

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO
ADOLESCENTE**

Renata Cristina Rolim Marinho

**RELATOS DE UMA ADOLESCENTE EM CRISE:
Um caso de Anorexia? Bulimia?**

**BELO HORIZONTE - MG
2009**

Renata Cristina Rolim Marinho

**RELATOS DE UMA ADOLESCENTE EM CRISE:
Um caso de Anorexia? Bulimia?**

Monografia apresentada como exigência para a obtenção de título de Especialista em Saúde da Criança e Adolescente – Medicina do Adolescente, pelo curso de Especialização em Medicina do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG

Orientador: Roberto Assis Ferreira

Co-orientadora: Mônica Froes Schettino Motta

**Belo Horizonte
2009**



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO de **RENATA CRISTINA ROLIM MARINHO** nº de registro 2006211220. Às oito horas do dia **seis do mês de fevereiro de dois mil e nove**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de monografia indicada pela Coordenação do Curso, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“RELATOS DE UMA ADOLESCENTE EM CRISE - UM CASO DE ANOREXIA? BULIMIA?”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Medicina do Adolescente, pelo Curso de Especialização em Medicina do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Roberto Assis Ferreira, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Roberto Assis Ferreira/Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Maria Jussara Fernandes Fontes	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprova</u>
Profa. Cristiane de Freitas Cunha	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Mônica Froes Schettino Motta	Instituição: Sec. Est. De Saúde	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 06 de fevereiro de 2009.

Prof. Roberto Assis Ferreira /Orientador [Assinatura]

Profa. Maria Jussara Fernandes Fontes [Assinatura]

Profa. Cristiane de Freitas Cunha [Assinatura]

Profa. Mônica Froes Schettino Motta [Assinatura]

Profa. Cristiane de Freitas Cunha /Coordenadora [Assinatura]

PROFA. CRISTIANE FREITAS CUNHA
Coordenadora do curso de Especialização em Medicina do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

*Dedico este trabalho ao
meu marido Odilon e a todos
adolescentes, em especial à
adolescente descrita neste caso!*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e, principalmente, para meu crescimento e amadurecimento pessoal e profissional.

Aos queridos Dr. Roberto Assis Ferreira, Dra. Mônica Froes Schettino Motta e Dra. Mirtes Beirão, meus sinceros agradecimentos pelo grande aprendizado. Aprendi não só a ser uma médica de adolescentes, como também uma pessoa melhor e mais humana.

Agradeço também a outros mestres, Dra. Cristiane Cunha e Dra. Solange Miranda, além de toda equipe da Medicina do Adolescente e do Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB), do Hospital das Clínicas da UFMG, pelos conhecimentos, paciência e carinho com que fui recebida.

E, sem dúvida, não posso deixar de agradecer minhas colegas e amigas: Patrícia Chaves, Maria Inês Jonas, Sandra Carneiro, Maria Judith Gudino, Márcia Parizzi, Karine Ferreira, Cenira Brandão e Eliane de Souza – grandes companheiras.

JOVENS CORAÇÕES

Jovens são pedaços
Pedaços de um rumo não muito exato
Talvez pedaços sem rumo.
Pedaços,
Pedaços incertos
De uma incerteza ainda maior.
Os sonhos ganham lugar para ser
Têm movimento, ultrapassam a vida.
Ilustres e genuínos
São reflexos peculiares
Do desafio que é ser adolescente
E só permanecem se realmente forem conquistados
Jovens...
...Um labirinto para perseguir e descobrir
...Um mistério a decodificar
...Escolhas a fazer
...Algo para ser
...Um mundo a decifrar, definir e melhorar
...Uma história não escrita
...Um papel social a conquistar
Pedaços...
Pedaços de ideologia,
Pedaços de um sonho,
Pedaços de medo,
Pedaços de liberdade,
Pedaços de segredo,
Pedaço legítimo a se transformar

