

# Tomando a anorexia nervosa como objeto de estudo socioantropológico: aproximação com os sujeitos da pesquisa

## Taking anorexia nervosa as an object of socio-anthropological study: approach with the research subjects

Priscila da Silva Castro<sup>1</sup>  
Elaine Reis Brandão<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*  
Priscila da Silva Castro  
E-mail: pricastronut@gmail.com

### Resumo

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar que atinge principalmente adolescentes e jovens do sexo feminino. Embora a relação com o corpo e os alimentos esteja sempre presente ao se abordar a doença, por ser concebida como um transtorno de ordem psiquiátrica, muitas vezes sua compreensão fica restrita ao campo da saúde mental. Por meio de um estudo etnográfico com adolescentes em tratamento para anorexia nervosa em um serviço público de saúde de referência na cidade do Rio de Janeiro, pretende-se conhecer o funcionamento cotidiano dessa instituição e demonstrar como a compreensão da doença pode ser enriquecida por outros olhares disciplinares e das próprias adolescentes. O artigo apresenta uma primeira aproximação ao campo e aos adolescentes pesquisados, perpassando a construção do campo da pesquisa e “conversão” da nutricionista em antropóloga. Tal conversão se fez necessária para, dentre outras questões, captar a tensão existente dentro do serviço de saúde eleito entre profissionais de saúde, familiares e adolescentes.

**Palavras-chave:** Anorexia Nervosa. Adolescente. Serviços de Saúde do Adolescente. Ciências Sociais. Saúde Coletiva. Etnografia. Antropologia Cultural.

### Abstract

Anorexia nervosa is an eating disorder that mainly affects adolescents and young women. Although the relationship with body and food is always present when addressing the disease, as

it is conceived as psychiatric disorder, often their understanding is limited to the field of mental health. Through an ethnographic study with adolescents in treatment for anorexia nervosa in a public health reference service in the city of Rio de Janeiro, it is intended to meet everyday functioning of the institution and demonstrate as understanding the disease can be enriched by other disciplinary viewpoints and by adolescents themselves. This paper presents a first approach to the field and adolescents surveyed. It also deals with the construction of the field of research and the “conversion” of nutritionist in anthropologist. Such a conversion was needed for, among other issues capture the tension within the health service chosen among health professionals, families and adolescents.

**Key words:** Adolescent. Adolescent Health Services. Social Sciences. Public Health. Ethnography. Anthropology Cultural.

## Introdução

Os transtornos alimentares (TAs) são doenças graves e por vezes são descritos como quadros psiquiátricos que atingem sobretudo adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo gerar consequências orgânicas e psíquicas com morbidade e mortalidade elevada.<sup>1,2</sup> São doenças crônicas, de difícil tratamento, com desdobramentos para o estado nutricional do indivíduo, podendo favorecer tanto a desnutrição quanto a obesidade.<sup>3</sup> Expressivamente mais comuns em mulheres (90%) do que em homens (10%),<sup>4</sup> relacionam-se com a maneira como o sujeito vivencia seu corpo e (re)organiza sua imagem corporal.<sup>5</sup>

Embora não se saiba ao certo como esses fatores vão atuar no desencadeamento dos TAs, sabe-se que possuem origem múltipla, com aspectos psicológicos, biológicos, socioculturais, genéticos e familiares relacionados a sua gênese.<sup>1,3,6</sup>

Nos últimos anos, vem ocorrendo um crescimento importante tanto na prevalência quanto na incidência desses transtornos na América Latina, com coeficientes superiores aos encontrados nos EUA.<sup>7</sup> No Brasil, ainda são escassos os estudos de base populacional que consideram o problema na população sob risco. As poucas evidências científicas disponíveis procedem de estudos clínicos, os quais, por suas características, não permitem análises epidemiológicas que auxiliem a compreensão dos determinantes e que propiciem comparações com outros contextos sociais de modo a possibilitar a orientação de intervenções.<sup>7</sup>

Entre os principais transtornos alimentares, encontra-se a anorexia nervosa (AN), que apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos no mundo, em torno de 0,56% ao ano na população. Este valor é cerca de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral.<sup>8</sup>

AAN é caracterizada pela recusa do indivíduo em manter um peso adequado para sua estatura, medo intenso de ganhar peso, recusa alimentar associada a uma distorção da imagem corporal e negação da própria condição patológica. Há também uma busca incessante pela magreza e amenorreia.<sup>1,9</sup>

A distorção da imagem corporal pode agravar-se de tal forma que, mesmo muito emagrecidos, os sujeitos podem sentir-se “gordos”.<sup>10</sup> Muitas vezes, os familiares só se dão conta do problema quando o emagrecimento torna-se acentuado, pois a realização de dietas em muitos contextos é valorizada.<sup>11</sup>

No entanto, os sintomas sugestivos de TA e a insatisfação com a imagem corporal podem representar fatores de risco importantes para o desencadeamento da AN. Além disso, as formas parciais dos TAs podem chegar a ser duas vezes mais prevalentes do que as síndromes completas, com consequências relevantes em termos de sofrimento para o sujeito e seus familiares.<sup>12</sup>

## Anorexia nervosa na contemporaneidade

O culto ao corpo e à beleza não são exclusividades do mundo pós-moderno, pois sempre estiveram presentes nos diferentes períodos da história e nas diversas culturas, diferenciando classes sociais, modos alimentares, vestuários e cuidados com o corpo e a saúde.<sup>13</sup> A partir da segunda metade do século XIX, que é o período de início do diagnóstico de AN, a magreza é estabelecida como um sinal de prestígio e status social, o que desqualificou o corpo gordo e pesado, que passou a representar a vulgaridade.<sup>14</sup>

A beleza varia de acordo com etnia, idade, nível social, sociedades, culturas e também com o “gosto” individual. Hoje, porém, a beleza corporal tem sido vinculada a um padrão estético propagado pelos meios de comunicação, que conferem ao corpo magro um valor simbólico.<sup>15</sup> Nesse contexto, cabe ressaltar que as dietas alimentares, os exercícios físicos e as cirurgias plásticas são amplamente estimulados pelos diferentes meios de comunicação, que informam qual é o corpo socialmente aceito, o que vestir em cada corpo, o que fazer para estar na moda e assim obter sucesso e admiração de todos.<sup>16</sup>

Atualmente, o corpo e a beleza padronizados servem como referência para saúde e qualidade de vida, criando a crença de que por um corpo belo se obtém também a realização individual.<sup>15</sup> A

visualização de corpos magros ou musculosos no cotidiano, veiculados pelos meios de comunicação, faz com que os indivíduos tenham dificuldade em reconhecer a beleza em sua singularidade e diversidade, sem se atrelar a padrões estéticos inatingíveis.<sup>17</sup> Assim, “sentir-se gorda” tem sido muito comum entre as mulheres, independentemente da existência ou não de um TA, pois com um padrão corporal tão difícil de ser alcançado é crescente o número de mulheres insatisfeitas com a própria imagem corporal.<sup>18</sup>

Na modernidade, o corpo torna-se o foco do poder, que o submete à disciplina interna do autocontrole, produzindo “corpos dóceis”. Esse corpo dócil pode ser submetido, utilizado, transformado e manipulado.<sup>19</sup> Por todas as modificações de que é alvo, Rodrigues<sup>20</sup> compara o corpo a uma massa de modelar, no qual a sociedade imprime diferentes formas e padrões segundo sua vontade.

