cultural 1984.
69. Fontanella BJ, Campos CJ, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(5):812-20.
70. Brandão H. Analisando o discurso. São Paulo: Fundação Roberto Marinho; Museu da Língua Portuguesa; 2006; Available from: <http://www.fflch.usp.br/dlcv/lport/pdf/brand001.pdf>.
71. Maingueneau D. Novas tendências em análise do discurso. Campinas: Pontes/Unicamp; 1997.
72. Orlandi E. Discurso, imaginário social e conhecimento. Aberto, Brasília. 1994;14(61):53-9.
73. Orlandi E. A linguagem e seu funcionamento. 4a ed. Campinas: Pontes; 2006.
74. Brusset B. Psicopatologia e metapsicologia da adicção bulímica. In: Brusset B, Couvreur C, Fine A, editors. A Bulimia. São Paulo: Editora Escuta; 2003a. p. 137-71.
75. Brusset B. Introdução geral. A Bulimia. São Paulo: Brusset, B., Couvreur, C., Fine, A.; 2003b. p. 7-14.

76. Leavey G, Vallianatou C, Johnson-Sabine E, Rae S, Gunputh V. Psychosocial barriers to engagement with an eating disorder service: a qualitative analysis of failure to attend. *Eat Disord*. 2011;19(5):425-40.
77. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. Nov. 2013 Dec;43(12):2501-11.
78. Dale Grave R, Bartocci C, Todisco P, Pantano M, Bosello O. Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: a lenient approach. *Eur Eat Disord Rev*. 1993;3:166-76.
79. Mahon J. Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What are the Issues? *European Eating Disorders Review*. 2000;8(3):198–216.
80. Vandereycken W, Vansteenkiste M. Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 2009;17(3):177-83.
81. Nordbø RHS, Espeset EMS, Gulliksen KS, Skårderud F, Geller J, Holte A. Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disorders Rev* 2012;20(1):60–7.
82. Espíndola C, Blay S. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. *Ann Clin Psychiatry* 2009;21(1):38-48.
83. Swan-Kremeier LA, Mitchell JE, Twardowski T, Lancaster K, Crosby RD. Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. *Int J Eat Disord*. 2005;38(4):367-70.
84. van Strien DC, van Der Ham T, van Engeland H. Dropout Characteristics in a Follow-Up Study of 90 Eating-Disordered Patients. *Int J Eat Disord*. 1992;12(3):341-3.
85. Zeeck A, Herzog T. Termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *Nervenarzt*. 2000;71(7):565-72.
86. Björk T, Björck C, Clinton D, Sohlberg S, Norring C. What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 2009;17(2):109-19.

87. Schnicker K, Hiller W, Legenbauer T. Drop-out and treatment outcome of outpatient cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(7):812-23.
88. Santonastaso P, Bosello R, Schiavone P, Tenconi E, Degortes D, Favaro A. Typical and atypical restrictive anorexia nervosa: weight history, body image, psychiatric symptoms, and response to outpatient treatment. *Int J Eat Disord*. 2009;42(5):464-70.
89. Fassino S, Abbate-Daga G, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG. Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):203-10.
90. Dale Grave R, Calugi S, Brambilla F, Marchesini G. Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorder patients treated with cognitive behavior therapy. *Psychiatry Res*. 2008;158(3):381-8.
91. Martín Murcia FM, Cangas AJ, Pozo EM, Martínez Sánchez M, López Pérez M. Personality disorders in eating disorder patients. *Psicothema*. 2009;21(1):33-8.
92. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.; 2003.
93. Ringer F, Crittenden PM. Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*. 2007;15:119-30.
94. Tereno S, Soares I, Martins C, Celani M, Sampaio D. Attachment Styles, Memories of Parental Rearing and Therapeutic Bond: A Study with Eating Disordered Patients, Their Parents and Therapists. *Eur Eat Disorders Rev*. 2008;16:49-58.
95. Mahon J, Bradley SN, Harvey PK, Winston AP, Palmer RL. Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: a replication. *Int J Eat Disord*. 2001b;30(2):138-48.
96. Mahon J, Winston AP, Palmer RL, Harvey PK. Do broken relationships in childhood relate to bulimic women breaking off psychotherapy in adulthood? *Int J Eat Disord*. 2001a;29(2):139-49.
97. Hoste RR, Zaitsoff S, Hewell K, le Grange D. What can dropouts teach us about retention in eating disorder treatment studies? *Dec*. 2007;40(7):668-71.

98. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord.* 2003;8(3):181-7.
99. Masson PC, Sheeshka JD. Clinicians' perspectives on the premature termination of treatment in patients with eating disorders. *Eat Disord.* 2009;17(2):109-25.
100. Lasègue C. Da Anorexia Histórica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.* 1999;1(3):155-7.
101. Guex G. *La neurosis de abandono.* Buenos Aires: Eudeba; 1984.
102. Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction.* 1990;85(11):1403-8.

ANEXOS

ANEXO I

APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 02/08/10
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 635/2010 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0493.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “SIGNIFICADOS DO ABANDONO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NA VISÃO DOS PACIENTES: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Flávia Machado Seidinger
INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/07/2010

II - OBJETIVOS

Compreender os significados psicológicos atribuídos ao fenômeno do abandono do tratamento a partir do relato de pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial para anorexia nervosa ou bulimia.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo quantitativo, um projeto de mestrado, onde a pesquisadora visa identificar o fenômeno do abandono do tratamento ambulatorial para anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Serão inclusos pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa e bulimia que tenham interrompido o tratamento clínico no Ambulatório de Transtorno Alimentar do Hospital das Clínicas/UNICAMP. A amostra será fechada por estratégia de saturação dos dados coletados. O procedimento será identificar os pacientes que tenham interrompido o tratamento e contactá-los para participarem da pesquisa, que será feita mediante um questionário, gravação em áudio e transcrição literal das respostas; além da leitura dos registros do ambulatório sobre os casos de abandono e elaboração e análise de diário de campo.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto está muito bem escrito, com um bom embasamento teórico justificando o estudo. Porém apenas gostaríamos de ressaltar que a pesquisadora informou no projeto que não estará delimitando faixa etária para os participantes da pesquisa, é importante atentar-se para que apenas maiores de idade participem da pesquisa, ou que se forem convidar menores de idade, as alterações precisam ser feitas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE encontra-se escrito de forma clara e objetiva, que possibilita fácil entendimento dos convidados. Somente seria importante garantir ao participante da pesquisa que caso ele queira retomar o atendimento dos convidados no ambulatório de transtornos alimentares, que este direito lhe será garantido. A pesquisadora deve mencionar no TCLE que o Comitê de Ética em Pesquisa pode

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



ser contactado em caso de condutas não éticas (o comitê não é co-autor da pesquisa). Não é necessário assinatura de uma “testemunha” no TCLE.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96 e suas complementares, manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima para emissão do seu parecer final.

SITUAÇÃO: projeto com pendências

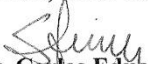
- ✓ *** As pendências deverão ser respondidas preferencialmente no prazo de 10 dias, a partir da data de envio pelo CEP/FCM.**
- ✓ **A resposta deve ser encaminhada pelo Protocolo da FCM em envelope fechado e acompanhado por fora do Formulário de Encaminhamento de Outros Documentos, disponível no *site* do CEP.**
- ✓ **Projetos de Grupo II e III deverão vir em 01 via e de Grupo I em 02 vias.**

* Quando após **60 dias** de ter recebido um parecer pendente, o pesquisador não se manifestar quanto aos quesitos apresentados pelo CEP em seu parecer o projeto será considerado retirado e posteriormente havendo interesse, deverá ser apresentado novo protocolo e reiniciado o processo de registro (Res. CNS 196/96).