**Roberta Akemi Saito –
Rasgando os Tempos Modernos**

RESUMO

Introdução: A adolescência é uma fase da vida caracterizada por intensas transformações biopsicossociais. O jovem sofre perdas e mudanças, independentes da sua vontade, podendo gerar uma crise nesse processo de reorganização do ser. Anorexia e Bulimia podem ser sintomas dessa crise. **Relato de caso:** Paciente feminina, 19 anos, com sintomas de anorexia e bulimia, acompanhada no serviço de Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais por 2 anos (2006 a 2008), por equipe multidisciplinar. Ela escreveu sua autobiografia “Relatos de Uma Adolescente em Crise”, contando sua trajetória, angústias e sua luta para se descobrir, deixar de ser criança e virar mulher. **Discussão:** O relato deste caso mostra o sofrimento da jovem ao passar pela puberdade e possíveis respostas sintomáticas da adolescência ao Real da puberdade e da não-relação sexual (estudo e transtorno alimentar). Segundo a psicanálise, o sintoma vem responder à ausência de saber de cada sujeito. Uma equipe multidisciplinar é indicada para o tratamento desses sintomas que podem trazer riscos à vida e para auxiliar nessa travessia turbulenta que pode ser a adolescência.

Palavras-chave: Adolescência; Bulimia; Anorexia; Puberdade

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a stage of life characterized by intense biopsychosocial transformations. Teenagers suffer losses and changes beyond their control, which may cause crises in their reorganization process of being. Anorexia and Bulimia can be symptoms of this crisis. **Case report:** Female patient, 19 years old, with symptoms of anorexia and bulimia, followed by the Service of Bulimia Anorexia's Clinical Hospital of the Federal University of Minas Gerais for two years (2006-2008), by a multidisciplinary team. She wrote her autobiography "Reports of a Teenage in Crisis", telling her history, anxieties and her struggle to self discovery, stop being a child and become a woman. **Discussion:** This case report shows the subject's suffering going through puberty and possible symptomatic answers of adolescence to Real puberty and sexual non-relation (study and eating disorder). According to psychoanalysis, the symptom is a response to the lack of knowledge of each subject. A multidisciplinary team is indicated for the treatment of these symptoms, which may threaten life, and to help this troubled crossing that can be adolescence.

Keywords: Adolescence; Bulimia; Anorexia; Puberty

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	10
2- RELATO DO CASO.....	12
3- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

RELATOS DE UMA ADOLESCENTE EM CRISE

Um caso de Anorexia? Bulimia?

1- INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por intensas transformações biopsicossociais. É frequentemente descrita como uma época de turbulência, uma etapa de crises. Crise de identidade, crise relacional, crise familiar, crise de auto-estima, de falta de sentido para a vida.

De início, o adolescente precisa elaborar algumas perdas, como a do corpo infantil, do papel e identidade infantis e a perda dos pais da infância. Não se reconhece mais no seu corpo, questiona-se a respeito da própria identidade; ao mesmo tempo em que se hostilizam os pais, deseja sua atenção, caracterizando certa situação de crise.

Crise, como algo que é próprio do sujeito, quando ele sofre intensas mudanças físicas e psíquicas e passa por conseqüente processo de reorganização. Também pode ser interpretada como sinônimo de ruptura, um momento criativo, em que o antigo equilíbrio desaparece para dar lugar ao novo; uma condição para um desenvolvimento satisfatório¹.

Uma vez desencadeada a puberdade, as transformações corporais acontecem sucessivamente, independente da vontade do indivíduo e sem que este tenha controle sobre isso. Estas mudanças do corpo determinam ainda a reformulação do esquema corporal, a resultante psíquica da realidade do sujeito, ou seja, a representação mental que o sujeito faz de si mesmo, e estão inevitavelmente ligadas às vivências da sexualidade. A preocupação com a imagem corporal é uma constante e essas mudanças físicas podem ser vivenciadas como angústia, principalmente quando o corpo real se afasta da imagem do corpo idealizado².