De acordo com Le Breton,<sup>21</sup> não se pode mais aceitar o corpo que se tem, é preciso completá-lo ou transformá-lo naquilo que se quer que ele seja. Mas as adaptações às exigências do mundo moderno podem tornar-se uma tarefa impossível, que exige trabalho constante sobre o corpo num percurso sem fim.

Sobre toda a pressão de que os indivíduos são alvo, salienta-se que a mídia muitas vezes se insere no contexto cultural de promoção dos TAs.<sup>22</sup> Além disso, há um mercado em crescimento que sobrevive da valorização e manutenção da aparência, com uma infinidade de produtos e estratégias que transformam o corpo em um cartão de visitas ambulante.<sup>23</sup> As pessoas procuram melhorar sua própria identidade atingindo aquilo que é culturalmente valorizado, e o tempo e trabalho investido reproduzem o valor desses bens.<sup>24</sup>

A busca por esse ideal, inatingível para muitos, tem conduzido principalmente as mulheres a adoção de comportamentos alimentares desviantes e práticas inadequadas de controle de peso.<sup>17</sup> Para Le Breton,<sup>23</sup> a atenção desmedida que dedicamos ao corpo não é, de forma alguma espontânea, mas uma resposta aos imperativos sociais, pois o corpo ocupa na modernidade o lugar privilegiado no discurso social.

Os TAs recebem destaque pelo grau em que são associados aos fatores socioculturais.<sup>25</sup> As crenças relacionadas à AN podem diferir entre as culturas e seus portadores podem explicar a sua auto-inanição conscientemente, por meio de diferentes normas culturais e sistemas de crenças.<sup>26</sup> Além disso, a AN já não pode ser restrita às mulheres de raça/etnia branca e classe média/alta, pois há um aumento de casos notificados entre mulheres negras,<sup>27</sup> classe socioeconômica e grupos étnicos diferentes, bem como em homens nas sociedades ocidentais.<sup>28</sup>

No entanto, não se pode negar a influência da mídia, incluindo a internet,<sup>27</sup> e sua relação com a ocorrência de AN com motivações similares às do Ocidente em outras culturas (com *fat fobia*, desejo de atingir um ideal de magreza/beleza), antes tidas como protegidas por suas crenças culturais.<sup>25</sup>

Lee<sup>29</sup> ressalta que o papel dos meios de comunicação em relação aos TAs devem ser estudados em conjunto com as rápidas mudanças socioeconômicas que configuram a vida e preocupações diárias dos jovens. No Brasil, Gonzaga & Weinberg<sup>28</sup> demonstraram ser crescente o número de pacientes com TA entre a população de baixa renda, que utilizam os ideais de beleza das classes mais elevadas para se inspirar. Para Weinberg,<sup>30</sup> essa constatação reflete a realidade brasileira e demonstra que a AN está se modificando, contrariando posições clássicas de que ela teria uma relação direta com riqueza e abundância.

Homens e mulheres são bombardeados diariamente por apelos dos diferentes meios de comunicação. No entanto, cada gênero reage aos apelos de modos distintos, embora exista um número maior de informações direcionadas ao público feminino. As mulheres, de uma maneira geral, são mais vulneráveis à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos.<sup>31</sup>

No entanto, preocupações relativas à imagem corporal também estão ocorrendo entre os homens.<sup>32</sup> Mas em geral, os homens percebem seus corpos com menos distorção. Alguns trabalhos vêm mostrando a extrema preocupação dos jovens com a forma física e a massa corporal, e não propriamente com o peso.<sup>33</sup> No entanto, alguns grupos de homens apresentam maiores chances de desenvolver um TA, destacando-se aqueles cujas profissões estão ligadas a uma preocupação exagerada com o peso ou a forma corporal e os homossexuais. Andersen<sup>34</sup> destaca que a magreza, a forma do corpo e os músculos trabalhados são muito valorizados pelos homossexuais, o que pode torná-los mais susceptíveis a esse transtorno.

Inserido entre os aspectos que contextualizam a AN como um fenômeno da modernidade está o movimento pró-ana (ana é o apelido dado à AN em comunidades da internet) ou pró-anorexia. Giles<sup>35</sup> destaca que a comunidade pró-ana é um fenômeno social exclusivo da era da Internet, e que sem a mesma não poderia existir, não tendo equivalente *off-line*.

Sites pró-anorexia são um espaço para divulgação de informações sobre os TAs (onde é possível aprender técnicas para perda de peso, como esconder o transtorno dos pais e profissionais de saúde, e apoiar aqueles em dietas de privação), principalmente a NA, e possuem o objetivo de criar uma comunidade em que o senso de coletividade é construído precisamente através do corpo.<sup>36</sup> Esses sites oferecem apoio aos indivíduos, permitindo a perpetuação do TA, na ausência de supervisão e tratamento.<sup>37</sup>

Para as participantes dos grupos “pró-ana”, a condição de anoréxica representa uma forma de estabilidade e controle, e um estado a ser mantido.<sup>38</sup> É um estilo de vida, ao qual qualquer um pode aderir, realizado intencionalmente como parte de uma identidade e uma maneira de vencer a resistência às teorias médicas e sociais acerca da doença.<sup>37</sup>

Os participantes desse movimento muitas vezes vivenciam conflitos domésticos com seus familiares acerca de seus hábitos alimentares, o que resulta em baixos níveis de apoio social dentro de casa, e assim passam a buscar apoio em comunidades *on-line*.<sup>39</sup> Cabe lembrar que os frequentadores de sites pro-ana descrevem sua identidade de forma positiva e são mais resistentes à recuperação; a visita a esses sites também se correlaciona com uma demora na procura de tratamento.<sup>37</sup>

Ainda há muito a esclarecer e os resultados encontrados nos diferentes estudos em diversas culturas podem parecer confusos, mas já são suficientes para questionarmos se a AN é uma doença do mundo ocidental, da Modernidade ou decorrente de um único fator.<sup>30</sup>

### **Anorexia nervosa e adolescência: vulnerabilidade e autonomia**

Embora o perfil dos indivíduos que desenvolvem AN esteja cada vez mais heterogêneo, com diagnósticos realizados em pré-adolescentes, em pessoas de níveis econômicos mais baixos, em países em desenvolvimento e em diferentes grupos sociais,<sup>1,3</sup> os adolescentes continuam recebendo destaque.

Segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>40</sup> (OMS, acesso em 2012), adolescente é a fase da vida entre 10 e 19 anos de idade. A nomeação de uma fase definida do desenvolvimento humano, demarcada por transformações biofisiológicas, psicológicas e sociais, é uma construção histórica e social que se consolidou durante o século XX.<sup>41</sup> A adolescência é reconhecida como o período de transição entre a infância e a idade adulta.<sup>16</sup>

A literatura aponta que a AN atinge principalmente adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens.<sup>1,6</sup> De acordo com Appolinário & Claudino<sup>6</sup> e Schmidt & Mata,<sup>9</sup> em sua forma mais esperada, a doença ocorre sobretudo na faixa etária entre 14 e 17 anos, podendo surgir, tanto precocemente (aos 10 ou 11 anos), quanto tardiamente.

A adolescência é um período de grandes mudanças físicas, emocionais e intelectuais, bem como de mudanças nos papéis sociais, relações e expectativas, que são muitas vezes confusas para os adolescentes e também para sua família. As rápidas mudanças físicas que ocorrem neste momento podem gerar preocupação com a imagem corporal, tendo como consequência um alto nível de descontentamento e insatisfação com o corpo.<sup>42</sup> Assim, adolescência é um período que exige uma readaptação à imagem corporal, acompanhada de transformações e preocupações com a nova forma e o novo peso do corpo.<sup>5</sup> Nesse período, além de ser comum a elevada prevalência de insatisfação com a imagem corporal, há também um aumento no número de casos de AN e BN.<sup>43</sup>

A adolescência é a faixa etária mais vulnerável também por ser mais influenciada pelos padrões estéticos corporais vigentes.<sup>43</sup> As adolescentes insatisfeitas com seus corpos frequentemente adotam

comportamentos alimentares desviantes e práticas inadequadas de controle de peso, ficando expostas a um maior risco para o desenvolvimento de TA quando comparadas às adolescentes satisfeitas com sua imagem corporal.<sup>44</sup>

De acordo com Taquette e colaboradores,<sup>45</sup> observamos atualmente um prolongamento da adolescência, que pode ser evidenciado pelo início precoce da puberdade, por um maior tempo de escolarização e pelo adiamento da entrada no mercado de trabalho. Segundo os autores, os adolescentes que procuram os serviços de saúde são socialmente distintos e impõem ações específicas que podem gerar conflitos bioéticos, éticos e legais.

É reconhecido que os indivíduos com AN não costumam procurar tratamento,<sup>46</sup> mas em se tratando de uma doença que atinge especialmente adolescentes, essa questão ganha outros desdobramentos. Os adolescentes constituem uma faixa etária reconhecida por pouco considerar os recursos profissionais em seus processos de busca de ajuda.<sup>47</sup> Os adolescentes formulam um modelo explicativo que entende as aflições como produtos do mundo social. Assim, se as causas de desconforto são resultado de interações sociais, a restituição de bem-estar deve-se dar sobre essas mesmas relações e de modo independente do mundo adulto.

Em estudo de Martínez-Hernández & Muñoz,<sup>47</sup> os adolescentes percebiam que os aspectos que os adultos consideravam problemáticos em suas vidas necessariamente correspondiam às preocupações dos próprios adultos (pais, mães, professores/profissionais), não considerando as questões e os anseios dos adolescentes. Da mesma forma, os discursos médicos no hospital não necessariamente definem as construções das adolescentes sobre si mesmas, sobre a AN, o tratamento ou suas relações com a equipe de saúde. No contexto hospitalar, o discurso médico é dominante. Assim, as estratégias utilizadas pelas adolescentes incluem seguir o tratamento corretamente para conseguir alta e então poder voltar às práticas da anorexia; ou resistir à ajuda e ao discurso dominante, tentando reafirmar suas ações anoréxicas. Reconhecer as diferenças individuais entre as pacientes, respeitando os significados que atribuem a sua condição, é central para a aliança terapêutica no tratamento da AN.<sup>48</sup>

Diversas questões na atenção ao adolescente com AN são controversas e faltam evidências para tratamentos clinicamente eficazes. Portadores de TA têm sido reconhecidos por representar um grupo de consumidores de cuidados de saúde entre os quais a insatisfação tende a ser elevada, o que pode ser agravado pela postura do usuário em relação à doença, pois em geral há ambivalência entre querer se tratar ou não, o que pode determinar a oposição ao tratamento. Os pais, no entanto, são geralmente relatados como sendo mais satisfeitos com o tratamento recebido do que suas filhas adolescentes, mesmo quando os resultados são bons.<sup>46</sup>

O aspecto mais difícil da gestão da AN é provavelmente envolver a pessoa em um tratamento. Isto porque o sujeito não aceita que algo está errado, o que está em contraste às preocupações das

pessoas próximas,<sup>49</sup> e também porque são relutantes devido aos aspectos positivos que recebem da doença.<sup>50</sup> Por um lado, a anorexia é vista como um caminho para alcançar os resultados desejados e por outro, como uma doença, que afeta negativamente a saúde e a vida da pessoa e de sua família. Assim, pessoas com anorexia muitas vezes se sentem ambivalentes sobre se desejam mantê-la ou recuperar-se.<sup>50</sup>

Os TAs costumam ser entendidos pelo público leigo e por vezes pelos profissionais de saúde como uma dieta de emagrecimento que passou dos limites por questões de vaidade.<sup>49</sup> É surpreendente que indivíduos que aceitam o tratamento muitas vezes se sintam incompreendidos pelos profissionais de saúde que os atendem e busquem apoio e conforto das únicas pessoas que sentem que podem entendê-los, ou seja, aquelas com AN.<sup>51</sup>

O tratamento da AN por meio da internação é por vezes malsucedido, com muitos pacientes abandonando o tratamento ou tendo repetidas admissões. Tais regimes são apontados como sendo reducionistas porque se centram, em grande parte, no aumento de peso, sem considerar outros aspectos relacionados à doença.<sup>48</sup> Muitas vezes, os indivíduos com AN não buscam tratamento justamente por medo de serem obrigados a ganhar peso ou ter seu sentimento de autocontrole removido.