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - DATA DA REUNIÃO

VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de julho de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



CEP, 17/08/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 635/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0493.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “SIGNIFICADOS DO ABANDONO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NA VISÃO DOS PACIENTES: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Flávia Machado Seidinger

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/07/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 17/08/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Compreender os significados psicológicos atribuídos ao fenômeno do abandono do tratamento a partir do relato de pacientes que interromperam o tratamento ambulatorial para anorexia nervosa ou bulimia.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo quantitativo, um projeto de mestrado, onde a pesquisadora visa identificar o fenômeno do abandono do tratamento ambulatorial para anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Serão inclusos pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa e bulimia que tenham interrompido o tratamento clínico no Ambulatório de Transtorno Alimentar do Hospital das Clínicas/UNICAMP. A amostra será fechada por estratégia de saturação dos dados coletados. O procedimento será identificar os pacientes que tenham interrompido o tratamento e contactá-los para participarem da pesquisa, que será feita mediante um questionário, gravação em áudio e transcrição literal das respostas; além da leitura dos registros do ambulatório sobre os casos de abandono e elaboração e análise de diário de campo.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem



restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

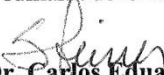
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de julho de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO II

JUSTIFICATIVA DA MUDANÇA DE NOME JUNTO AO CEP

Campinas, 04 de outubro de 2011.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Ciências Médicas

PARECER CEP 635/2010

CAAE: 0493.0.146.000-10

Identificação: "Significados do abandono do tratamento ambulatorial em anorexia nervosa e bulimia na visão dos pacientes: um estudo clínico-qualitativo"

Grupo III

Pesquisador Responsável: Flávia Machado Seidinger

CPF 131060038-47 - RP 06/48097 – RA 075618

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Faculdade de Ciências Médicas – área de concentração: Saúde Mental

Projeto protocolado em 07.07.2010; Emitido parecer “aprovado sem restrições”, após revisão de pendências, homologado por este comitê em 27 de julho de 2010.

Comunicação de alteração

Venho por meio desta, submeter à apreciação deste Comitê a alteração do nome do projeto de pesquisa de Mestrado, em função de necessidade constatada durante a realização da pesquisa em campo. Propõe-se alterar o título do projeto para: *"Significados do abandono do tratamento ambulatorial nos transtornos alimentares na visão dos pacientes: um estudo clínico-qualitativo"*

Justificativa: A alteração do nome de "anorexia nervosa e bulimia" para "transtornos alimentares" deve-se à preocupação com o rigor científico e à fidedignidade dos resultados, o que foi possível verificar-se somente a partir do contato com os sujeitos em campo. A amostra compõe-se de sujeitos que já não se encontram mais em tratamento no serviço (Ambulatório de Transtornos Alimentares – HC Unicamp) justamente por ser critério de inclusão haver abandonado o tratamento. Deste modo, não se pode afirmar que estes relatos hoje nos falem a respeito das experiências de pacientes

ANEXO III
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

1. Conte-me o que representou para você ter um diagnóstico de Transtorno Alimentar.
2. Como foi sua reação diante da ideia de fazer tratamento?
3. Conte-me sobre sua chegada ao tratamento.
4. Você alguma vez foi internada para tratar o TA? (Se sim... Como foi esta experiência?)
5. Como foi a experiência(s) de tratamento ambulatorial?
6. Pensando que o tema desta pesquisa é a interrupção do tratamento, o que você gostaria de contar sobre a sua experiência de interrupção?
7. Em que momento ela ocorreu?
8. O que você entende pela expressão “abandono do tratamento”? (Você considera que a sua interrupção foi um abandono?)
9. Se você fosse recomendar a outras pessoas que tratassem o TA, o que lhes diria? (...ou não recomendaria?)
10. Você considera que há alguma dificuldade em fazer um tratamento para TA?
11. Se tivesse a oportunidade de fazer sugestões a uma equipe sobre o tratamento em TA, o que diria?
12. *O que mais você gostaria de comentar?*

ANEXO IV
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA PARTICIPAÇÃO DE SUJEITOS EM PESQUISA CLÍNICO-PSICOLÓGICA

Instituição: UNICAMP / FCM / DPMP / Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

Projeto: *Significados do abandono do tratamento ambulatorial em anorexia nervosa e bulimia na visão dos pacientes: um estudo clínico-qualitativo*

Pesquisadora: Flávia Machado Seidinger – Aluna da pós-graduação – Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria/ Unicamp

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Telefones: (19) 3521-7206 – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/ FCM/ Unicamp
(19) 3521-8936 – Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ Unicamp

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O objetivo desta pesquisa científica é conhecer e discutir os significados das experiências de pacientes diagnosticados com Anorexia Nervosa ou Bulimia que tenham interrompido tratamento. Para tanto, serão realizadas entrevistas. Como se tratam de questões abertas não se pode prever exatamente o tempo de duração. É previsto o tempo aproximado de 01 (uma) hora, podendo ser tanto mais longa como mais curta e, se necessário, poderá ser feita uma segunda entrevista para complementação. Você será convidado(a) a falar sobre questões abertas propostas pelo pesquisador para que os objetivos deste estudo sejam alcançados.