A sexualidade passa a ter novos significados e se estabelecem novos contornos. Na adolescência, a sexualidade se expressa por um voltar-se para o outro, pela sedução, pela descoberta de novas emoções e da felicidade de poder trocá-las com alguém. É o momento do ensaio, de novas parcerias, de ver no outro um ser diferente que suscita prazer e perplexidade ao mesmo tempo. Assim, estas novas vivências acabam refletindo diretamente no comportamento dos jovens¹.

Na psicanálise, muitos autores propõem a adolescência como sintoma da puberdade. Jacques-Alain Miller propunha o sintoma como resposta, como metáfora à não-

relação sexual, à inexistência da relação sexual. A inexistência da relação sexual é a dificuldade de saber o que fazer quanto ao sexo, é a ausência de um saber constituído *a priori*. No lugar da ausência da relação sexual, o sujeito elabora um sintoma que vem então para ele como uma resposta possível ao real impossível. A puberdade é um dos momentos onde reaparece para o sujeito mais do que nunca a não-relação sexual; e a adolescência seria uma série de respostas sintomáticas possíveis que o sujeito vai portar. É o arranjo particular com o qual ele organizará sua existência, sua relação com o mundo e sua relação ao gozo, no lugar da relação sexual. Diante do encontro com o impossível, o sujeito organiza um possível para si de uma relação ao gozo, esse é seu sintoma³.

Segundo Alexandre Stevens, a Anorexia e a Bulimia são duas respostas sintomáticas possíveis a este real da puberdade. São as respostas do lado oral, da demanda de amor. São frequentes porque permitem também certa recusa da sexuação. Na anorexia, as moças vão até o desaparecimento das menstruações (amenorréia) e à eliminação das formas do corpo feminino, tentando retornar seus corpos a estágios pré-pubertários. Na bulimia, a transformação do corpo em imagem de mulher é velada pelo efeito da demanda oral (o consumo infinito do objeto que tenta compensar a falta do outro)³.

Estas jovens apresentam sentimentos ambivalentes sobre o desejo de crescer, pois atingir esse status é confundido com sentir-se abandonada, isolada e só. Suas exigências não são adequadamente preenchidas, não sendo encorajadas ou validadas, são deixadas perdidas em como decodificar suas necessidades emocionais e como responder a pressões e demandas. A possibilidade de elas poderem controlar o corpo faz com que se sintam melhor e reforcem este comportamento⁴.

“Frente á angústia da ausência de uma identidade, é menos desesperador ser anoréxica do que ninguém.” – Cybelle Weinberg⁵.

Relata-se então neste trabalho o caso de uma adolescente de 19 anos, baseado no seu acompanhamento no ambulatório de Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da UFMG e também nos relatos da própria paciente que escreveu uma autobiografia. Crise da adolescência? Anorexia? Bulimia? Sintomas da puberdade?

2- RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 19 anos, solteira, segundo grau completo, vivia com a mãe e três irmãos. Iniciou acompanhamento no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) em dezembro de 2006. Vinha com a queixa *“Eu tenho anorexia. Eu não como e vomito duas vezes ao dia”*. Tinha história de peregrinação em vários médicos desde novembro de 2005 e relatava início do quadro no princípio deste ano, quando teve depressão após ter parado de estudar.

Sempre muito estudiosa, ela gostava muito de escrever e relatava já ter escrito seis livros. Durante seu acompanhamento, ela me deu um destes livros, sua autobiografia, intitulada *“RELATOS DE UMA ADOLESCENTE EM CRISE”*, que conta a história da sua vida, descrevendo os fatos mais importantes desde a sua concepção até aquele momento (agosto de 2007). Este livro foi o maior motivador da descrição deste caso, já que o mesmo será contado, em grande parte, pela própria paciente.

No livro, a adolescente usa um nome fictício (o qual substituirei por Marina), e nomes reais das pessoas que fizeram parte da sua vida (que também serão substituídos para preservá-los). Então, descreverei abaixo os trechos mais importantes.