A hospitalização é o principal modo de tratamento da AN quando o indivíduo está medicamente comprometido, e a realimentação é vista como o passo inicial e essencial nesse processo. Porém, muitas vezes os adolescentes perdem o peso que ganharam no hospital logo após a alta.<sup>48</sup> Nesse sentido, os profissionais de nutrição tem papel central, pois às vezes o alimento é apresentado de forma redutora no hospital. Os indivíduos hospitalizados são privados de todas as condições que deixam as pessoas com fome: o cheiro de boa comida, sua apresentação atraente, boa companhia e atividade física para aumentar o apetite.

A contradição da realimentação hospitalar é que ela impede justamente o objetivo final que o tratamento busca alcançar: Fazer com que os portadores de anorexia tenham um comportamento alimentar “normal”. Boughtwood & Halse<sup>48</sup> não negam que algumas meninas estão fisicamente comprometidas ao entrar no hospital e que a rigorosa realimentação seja talvez o primeiro passo desse tratamento; salientam, no entanto, que não é desejável que essa estratégia continue indefinidamente, o que ocorre em muitos casos.

Nos cuidados de saúde com pacientes adolescentes, a história clínica, os hábitos alimentares, os traços de personalidade e a percepção da imagem corporal devem servir de alerta para a equipe de saúde. A intervenção precoce pode reverter o processo da doença, pois, ao contrário do que se acredita, a maioria das crianças e adolescentes com AN se recupera, mesmo entre os que são considerados cronicamente doentes.<sup>52</sup>

## A anorexia nervosa na adolescência e a abordagem socioantropológica

Existem ainda muitas lacunas no que se refere ao estudo dos TAs, mais especificamente da AN, no campo das ciências sociais e da saúde coletiva, no Brasil. O aumento da incidência de AN em todo o mundo<sup>53</sup> evidencia sua importância como problema de saúde coletiva e até o momento, as políticas públicas de saúde no país não dão conta de sua gravidade e abrangência na população brasileira.<sup>7</sup>

A diversidade e severidade dos sintomas, a ausência de intervenções preventivas e a insuficiência de serviços especializados geram demandas importantes para os serviços de saúde, com gastos desnecessários, ações frequentemente ineficazes e tratamentos isolados, que negligenciam os elementos simbólicos e o entorno social. Para enfrentar a questão, faz-se necessário um olhar que seja capaz de articular os pressupostos biomédicos com os sociais.<sup>7</sup>

Poucos esforços têm sido empregados para se estabelecer empiricamente os significados que os sujeitos com AN atribuem a seu comportamento,<sup>54</sup> bem como aos processos sociais de circulação e recepção dos padrões corporais, e de como estes estariam envolvidos no desenvolvimento e manutenção da AN.<sup>55</sup> Destaca-se, ainda, que há poucas etnografias sobre os diferentes aspectos que envolvem a AN.<sup>56</sup>

Pretende-se desvelar os sentidos que os indivíduos imprimem a uma experiência tão intrigante, e por vezes assustadora, como a AN. Trata-se de uma contribuição no sentido de avançar o conhecimento sobre esse transtorno no campo das ciências sociais em saúde no Brasil. A pesquisa em curso tem como tema de estudo a anorexia nervosa entre adolescentes, ao envolver uma etnografia de um serviço público de saúde especializado no atendimento aos TAs na cidade do Rio de Janeiro como um primeiro momento de aproximação ao objeto de estudo. Neste artigo, discutem-se alguns aspectos da aproximação ao campo, a partir de uma perspectiva etnográfica.

Considera-se que um serviço público de saúde de referência constitui a face legitimada, visível, onde os TAs obtêm reconhecimento oficial, acolhimento e tratamento, e seus portadores, uma identidade social como tal. A imersão no universo do sujeito anoréxico implica uma aproximação à realidade de sofrimento e angústia, enquanto uma dimensão importante da doença, que tem sido subaproveitada.<sup>57</sup>

A pesquisa tem por objetivos conhecer, do ponto de vista socioantropológico, a dinâmica de funcionamento cotidiano de um serviço público de saúde especializado no atendimento aos transtornos alimentares, bem como o processo de adoecimento vivenciado por adolescentes que enfrentam publicamente a anorexia nervosa. Trata-se de um estudo socioantropológico que inclui uma etnografia de uma instituição de saúde, o que exige longo acompanhamento deste serviço, por meio da observação participante.<sup>58,59</sup> Isso inclui a participação nas atividades diárias de assistência às adolescentes, conforme autorização concedida para o estudo.

De acordo com tal abordagem, os comportamentos humanos só podem ser compreendidos e explicados se tomarmos como referencial o contexto social onde eles atuam. Cabe ao pesquisador examinar os diferentes aspectos da vida do grupo social estudado, por meio do trabalho de campo intensivo, auxiliado por observações diretas, de modo que seu conhecimento seja baseado no confronto entre suas hipóteses e observações.<sup>59</sup>

Essa metodologia permite ao pesquisador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo ligações entre fenômenos específicos e uma dada visão de mundo.<sup>59</sup> Para Malinowski, antropólogo fundador do método etnográfico, era necessário viver com as pessoas que estavam sendo estudadas e participar o máximo de suas vidas. Nesse método, a permanência no campo era essencial para que o etnógrafo se familiarizasse totalmente com o modo de vida local.<sup>60</sup> No contato com as usuárias dentro do serviço de saúde, os procedimentos habituais que integram uma etnografia estão sendo utilizados: conversas informais, observação participante, registros de saúde, dentre outras documentações.<sup>58,59</sup>

A observação na pesquisa compreende o “exame” de uma pessoa ou grupo de pessoas dentro de um contexto específico, com o objetivo de descrevê-los. Difere de qualquer outra observação por ser direcionada para a descrição de uma problemática anteriormente definida, exigindo treinamento específico<sup>59</sup>. A observação participante é considerada a principal ferramenta de uma pesquisa etnográfica, onde se busca captar o ponto de vista dos pesquisados.<sup>60</sup>

A importância da observação no trabalho de campo reside no fato de que um número considerável de elementos não poderia ser apreendido unicamente pela fala ou por documentos escritos, mas precisam ser observados em sua plena realização.<sup>61</sup>

Este estudo foi aprovado (CAAE: 04846312.6.0000.5286) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/IESC/UFRJ) e está sendo desenvolvido com adolescentes e jovens com idades entre 12 e 20 anos, de ambos os sexos, contatados por meio de uma instituição pública de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Na investigação, em um segundo momento, tem sido realizada a aproximação com algumas adolescentes contatadas no serviço de saúde, para realização de entrevistas. A escolha das adolescentes se deve ao fato de ser o grupo etário mais atingido, onde a incidência da AN vem aumentando.<sup>28,53</sup>