Garantimos que os registros (gravações e anotações) feitos durante a entrevista ficarão **sob sigilo**, e, portanto, não serão divulgados nem mesmo aos profissionais de saúde que atendem na UNICAMP. Porém, trechos dos relatos identificados por pseudônimos serão estudados por pesquisadores do grupo de pesquisa acima citado, que trabalha construindo conhecimento a respeito das diversas condições emocionais e sociais de pessoas que enfrentam problemas de saúde. Deste modo, em nenhum momento será revelada a identidade dos informantes. Esclarecemos que o relatório final, com citações anônimas ou com nomes fictícios, estará disponível ao público quando o estudo for concluído, o qual poderá ser apresentado inclusive em congressos ou publicado em revistas científicas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você, enquanto entrevistado(a) deste estudo, além, evidentemente, da oportunidade de poder contar livremente e sob sigilo sobre sua vida, suas satisfações e preocupações. Por outro lado, futuramente esperamos melhorias na qualidade dos cuidados prestados aos doentes e à população, quando os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Informamos que este projeto de pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, tendo sido homologada na reunião

do dia ____ / ____ /2010, protocolo número _____. Em caso de qualquer dúvida a respeito das questões éticas deste trabalho, os entrevistados poderão entrar em contato com o citado Comitê pelo email cep@fcm.unicamp.br ou pelo telefone (19) 3521-8936.

Este **TERMO**, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado, sem gastos ou ganhos financeiros diretos para nenhuma das partes. Por meio deste documento, dou *permissão* para que eu seja entrevistado(a) e para que a entrevista seja registrada em gravador de voz.

Fui informado(a) de que as gravações ficarão em posse deste pesquisador para prosseguimento do estudo e também disponíveis a mim se eu quiser ouvi-las. Sei que os resultados do estudo serão divulgados, considerando o conjunto das informações dadas por várias pessoas entrevistadas, sem que meu nome ou de nenhum outro participante apareça associado à pesquisa.

Fui informado(a) de que um técnico poderá fazer a transcrição das falas para texto de computador e que pessoas do Grupo de Pesquisa acima citado poderão conhecer o conteúdo para realizar discussão científica, mas todas estas pessoas também estarão submetidas às normas do sigilo profissional.

Fui informado(a) de que não há riscos previstos para minha saúde, resultantes da participação nesta pesquisa. No entanto, durante a entrevista, sei que poderei ter algumas recordações ou emoções que estavam “guardadas” dentro de mim.

Fui informado(a) de que sou livre para recusar a dar resposta a alguma questão durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação, a qualquer momento, sem que isso represente prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Fui informado(a) de que fica garantido o meu direito de retomar o atendimento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas, em qualquer momento, caso seja de minha vontade.

Por fim, fui informado de que terei oportunidade de perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas elas deverão ser respondidas, ao meu contento, ao final da entrevista.

	NOME:	ASSINATURA:
Pesquisador:	_____	_____
Entrevistado:	_____	_____
Entrevista nº _____	Local: _____	Data: ____ / ____ / ____

ANEXO V
QUADRO 1: CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DA AMOSTRA