Ela começa contando que a história *“é a biografia de uma adolescente com uma trajetória imensa e por isso resolveu escrever, para tentar solucionar perguntas que ainda não obteve respostas”*. *“Queria se encontrar e aos 19 anos não o tinha feito”*.

Em outro momento escreve:

“Eu, Marina, escrevi esta biografia para expressar o que estou sentindo... a vida da gente é cheia de fazes, algumas complicadas como a que estou passando agora. Estou lutando para conseguir cumprir meu objetivo, estou tentando me descobrir, saber de onde vim, para onde vou e por que estou aqui.”

Ela inicia sua história antes do seu nascimento, quando seus pais estavam separados e sua mãe descobriu que estava grávida pela terceira vez. Seu pai questionou a paternidade. Não queria ter outro filho homem. Mas, quando Marina nasceu, uma menina, com seus traços, o pai quis se reaproximar e a mãe não deixou. O pai tentou tomar a menina e até chegou a vender a casa em que moravam. Depois de um tempo, sua mãe acabou aceitando seu pai de volta. Mas a filha cresceu muito apegada à mãe. Marina só tinha duas amigas e brincava muito com os irmãos, brincadeiras de meninos.

Em casa, a situação era ruim, com muitas brigas, e seus pais se separaram definitivamente quando Marina tinha sete anos. Na escola, ela *“sempre foi a melhor aluna, amava estudar”*, mas tinha dificuldade de se relacionar com outras crianças, apesar de se dar muito bem com as professoras. Marina tinha muito apego às professoras e até chorava quando se afastava de alguma delas. Sempre foi muito responsável, ajudava a mãe a cuidar do irmão caçula e, aos dez anos, se tornou independente revendendo revistas para ajudar em casa.

No ano seguinte, seu pai sumiu e seu irmão mais velho ficou revoltado, agressivo, fugia de casa e deixava sua mãe desesperada. Então, ela *“não tinha mais atenção em casa, sua mãe não parabenizá-la por suas notas, sempre preocupada com alguma coisa que o irmão fez...”*.

Neste período, Marina

“se tornou agressiva, descontrolada, agia por impulso e, em uma briga com o irmão, feriu-o gravemente, quase o cegando. Nesse dia, ela chorou muito, pois amava a mãe e queria ficar para sempre a seu lado, mas a mãe disse que se tivesse que escolher entre os dois, escolheria o irmão, pois Marina não precisava dela. O mundo de Marina desabou, apenas 11 anos, não entendia como a mãe poderia preferir o irmão. Sofreu muito”.

Marina passou então a se dedicar mais aos estudos e se apegou mais aos professores e à escola. *“Detestava ficar em casa em feriados, férias, fins de semana. Era uma tristeza só; queria estar sempre na escola”*.

Ao longo da história, ela descreve outras perdas e situações difíceis:

- Aos 12 anos, voluntária no Leuceminas (casa de apoio a pacientes com leucemia), se apegou a todos e logo começou a sofrer com as perdas inevitáveis.
- Aos 14 anos, uma professora muito querida saiu da escola e *“Marina se abalou, só chorava, NÃO COMIA, ficava pelos cantos, triste...”*
- Pouco tempo depois, um homem tentou agarrá-la no caminho de casa e foi salva por um colega.
- Aos 15 anos, *“um garoto tentou roubar-lhe um beijo e ganhou um tapa. Marina não achava graça em ficar, queria um namorado e sonhava que aos dezoito anos iria aparecer seu príncipe encantado.”*
- Sua mãe tinha um namorado que olhava Marina diferente. Numa madrugada, Marina acordou sendo acariciada por ele, quase sem pijama. Ela se assustou e ele saiu como se nada tivesse acontecido.

- Flavinha, uma criança muito querida do Leuceminas faleceu. Primeiro enterro que ela assistiu. E ela novamente *“ficou muito abalada, NÃO COMIA, só chorava”*.

Marina *“sonhava que aos 18 anos iria aparecer seu príncipe encantado”*. Mas, depois de tudo, com medo, ela *“não queria saber de homem nenhum e não confiava em ninguém”*.