Nesse contato com as adolescentes, elas são formalmente entrevistadas, mediante um roteiro semiestruturado, em sala reservada no serviço de saúde, fora do espaço de circulação da equipe e sem a presença de familiares ou responsáveis, para manter privacidade e condições adequadas a uma boa entrevista. Em uma etnografia, as entrevistas não podem ser consideradas de forma isolada, fora do contexto da pesquisa; é preciso ficar claro que elas devem sempre dialogar com a observação participante e com a documentação escrita. Elas são longas, aprofundadas e gravadas com consentimento dos entrevistados.<sup>58</sup>

Em geral, as adolescentes frequentam o serviço de saúde onde o estudo acontece acompanhadas de seus familiares, pais ou responsáveis. Mas tem-se notado grande constrangimento e silêncio destas frente aos profissionais de saúde que as atendem na presença dos pais. Na adolescência, verifica-se uma incidência significativa de situações conflituosas, em que as normas estabelecidas se revelam insuficientes para responder com clareza às interrogações éticas. Toda pesquisa a ser realizada com menores de 18 anos necessita de consentimento por escrito de seu responsável. A obrigatoriedade deste é muitas vezes dificultada pela ausência dos pais ou porque o jovem não se sente à vontade ou simplesmente não deseja revelar informações confidenciais.<sup>45</sup>

Assim, valorizou-se sobremaneira que a entrevista com as portadoras de AN fosse feita sem a presença de seus responsáveis, com relativa autonomia dos sujeitos de pesquisa, e que não dependessem do consentimento dos pais, que poderiam intervir no contexto de pesquisa de modo desfavorável à manifestação espontânea de suas filhas. Salienta-se que, após longo debate entre as autoras e o CEP, o argumento de que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deveria ser assinado pela/o adolescente e não pelos responsáveis foi acatado, favorecendo o vínculo pesquisadora-sujeito de pesquisa, sendo o contato, autorização e entrevista realizados pessoalmente com as adolescentes.

O recrutamento é feito diretamente com as adolescentes na sala de espera, enquanto aguardam o atendimento. Assim, longe da presença da equipe de saúde, evita-se o constrangimento caso não tenha interesse em participar da pesquisa. Caso a adolescente aceite participar, a entrevista é feita no mesmo dia, ao final de seus atendimentos com a equipe de saúde ou em sua próxima visita ao serviço. São realizadas em sala reservada, onde conversam apenas a pesquisadora e a entrevistada.

A entrevista transcorre como uma conversa e, embora haja um roteiro de questões, essas não são fixas, de modo que as adolescentes tenham liberdade para falar daquilo que é importante para elas e não fiquem preocupadas em dar “respostas corretas”. Nesse momento, são inicialmente abordados aspectos que visam delinear suas características sociodemográficas, como: escolaridade, composição e renda familiar, cor da pele autorreferida, local de moradia e religião.

Ao iniciar a conversa, a adolescente tem liberdade para falar sobre si mesma, o que gosta de fazer, como chegou até o serviço de saúde, dentre outras questões que buscam compreender como essa adolescente entende o que tem acontecido com seu corpo e sua saúde e como se relaciona com o diagnóstico recebido a partir de sua entrada e tratamento num serviço de saúde que é referência em transtornos alimentares. O roteiro incorpora ainda questões sobre relações da adolescente na escola, na família, com parceiros afetivo-sexuais e em outras redes de sociabilidade por ela valorizadas.

## Pesquisadora em campo

A realização desta pesquisa etnográfica tem sido um exercício árduo, pois foi preciso conciliar duas identidades: a de pesquisadora – que se inicia no método antropológico – e a de nutricionista. A rotina da pesquisadora no ambulatório foi se definindo pela reunião da equipe de saúde logo cedo (onde são discutidos os casos do dia) e, posteriormente, a alternância entre observação da sala de espera e assistir a consultas dos clínicos e da nutrição.

O fato de estar observando o atendimento até hoje não é bem compreendido. Por vezes, os profissionais de saúde foram até a pesquisadora na sala de espera e perguntaram o que ela estava fazendo lá. A mesma esclarece que está anotando detalhes da rotina, observando as interações entre as pessoas e a resposta é sempre bem aceita.

Como as observações da sala de espera se iniciaram mais tarde, a pesquisadora já conhecia muitas das adolescentes e seus responsáveis pelas consultas, e também pela visão dos profissionais de saúde, por meio das reuniões de equipe. Assim, a sala de espera se tornou um complemento essencial para as observações e anotações que já havia feito em seu diário de campo.

Uma questão que preocupou a pesquisadora inicialmente foi sua identificação como nutricionista. Mesmo ressaltando a importância de ser reconhecida como pesquisadora, os profissionais nunca a apresentam aos adolescentes como tal. Sua formação profissional pode muitas vezes ser interpretada negativamente, pois a relação dos usuários com as profissionais de nutrição nem sempre é amigável, havendo casos de pacientes que fogem da consulta, que choram para não entrar no consultório ou que simplesmente afirmam só aceitar o tratamento se não precisar passar pela nutrição. Ao mesmo tempo, a pesquisadora assume a dificuldade que possui de sair dessa posição. Tanto nas reuniões, quanto nas consultas, é difícil modificar o tipo de escuta que é preciso ter ou identificar o que deve ser observado<sup>62</sup>, fundamentalmente nas consultas de nutrição.

A convivência da pesquisadora com a equipe de saúde do ambulatório de TA é amigável, embora a relação com eles se resuma mais especificamente ao contexto das reuniões e consultas, pois não existem muitas oportunidades de conversas informais com os profissionais durante o período de atendimento. Todos estão cientes da sua formação profissional e do fato de ela ser uma doutoranda fazendo uma pesquisa com adolescentes que sofrem de AN. De modo geral, não a questionam muito, embora transpareça que alguns membros da equipe se sintam curiosos.

O trabalho de campo e o contato com as adolescentes nesta investigação duram mais de um ano e meio, no intuito de consolidar o vínculo construído na interação no serviço de saúde. O “sucesso” do trabalho de campo etnográfico está muito ligado à relação social que o pesquisador estabelece com seus informantes, sendo a qualidade dos dados obtidos muito dependente dessa relação. Por isso, o pesquisador deve buscar estabelecer uma relação próxima, de confiança e baseada em princípios éticos com seus pesquisados.<sup>59</sup>

Acredita-se que gradativamente, na convivência que o trabalho de campo faculta, o pesquisador pode ir se aproximando dos profissionais de saúde e das usuárias, conhecendo a dinâmica de atendimento da instituição, suas regras, para então apreender como o fenômeno da AN é apropriado e recriado naquele espaço.<sup>63,64</sup> De fato, com o desenrolar das atividades em campo e com o seguimento da pesquisa, a relação entre pesquisadora e pesquisados está se construindo e se fortalecendo. O tempo no campo também tem auxiliado a pesquisadora a ganhar experiência na realização de uma etnografia. Assim, por meio de questões que vão sendo respondidas, relações construídas e um processo constante de reflexão, o pesquisador pode chegar ao cerne de sua questão: captar a visão de mundo de seus “nativos”.