PARTICIPANTE	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO (área)	SITUAÇÃO CONJUGAL	DIANÓSTICOS (DSMIV + comorbidades)	TEMPO DE TRATAMENTO (meses)	INTERNAÇÕES PRÉVIAS
1	18	ensino médio incompleto	saúde	solteira	TASOE	16	não tem
2	19	ensino médio incompleto	comércio	solteira (entre a casa da mãe e a do namorado)	AN restr + TPH	15	psiquiátricas
3	19	ensino médio	comércio	solteira	BN +TAG	29 (com uma interrupção e retorno)	clínica
4	23	ensino superior	saúde	solteira	TASOE + TAG	23	não tem
5	25	ensino superior	saúde	mora junto	AN purg	16	não tem
6	29	ensino médio técnico	comércio	casada	BN purg	15	psiquiátricas (leito TA)
7	30	ensino superior	comércio	solteira	AN restr +TPH	32	psiquiátricas e clínicas
8	30	ensino médio	afastamento do trabalho pelo INSS (comércio)	solteira	TASOE + TPH e DM 1	12	clínicas (inúmeras)

ANEXO VI

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A descrição abaixo deve ser lida com o auxílio do Anexo V (Quadro 1), no qual se encontram em detalhes as características descritivas da amostra, permitindo a visualização do perfil de cada um.

Todos os participantes são do sexo feminino, uma vez que no universo estudado – a relação, fornecida pelo serviço, dos casos considerados pela equipe como “abandono” – não existiam pessoas do sexo masculino. Têm entre 18 e 30 anos e, apesar do convite à participação na pesquisa, aleatório, não tê-lo previsto, o grupo estudado apresenta certa homogeneidade na distribuição dentro dessa faixa etária. O mesmo se pode dizer quanto à escolaridade: equitativamente distribuída entre o ensino médio e superior completos, e os dois mais jovens não completaram o ensino médio.

Quanto à orientação religiosa, dois participantes declaram não ter nenhuma crença ou prática religiosa, sendo diversificada a relação com a religião dos seis demais, os que declaram alguma crença: três católicos, um espírita não praticante, um evangélico praticante, e um se declara crente, embora não membro de nenhuma igreja. Nota-se que metade da amostra espontaneamente destacou sua religião como divergente da família.

Quanto à ocupação, a grande maioria tem trabalho, o que foi conquistado mediante as melhoras; exceto um participante, que deixou de trabalhar pela piora no quadro, e devido à permanência de tal gravidade, inclusive comorbidades clínicas até os dias da entrevista, é declarado “incapaz pelo INSS” (sic). A maioria é solteira e sem filhos; uma teve um filho na adolescência, criado pelos pais, como se fosse seu irmão; das três que possuem companheiros: uma é casada e mãe de dois filhos, outra tem uma relação estável sem filhos, e a mais jovem delas oscilava entre o “morar junto”, situação recente, e o voltar para a casa da mãe, com rupturas constantes nesse relacionamento, também sem filhos, mas suspeitando de gravidez quando da entrevista.

Optou-se por apresentar no Quadro 1 como “Questão com a estrutura familiar” os aspectos relativos a: separação dos pais, existência de filhos de outros relacionamentos dos pais ou de um filho sem casar-se, condição de filho adotivo, ou mesmo referência a questões com a família ou um não pertencimento do ponto de vista subjetivo, condições que tenham sido descritas de modo relevante em suas histórias de tratamento e abandono, por vezes ligadas à própria origem dos transtornos.

Os diagnósticos descritos no Quadro 1 (Anexo V), conforme o DSM IV-TR – portanto, feitos previamente ao abandono – de modo coerente com os objetivos do estudo, não foram reavaliados no momento da entrevista e correspondem ao período do qual os participantes falam nas entrevistas; ainda assim, muitas vezes estes possuem representações sobre seu diagnóstico diversas do registrado pela equipe. Também

aleatoriamente, verificou-se certa homogeneidade entre os diagnósticos e seus subtipos no grupo de TA, sendo interessante observar a presença dos quadros atípicos/sem outra especificação (três participantes), bem como Transtornos de Personalidade (três participantes; coincidindo ambas as comorbidades em um deles).