Ela concluiu o primeiro grau e *“ficou feliz com a vitória, mas triste por ter que mudar de escola”*. Nesta época, começou a frequentar mais o Hospital e tomar remédio controlado devido cefaléia intensa e problemas respiratórios.

Aos dezesseis anos, relatou sua primeira paixão por um amigo, mas não tiveram nada de concreto. Neste mesmo ano, sofreu nova tentativa de abuso na rua e escapou por pouco. Em 2004: *“Aos dezessete anos, Marina era muito criticada pelo seu comportamento... o fato de nunca ser vista com rapazes, saía sempre só com a mãe, só estudava e trabalhava; era motivo de gozação na escola”*.

No final deste ano, sua mãe adoeceu, foi operada de um tumor abdominal, então *“Marina MAL SE ALIMENTAVA, trabalhando e estudando o dobro, ainda tendo tempo de cuidar pessoalmente da mãe.”* Apesar das dificuldades, passou direto na escola, surpreendendo a todos, *“mostrando-se capaz de vencer qualquer obstáculo que a vida lhe impuser”*.

Em 2005, ela parou de estudar, pois tinha que trabalhar e cuidar da mãe e ficou muito triste. No segundo semestre, voltou a estudar por incentivo da mãe, mas tinha que recuperar todo o tempo perdido, então passou a estudar muito, parou de comer, parou de dormir, desmaiava.

“Se esforçou, mas acabou adoecendo. NÃO COMIA DIREITO, só estudando, exigia o máximo de si mesma, não admitia falhas”. *“Marina ficou mais de um mês sem comer, emagreceu 15 kilos; e o pior aconteceu: Marina desistiu da vida! Aí era só hospital, soro, agulhadas... Perdeu amigas que não souberam entender o que ela estava passando”*.

Acabou reagindo e terminou o ano com as melhores notas, concluindo o segundo grau com muitos elogios.

Em um show,

“recusou 30 investidas, mas quase foi agarrada de novo... Tomou trauma de homem... Marina conhecia a realidade, mas queria fugir dela, fantasiava príncipe encantado, namoro de mãozinhas dadas e isso prejudicava Marina, que via um mundo de adulto fazendo coisas de criança. Algumas pessoas achavam que ela era

lésbica, e ao refletir sobre o assunto, se perguntou se realmente não tinham razão. Marina estava cansada, vivia á base de remédios, ficava irritada ao ter que ir a psicólogos... Queria mudar, só que não sabia como, tentava lidar consigo mesma, com os nãos da vida... ás vezes sentia falta de alguém, mas tinha medo, o mundo era feio para ela, nenhum homem prestava...”

Em 2006, começou a fazer teatro, mas “*teve que parar, pois desmaiava frequentemente, não podendo andar sozinha*”. Em junho, ficou com um rapaz (beijos e abraços) e “*pela primeira vez, sentiu prazer em estar com um homem*”. Teve alguma melhora por um tempo, mas em agosto teve nova crise, desmaiou, se cortou... Procurou neurologista e fez uso de várias medicações (Carbamazepina, Imipramina, Amitriptilina, Clonazepan e Fluoxetina), sem melhora do quadro. Fez vários exames, inclusive endoscopia digestiva alta, todos normais.

“Marina tinha o péssimo hábito de não se alimentar se estivesse com algum problema; e como sempre os tinha, sua alimentação era péssima, ficando até três dias sem comer”. “...se dedicou mais aos estudos para enfrentar a UFGM e menos á saúde; SEMANAS SEM SE ALIMENTAR, se pressionava muito pois todos estavam na expectativa... ela se sentia obrigada a passar...”