Considerando os riscos e benefícios quanto à participação dos adolescentes como voluntários na pesquisa em questão, cabe salientar que esses sujeitos constituem parcela importante do público que sofre com os TAs, sendo fundamental conhecer o seu processo de adoecimento, bem como reconstruir o percurso dos mesmos até chegarem ao serviço de saúde para tratamento. No Brasil, segundo nosso conhecimento, não há pesquisas que tenham investigado, sob a perspectiva teórico-metodológica socioantropológica, a dinâmica de funcionamento de um serviço público de saúde especializado no atendimento aos TAs, buscando compreender como a AN e o tratamento dado pela equipe de saúde ao problema interfere na vida dos adolescentes que a enfrentam publicamente.

### **Relações interpessoais: equipe de saúde x familiares x adolescentes**

De modo geral, a relação entre a equipe de saúde e as usuárias é mediada pelos responsáveis legais. É comum que eles entrem no consultório acompanhando os filhos, embora isso não ocorra com todos os profissionais. Por exemplo, a escuta inicial feita pela psicóloga coordenadora envolve o adolescente e seu responsável. Nas consultas de nutrição, o adolescente é consultado sobre a presença dos pais na sala, mas não foi observado até o momento algum que a recusasse. Na consulta de clínica isso é variável, há paciente que entra sozinho e, depois da consulta, a médica chama os pais para conversar; e também há adolescentes que já entram com o responsável. Na psicologia, o adolescente entra sozinho. Nem sempre os pais entram, ou apenas entram depois. Mas a consulta inicial do programa geralmente inclui os pais e o(a) filho(a).

Na sala de espera, é comum as mães se queixarem de não poder acompanhar a filha nas consultas da psicóloga, pois sabiam que as adolescentes não fariam “toda a verdade” e esconderiam “as coisas”. Na presença dos responsáveis, muitas vezes os adolescentes sequer abrem a boca. Ao contrário, os responsáveis costumam ser bastante participativos, dando desde o início detalhes íntimos da vida dos filhos, que talvez demorassem a ser por eles revelados. As mães, especialmente, falam dos motivos que levaram as filhas a parar de comer, embora as adolescentes nem sempre concordem, ou não abordem o assunto. Os responsáveis costumam tirar mais dúvidas do que os

filhos e opinar intensamente sobre o tratamento. Os adolescentes mais passivos ouvem e nada falam, nem contradizem os pais. Mas há casos de adolescentes que gritam e se exaltam na tentativa de serem ouvidas e de terem o reconhecimento de sua autonomia em questões relacionadas a seu corpo e saúde.

Os profissionais não reagem bem a esse tipo de atitude, o que gera comentários com tom de reprovação nas reuniões de equipe. Nesses casos, já aconteceu de o profissional pedir aos pais para deixarem apenas o adolescente seguir na consulta, ou pedir a todos para se retirarem e só retornarem após terem resolvido o conflito; ou ainda o profissional se retirar da sala dizendo que, ao retornar, gostaria de dar seguimento “normal” ao atendimento.

Alguns traços sugerem que os adolescentes são ali tratados e vistos como crianças, tanto pelos responsáveis, quanto pela equipe de saúde que os acolhe. Isso pode ser observado no dia a dia do campo: a TV da sala de espera só passa desenhos animados voltados ao público infantil; essa mesma sala, ao ser reformada ganhou um espaço para “recreação”, com mesinha baixa e quatro cadeirinhas, em tamanho infantil, onde ficam canetinhas e lápis para colorir. Na estante localizada nesse mesmo espaço, além de livros escolares (de inglês, biologia, geografia, etc.), enciclopédias e material educativo sobre questões de saúde (como por exemplo, saúde bucal, alimentação saudável, higiene pessoal), há revistas em quadrinhos voltadas ao público infantil. Durante as consultas, embora os adolescentes sejam os usuários do atendimento, eles não têm sua voz reconhecida. Sobre essa questão, Leite<sup>41</sup> afirma que há uma permanente tensão entre autonomia e tutela que faz parte das discussões sobre atenção à adolescência. De um lado, há uma afirmação do lugar do/a adolescente como sujeito de direitos, do outro, surge uma série de questionamentos acerca da real capacidade de resposta aos possíveis desdobramentos da autonomia a eles conferida.

Muitos dos avanços feitos no tratamento da AN são baseados em acordos travados entre o profissional de saúde e o adolescente. Strauss et al.<sup>65</sup> destacam que o processo de negociação dos pacientes é um aspecto significativo para o entendimento da organização hospitalar. Mas há ainda as negociações dos profissionais com os usuários e suas famílias. Assim, o hospital pode ser visualizado como um lugar onde numerosos contratos são continuamente rescindidos ou esquecidos, mas também criados, renovados, revistos e revogados.

A cada semana, no âmbito do acompanhamento dos adolescentes, uma pequena mudança é duramente negociada e, por menores que elas sejam, os usuários anunciam que não vão conseguir cumpri-las. Diante das dificuldades de adesão ao tratamento, os profissionais lidam de modo diferenciado. Alguns se sentem impotentes, coniventes com o agravamento de uma situação que pode se prolongar por semanas, diante da recusa ou incapacidade do adolescente em alterar sua alimentação, rotina e ingerir medicamentos. Outros profissionais rompem com o paciente justamente nesses momentos. Diante do fato de o adolescente não tomar a medicação ou acatar suas prescrições, o profissional declara não querer mais atendê-lo. Na verdade, os pacientes “difíceis”

de tratar impõem desafios e impasses na relação profissional de saúde x usuário. Cabe refletir se esses entraves não se devem em parte pela incapacidade do profissional de estabelecer vínculos, ou mesmo pela inabilidade para lidar com adolescentes.

As negociações são bem-sucedidas quando há interesse do adolescente, seja para retomar momentos de lazer ao lado dos amigos ou uma atividade física que fazia antes da doença. Nesses casos, as usuárias aceitam o acordo proposto pela equipe de saúde. Com o decorrer do tratamento e estabilização da doença, os adolescentes passam a ser agendados a cada cinco ou seis meses, apenas para acompanhamento. No entanto, adolescentes em estado grave costumam sumir e ficar meses sem aparecer, voltando posteriormente ainda mais adoecidos.