Entretanto, de um grupo onde todas abandonaram, podemos ver, um ano ou mais após o abandono, que são diversas as trajetórias dos sujeitos: optar por não mais tratar-se, como a maioria, ou seguir em outros serviços não especializados, como é o caso de duas delas; uma segue em tratamento em outra cidade, com psiquiatra ambulatorial e suporte clínico em internações recorrentes, segue com o transtorno importante e agravamento crescente das complicações clínicas, não tendo podido reverter perdas do ponto de vista psicossocial que teve com a doença; ao contrário, agravando o quadro e encontrando redução de suas redes, de ajuda, social e ocupacional, posteriormente ao abandono, e outra, ao contrário, significa sua interrupção como “dar-se alta”, informa manter-se bem, tendo sustentado a remissão, o que chama de “estar curada”, tendo, porém, seguido um tratamento para depressão, por demanda própria, meses após a interrupção.

Dos casos em que a questão abandonica se revelou determinante importante do abandono, três são comórbidos com TPH. Três desses participantes possuem histórico de abandono (materno ou paterno) e desestrutura familiar.

Quanto ao tempo de tratamento, observa-se que na amostra não há casos de abandono no início, que poderiam ser considerados não adesão; há três casos do que é chamado na literatura especializada de “abandono tardio” – tendo em vista não somente o tempo de tratamento, de dois anos ou mais –, sendo todo o restante entre um ano e pouco menos de um ano e meio (metade da amostra tinha quinze ou dezesseis meses de tratamento).^{*} É possível inferir que não haja não adesão na amostra, em função do fato de que pessoas que não chegaram a constituir nenhum tipo de vínculo com o serviço não se dispuseram também a refletir e falar sobre o assunto e, portanto, não estão representados.

Finalmente, quanto a internações prévias, o grupo também descreve uma curva normal, na medida em que três não passaram por internações anteriores, e cinco participantes sim, sendo igualmente assim distribuídos os históricos em cada caso: (S2) internações psiquiátricas; (S6) internações psiquiátricas em leito especializado para TA; (S3) uma internação clínica; (S8) inúmeras internações clínicas e (S7) internações psiquiátrica e clínicas.

^{*} Deve-se dizer que essas referências nem sempre são exatas, mas, antes, constituem aproximações. Em alguns casos, pôde ser confirmado pelos prontuários, em outros não, uma vez que as faltas que em geral antecedem os abandonos tornam as evoluções interrompidas e com grandes lacunas; também sucede que certos sujeitos informam um tempo subjetivamente registrado, que não corresponde ao registrado, porque podem incluir outros atendimentos no HC até que tenham chegado ao ambulatório especializado, porém que são contados como parte do tratamento ambulatorial para TA, sendo válidos como dado numa pesquisa qualitativa que trabalha com experiências subjetivadas. Os casos onde dúvidas permaneceram após consulta a prontuários foram resolvidos submetidos à coordenação do serviço, que informou a partir de seus registros em prontuário.

É curioso notar que a maioria trabalha ou trabalhou no ramo “alimentar”, seja no comércio, ou na área de Saúde, e no mesmo sentido, um participante menciona seu desejo de cursar Faculdade de Gastronomia.

Sobre os casos S1 e S2, vale comentar que ambos interromperam os estudos durante o período de doença e tratamento. S1, em fase de recuperação de alguns prejuízos sociais desse período e mais estável e com melhora da autoestima desde que passou a namorar, pouco antes de abandonar o tratamento, fala da intenção de concluir o 2º grau, sendo retomado no momento da entrevista com o intuito de cursar Gastronomia, pretendendo ter um restaurante. Já S2, em função de internação prolongada, abandonou tanto o tratamento ambulatorial quanto os estudos, declarando não pretender retomar nenhum deles e nem as práticas religiosas também abandonadas, explicitando, em sua entrevista, seu ceticismo em relação às instituições: familiares, hospitalares, religiosas, até os amigos, de quem passou a “desconfiar” o que é digno de nota. Outro participante, o único que ao significar seu abandono como “dar-se alta” por estar curada, não reconhecido pela equipe naquele momento, porém que ela própria entende por abandono definindo-o pela decisão unilateral. Havia concluído há pouco o 2º grau, mantinha o emprego obtido e revelou a intenção de cursar Faculdade de Psicologia. Tal remissão se sustenta até os dias atuais (sic) inclusive seguindo tratamento para depressão, e pareceu factível pelo que seu discurso revela de sua posição subjetiva e relação com a comida, na entrevista.