Muito nervosa, se sentiu mal nas provas e perdeu o vestibular por um ponto. “*A depressão derrubou Marina; falava em morrer, tentou o suicídio, parou de trabalhar... NÃO CONSEGUIA COMER, quando forçava, vomitava; perdeu peso visivelmente; nada animava Marina...*”

Após o Natal de 2006, iniciou o tratamento no NIAB. Contava que vomitava pelo menos duas vezes ao dia. A mãe relatava que ela ficava até uma semana sem ingerir líquidos e depois tomava tudo de uma só vez. A adolescente se queixava do seu peso, relatando estar “gorda”, mas esta questão não era o foco principal do seu discurso.

No NIAB, a adolescente foi acompanhada por um médico-psicanalista, uma pediatra/médica de adolescente e uma psiquiatra, além de consultas com especialistas como ginecologista e neurologista. Apresentou queixas diversas, como cansaço, tonteiras, dor de garganta, dor nos dentes, dor nos dedos, fraqueza, dor abdominal, falta de ar, dor nas costas, dor de cabeça, queda de cabelo e dor nas pernas. Também relatou amenorréia no período de dezembro de 2006 a julho de 2008. Os vômitos sempre estiveram presentes até outubro de 2008, com períodos de melhora e outros de exacerbação, até com hemorragia digestiva em abril e agosto de 2007. Também apresentou grande período de abuso de laxantes, diuréticos e drogas inibidoras do apetite.

Ao exame, apresentava-se desidratada na maioria das consultas até outubro de 2007, coincidindo com o período de maior abuso de laxantes e diuréticos. Necessitou reposição hidroeletrólítica venosa por quatro vezes no ambulatório neste ano e também ficou em observação em Pronto Atendimento por mais de cinco vezes, devido quadros de desidratação e fraqueza. Apresentava relato de perda de peso de até 15 quilos em 2006, que não foram observados em 2007. Manteve o IMC variando entre 19,1 e 20,3, nas três aferições de peso que foram feitas.

A paciente apresentou períodos de tristeza e desânimo intensos, “*sem vontade de viver*”, inclusive com idéias de auto-extermínio, intercalados com períodos de humor estável e até um episódio de hipomania. No período de maio a setembro de 2007, apresentou comportamento infantilizado, relatou ver vultos, uma amiga invisível e ouvir vozes, que foram relacionadas posteriormente ao uso de drogas inibidoras do apetite.

Fez uso de várias medicações psicotrópicas, como Fluoxetina, Clonazepan, Sertralina, Carbamazepina, Topiramato, Risperidona e Citalopran, isoladamente ou em associações, com finalidades diversas. Em alguns momentos, visavam melhorar o quadro depressivo, estabilizar o humor; em outros, diminuir a compulsão, eliminar possíveis alucinações e conter a paciente em seus momentos de desespero. As medicações foram suspensas pela própria paciente em fevereiro de 2008 e foi mantida assim desde então.

Em dezembro de 2007, a paciente foi violentada sexualmente por um desconhecido e tentou o suicídio ingerindo grande quantidade de medicamentos (Risperidona e Topiramato). Ficou em observação no hospital e depois fez todo o tratamento e acompanhamento recomendados. Este fato foi marcante e parece ter influenciado muito na evolução do quadro. Uma semana após o ocorrido, ela disse: “*caiu a ficha: agora sou mulher... e menina também*”. Chegou a cogitar a maternidade, desejando um filho, e também fazia planos de estudar e trabalhar no ano seguinte.

Em 2008, ela estava um pouco melhor e se afastou dos atendimentos clínicos por um tempo. Em julho, retornou contando que estava noiva e iria se casar. Entretanto, neste relacionamento não havia beijos ou contatos mais íntimos, namorando apenas com mãos dadas e abraços, então o noivo a traiu e o relacionamento acabou. Ela ainda relatava “*tenho nojo dos homens, mas também não tenho desejo pelas mulheres*”. Dizia estar bem com seu corpo, mas queria melhorar sua vida.

Nos meses que se seguiram, voltou a vomitar em alguns momentos e teve várias queixas orgânicas, como fraqueza, dores de cabeça e garganta, e cólicas. Queixava-se da mãe,

que não lhe dava espaço. *“Quero crescer, mas minha mãe não deixa... quer me controlar sempre. Não consigo dizer ‘não’ para ela”*.