Há também casos em que a relação dos pais com o profissional é tão intensa que em dado momento se desgasta e o adolescente se vê obrigado a trocar de profissional porque a mãe, o pai ou ambos não se entendem mais com o mesmo. Os conflitos familiares, sempre presentes às consultas, permeando a relação entre pais e filhos e entre famílias e equipe, consomem emocionalmente os profissionais de saúde. Ora os conflitos entre os pais (mãe x pai), com acusações mútuas e disputas pela guarda do filho, interferem na gestão da sua doença e tratamento; ora a ansiedade e preocupação desses responsáveis em saber mais sobre a saúde de seus filhos atropela a conduta do profissional na tentativa de construção de um vínculo com o portador de TA.

Os períodos de internação são difíceis para as usuárias e seus responsáveis. A equipe ressalta que as adolescentes são internadas muito fracas, mas rapidamente comem de tudo e não vomitam para serem logo liberadas para casa. Todas referem que o período na enfermaria (exclusiva para adolescentes) foi muito ruim. A notícia da internação ou da reinternação é geralmente acompanhada por choro, súplica por parte da adolescente, pedido para internação domiciliar ou para ter mais uma chance. Aquelas que por muitas semanas descumprem os acordos firmados com a equipe de saúde passam a receber a “ameaça” da internação, onde poderão ser constantemente vigiadas e perderão sua liberdade. Nesses casos, a internação é adotada como uma maneira de puni-las.<sup>19</sup>

Alguns responsáveis parecem não conseguir exercer sua autoridade diante os filhos, rindo sem se dar conta da gravidade do que está acontecendo, ou confundindo o comportamento da filha com pirraça. A internação da filha acaba sendo um choque para a família, que muitas vezes não consegue suportar a dramaticidade da situação. Uma adolescente que frequenta as consultas acompanhada do pai e da avó teve a mãe doente, em depressão, frente à gravidade da doença da filha. Seu pai, que está cuidando da casa, dos outros filhos e da esposa, disse que a filha se ausentou do atendimento após a internação, porque ele achou que ela estava melhor e resolveu priorizar os cuidados com a esposa.

Os usuários desenvolvem relações diferenciadas com os profissionais da equipe. Como a rotina lhes impõe circular entre todos os profissionais, acabam por falar o que desejam para uma dada pessoa e na consulta seguinte expressam não desejar falar novamente o que já foi dito a outro. Às

vezes, contam para algum profissional que não estão tomando a medicação, mas pedem segredo para o restante da equipe e para a família. Alguns usuários tentam manipular os profissionais que os atendem, utilizando a opinião de outros membros da equipe. Não há, por parte da equipe, nenhuma estratégia de atendimento conjunto da clínica, psicologia e nutrição para evitar esse percurso exaustivo do adolescente, de passar por todos os profissionais de saúde, um subsequente ao outro, numa mesma manhã.

Há responsáveis que alertam a equipe sobre as “manipulações” do usuário, “que faz de tudo para não comer”. Os próprios responsáveis assumem que, muitas vezes, são “enrolados” pelos filhos. A sinceridade dos responsáveis é premiada com a credibilidade da equipe, que passa a dar total apoio ao responsável-vítima, deixando o adolescente – alvo do atendimento – em segundo plano.

## Considerações finais

Durante o tempo de observação do cotidiano do serviço de saúde, foi possível compreender na prática o que era descrito na literatura científica, e confrontar as informações obtidas a partir de terceiros com o que está ocorrendo a cada semana diante dos olhos. Sentir a tristeza, a alegria, o desânimo, a euforia e uma série de emoções, que só o contato com o campo e com o grupo que o pesquisador deseja estudar pode proporcionar, não tem preço.

É reconhecido que a observação participante pressupõe a interação entre o pesquisador e seus pesquisados. Dessa forma, as informações que o pesquisador obtém ao final de seu trabalho dependerão do seu comportamento e das relações que desenvolve com o grupo objeto de suas observações. No caso desta pesquisa, satisfazer essa condição básica tem sido um desafio, pois o grau de interação com a equipe de saúde e com os pais ou responsáveis legais é por vezes maior do que com os adolescentes.

O fato de serem adolescentes e não terem sua autonomia reconhecida, somado à gravidade da doença, que os torna ainda mais vigiados, tem influência decisiva no silêncio observado e na falta de interesse em se relacionar e em se posicionar mediante as questões que se apresentam. Tal fato não pode ser ignorado ou tomado como fracasso; pelo contrário, está sendo apreendido como um dado importante.

Em campo foi preciso aprender a controlar o desejo de intervir, de ajudar, de se posicionar e deixar emergir alguém que está ali com claro interesse em pesquisar, observar e aprender com o outro. Para apreender uma realidade social não é suficiente estar lá; é necessário lembrar seus objetivos, mas ao mesmo tempo se manter atento para o que o campo tem para revelar e estar aberto às modificações que certamente vão ocorrer ao longo do percurso. É uma tarefa difícil, mas possível, e enriquecedora pessoal e profissionalmente.

## Referências

1. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2006; 39(3):340-348.
2. Pinzon V, GONZAGA AP, Cabelo A, Labaddia E, Belluzzo P Fleitlich-Bilyk B. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev. Psiq. Clin.* 2004; 31(4): 167-169.
3. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiq. Clin.* 2004; 31(4):154-157.
4. Teixeira PC, Costa RF, Matsudo SMM, Cordás TA . A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 2009; 36(4):138-145.
5. Andrade TF, Santos MA. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* 2009; 12(3):454-468.
6. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22(Supl II): 28-31.
7. Bosi MLM, Andrade A. Transtornos do comportamento alimentar: um problema de saúde coletiva. *Cad. Saúde Coletiva.* 2004; 12(2):197-202.
8. American Psychiatric Association (APA). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revision). Work Group on Eating Disorders. *Am. J. Psychiatr.* 2000; 157(1 Supl):1-39.
9. Schmidt E, Mata GF. Anorexia nervosa: uma revisão. *Fractal Rev. Psicol.* 2008; 20(2):387-400.
10. Giordani RCF. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicol. Soc.* 2006; 18(2):81-88.
11. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JÁ, Somenzi L, Pinheiro A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev. ABP-APAL* 1994; 16(1):7-10.
12. Nunes MA, Olinto MT, Camey S, Morgan C, de Jesus Mari J. Abnormal eating behaviors in adolescent and young adult women from southern Brazil: reassessment after four years. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(12):951-956.
13. Vigarello G. História da beleza. Corpo e a arte de se embelezar, do renascimento aos dias de hoje. Rio de Janeiro: Ediouro; 2006. 247 p.
14. Darmon M. Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. *Adolescence.* 2006; 24(2):437-452.
15. Adami F, Fernandes TC, Frainer DES, oliveira FR. Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. *Revista Digital - Buenos Aires.* 2005; 10(83). [acesso em: 12 jan. 2012]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.
16. Niemeyer F, Kruse MHL. Constituindo sujeitos anoréxicos: discursos da revista *Capricho*. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(3):457-465.

17. Bender APPR, Piccoli JCJ. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da imagem corporal de mulheres de 18 a 45 anos frequentadoras do programa esporte e lazer da cidade de Feliz, RS. *Revista Digital - Buenos Aires*. 2009; 14(132). [acesso em: 12 jan. 2012]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.
18. Cooper MJ, Deepak K, Grocutt E, Bailey E. The experience of 'feeling fat' in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: an exploratory study. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2007; 15(5):366-372.
19. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1984. 147 p.
20. Rodrigues JC. *Tabu do corpo*. 7ª ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 154 p.
21. Le Breton D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. 4ª ed. Campinas: Papirus; 2003. 240 p.
22. Holston JI, Cashwell CS. Family functioning and eating disorders among college women: a model of prediction. *Journal of College Counseling*. 2000; 3:5-16.
23. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. 102 p.
24. Fajans J. Autonomy and relatedness: emotions and the tensions between individuality and sociality. *Crit. Anthropol.* 2006; 26(1):108-119.
25. Chandra PS, Abbas S, Palmer R. Are eating disorders a significant clinical issue in urban India? A survey among psychiatrists in Bangalore. *Int. J. Eat. Disord.* 2012; 45(3):443-446.
26. Simpson KJ. Anorexia nervosa and culture. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2002; 9: 65-71.
27. Carney T, Louw J. Eating disordered behaviors and media exposure. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 2006; 41:957-966.
28. Gonzaga AP, Weinberg C. Transtornos alimentares: uma questão cultural? *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* 2005; 8(1):30-39.
29. Lee S. Engaging Culture: An overdue task for eating disorders research. *Cult. Med. Psychiatry.* 2004; 28:617-621.
30. Weinberg C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* 2010; 13(2):224-237.
31. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev. Nutr.* 2001; 14:3S-6S.
32. Facchini M. La imagen corporal en la adolescencia: es un tema de varones? *Arch. Argent. Pediatr.* 2006; 104(2): 177-184.
33. Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24:(Supl III):73S-76S.
34. Andersen AE. Eating disorders in gay males. *Psychiatr. Ann.* 1999; 29:206-212.
35. Giles D. Constructing Identities in cyberspace: the case of eating disorders. *Br. J. Soc. Psycho.* 2006; 45(3):463-477.
36. Ferreday D. Unspeakable bodies: erasure, embodiment and the Pro-Ana Community. *International J. Cultural Stud.* 2003; 6(3):277-295.

37. Boero N, Pascoe CJ. Pro-anorexia communities and online interaction: bringing the Pro-ana body online. *Body Soc.* 2012; 18(2):27-57.
38. Ward KJ. I love you to the bones: constructing the anorexic body in Pro-Ana message boards. *Sociological Research Online.* 2007; 12(2). [acesso em: 08 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.socresonline.org.uk/12/2/ward.html>.
39. Haas SM, Irr ME, Jennings NA, Wagner LM. Communicating thin: a grounded model of online negative enabling support groups in the pro-anorexia movement. *New Media & Society.* 2010; 13(1):40-57.
40. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: World Health Organization. [acesso em: 04 nov. 2012]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/adolescent-health>.
41. Leite VJ. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. *Psicol. Clín.* 2012; 24(1):89-103.
42. Burgić-Radmanović M, Gavrić Z, Štrkić D. Eating behavior disorders of female adolescents. *Psychiatr Danub.* 2009; 21(3):297-301.
43. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001; 23(1):21-27.
44. Vilela JEM, Lamounier JÁ, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediatr.* 2004; 80(1):49-54.
45. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad. Saúde Públ.* 2005; 21(6):1717-1725.
46. Roots P, Rowlands L, Gowers SG. User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent Anorexia Nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2009; 17:331-337.
47. Martínez-Hernández Á, Muñoz García A. Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud Mental.* 2010; 33(2):145-152. [acesso em: 14 out. 2012]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58215623005>.
48. Boughtwood D, Halse C. Other than obedient: girls' constructions of doctors and treatment regimes for anorexia nervosa. *J. Appl. Soc. Psychol.* 2010; 20:83-94.
49. Treasure J. Eating disorders. *Medicine.* 2008; 36(8):430-435.
50. Williams S, Reid M. Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective. *Psychology and Health.* 2010; 25(5):551-567.
51. Rich E. Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity. *Sociol. Health Illn.* 2006; 28(3):284-305.
52. Lenoir M, Silber TJ. Anorexia nervosa en niños y adolescentes (Parte 2). *Arch. Argent. Pediatr.* 2006; 104(4): 338-344.
53. Dunker KL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev. Nutr.* 2003; 16:51-60.

54. Nordbo RHS, et al. The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39(7):556–564.
55. Silva DFA. Contextos socioculturais dos transtornos alimentares: gênero e intersecções. In: *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*; 25-28 ago. 2008; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. [acesso em: 22 jun. 2011]. Disponível em URL: <http://ebookbrowse.com/daniela-ferreira-araujo-silva-47-pdf-d118869153>.
56. Warin M. Transformations of intimacy and sociality in anorexia: Bedrooms in Public Institutions. *Body Soc.* 2005; 11(3):97-113.
57. Giordani RCF. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. *Rev. Nutr.* 2009; 22(6):809-821.
58. Beaud S, Weber F. Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes; 2007. 235 p.
59. VICTORA CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000. 136 p.
60. Eriksen TH, Nielsen FS. Quatro pais fundadores. In: Eriksen TH, Nielsen FS. *História da antropologia*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 49-68.
61. Malinowski B. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação. In: Durham ER, organizador. *Bronislaw Malinowski*. São Paulo: Ática; 1986.
62. Zambrano E. A experiência etnográfica no campo médico e médico-jurídico. In: *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Org: Schuch P, Vieira MS, Peters R. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2010. p.59-70.
63. Peirano M. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1995.
64. Durhamer. A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas. In: Cardoso R, Organizador. *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra; 1997. p. 17-38.
65. Strauss A. The hospital and its negotiated order. In: Freidson E. *The hospital in modern society*. Londres: Collier-MacMillan; 1963. p.147-169.

Recebido: 30/6/2013

Revisado: 05/10/2013

Aprovado: 28/11/2013