Em outubro, sua mãe foi para o interior cuidar de sua avó que estava doente, e ela assumiu as responsabilidades da casa, de cuidar do irmão caçula e substituiu a mãe em seus dois empregos. Começou a se alimentar melhor, parou de sentir dores, e disse que estava em paz em casa. Ficou com um amigo (paixão antiga da adolescência) e conseguiu relaxar e sentir prazer, dando beijos e até permitindo um pouco mais de intimidade. Ficou também com outros rapazes, queria voltar com o ex-noivo, mas sem compromisso.

Sua última consulta ocorreu em dezembro de 2008, quando a jovem de 21 anos relatava estar muito feliz, sem grandes conflitos com a família, menos dependente da mãe, estudando para fazer vestibular, fazendo caminhadas e trabalhando. Estava menstruando, em uso de anticoncepcional injetável devido namoros e possibilidade de relações sexuais. *“Tudo o que uma adolescente normal faz”*. Ela se despediu temporariamente, dizendo que seu trabalho a impossibilitaria de consultas frequentes e que voltaria assim que possível.

3- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O relato deste caso deseja chamar a atenção para o sofrimento do adolescente (“EM CRISE”) ao passar pela puberdade, as mudanças corporais, o encontro com o Outro e a não-relação sexual. Mostra que o jovem pode responder a este real impossível com diversas respostas sintomáticas, inclusive como um transtorno alimentar.

Na falta de ritos de passagem, que em diversas sociedades permitiam uma travessia menos turbulenta, a adolescência exige um intenso trabalho psíquico para permitir a passagem do mundo infantil para o mundo adulto. Ao utilizar suas próprias palavras talvez possamos entender melhor o que se passa na mente desta jovem durante esta fase.

- *“Querida se encontrar e aos 19 anos não o tinha feito”*

- *“... estou tentando me descobrir, saber de onde vim, para onde vou e por que estou aqui.”*

Quem sou eu? A adolescente se encontra perdida, sem rumo, sem referências, querendo sem encontrar. Mostra uma das características da Síndrome da Adolescência Normal, segundo Aberastury e Knobel: a busca de si mesmo e da identidade adulta, em resposta aos lutos da adolescência (perda do corpo infantil, dos pais da infância e a perda da própria infância e de sua identidade)⁶.

Ela inicia sua história antes do seu nascimento, contando que seu pai questionou a paternidade...

Vemos aspectos do romance familiar se delineando: fui ou não fui desejada? Isto faz pensar em uma estrutura neurótica. Quando o casal opta por gerar uma criança, parte-se do pressuposto que o homem e a mulher são seres do desejo, e desejar ou não ter um filho marca e modifica as relações entre o pai, a mãe e, conseqüentemente, a criança. O bebê desejado, bem-vindo ao mundo, certamente é tocado, cuidado e amado, e é com base nesta estrutura amorosa quase primitiva que se estrutura a primeira dimensão da sexualidade, anterior à palavra. Aqui os gestos são fundamentais e podem ser o alicerce do indivíduo no seu futuro gosto pelo envolvimento amoroso. O adulto em contato com a criança torna-se seu veículo de informações e facilitador da experiência do corpo como desejável e prazeroso, do outro como terno e confiável e do mundo como agradável ou ameaçador. A história da sexualidade de cada indivíduo é marcada por estes registros inconscientes dos primeiros contatos¹.

- *“...não entendia como a mãe poderia preferir o irmão.”*

Afinal, o que eu sou para o Outro? O irmão é o preferido da mãe, continua o romance familiar.

- Na escola, ela “...sempre foi a melhor aluna, amava estudar”.

“Detestava ficar em casa... Era uma tristeza só; queria estar sempre na escola”.

Concluiu o primeiro grau e “ficou feliz com a vitória, mas triste por ter que mudar de escola”. ... começou a tomar remédio controlado por cefaléia intensa e problemas respiratórios.

A escola era o lugar onde ela se sentia recompensada pelo Outro, onde tinha um brilho fálico. Alexandre Stevens considera a resposta com o saber como uma das respostas sintomáticas possíveis da adolescência ao real da puberdade. Segundo ele, é um fenômeno freqüente na adolescência se colocar a estudo e é nesse momento que se decidem as grandes vocações. Estes sujeitos costumam ser estudantes toda sua vida, apaixonados pela pesquisa. É a escolha de uma posição quanto ao saber, no lugar de um saber que falta sobre o sexo. É o modo mais favorável do tratamento da puberdade³.

Ao mudar de escola, a difícil separação do Outro se dá como perda, e a dificuldade em simbolizar as perdas leva à resposta no imaginário, começando a gerar sintomas.

Um homem tentou agarrá-la no caminho de casa...

- *“...um garoto tentou roubar-lhe um beijo e ganhou um tapa. Marina não achava graça em ficar, queria um namorado e sonhava que aos dezoito anos iria aparecer seu príncipe encantado.”*

Sua mãe tinha um namorado que olhava Marina diferente.

- *“...não queria saber de homem nenhum e não confiava em ninguém”.*

A adolescência e o (des) encontro (traumático) com o sexo, o Real sexual, como algo que não se suporta. O despertar sexual cobra do adolescente posição frente ao outro sexo, hora das escolhas definitivas. Esse momento exige respostas de cada um, definições para as quais o ser humano nunca está bem preparado¹².

A questão sexual continua tendo respostas no imaginário, nas idealizações imaginárias. Essa necessidade de intelectualizar e fantasiar é outra característica da Síndrome da Adolescência Normal descrita por Knobel, que é usada pelos adolescentes como mecanismo de defesa e fuga. Uma espécie de reajuste emocional que, muitas vezes, implica em se formular um plano de vida bem diferente do que se tinha até esse momento.

- *“Marina era muito criticada pelo seu comportamento... o fato de nunca ser vista com rapazes, saía sempre só com a mãe, só estudava e trabalhava; era motivo de gozação na escola”.*

- *“... Tomou trauma de homem... Marina conhecia a realidade, mas queria fugir dela, fantasiava príncipe encantado, namoro de mãozinhas dadas e isso prejudicava Marina, que via um mundo de adulto fazendo coisas de criança. Algumas pessoas achavam que ela era lésbica, e ao refletir sobre o assunto, se perguntou se realmente não tinham razão... Queria mudar, só que não sabia como, tentava lidar consigo mesma, com os não da vida... às vezes sentia falta de alguém, mas tinha medo, o mundo era feio para ela, nenhum homem prestava...”*

- *“tenho nojo dos homens, mas também não tenho desejo pelas mulheres”.*

Ela tinha certa consciência das suas fantasias, de suas dificuldades em relação ao Outro, mas não encontrava resposta. As fantasias e os sintomas vêm responder a esta ausência de saber no Real, sobre o que complementa os sexos um pelo outro (a não-relação sexual). Apesar de se dizer que o homem aprende sobre sexo (anatomia, fecundação, contracepção), esse é um engano cruel, porque o jovem não terá garantia se o parceiro irá corresponder à sua demanda de amor. Então vai ter uma grande desilusão e muitos não tentam novamente, ficando com pavor à sexualidade⁷.

Dúvidas e questionamentos quanto à hetero ou homossexualidade são comuns na nesta idade, às vezes se expressando com sentimentos de atração pelo mesmo sexo até contato físico propriamente dito.

Ao longo da história, ela descreve outras perdas e situações difíceis:

- **No Leuceminas, se apegou a todos e começou a sofrer com as perdas inevitáveis.**

- *...uma professora saiu da escola e “Marina se abalou, só chorava, NÃO COMIA, ficava pelos cantos, triste...”*

- *...uma criança muito querida do Leuceminas faleceu. Primeiro enterro... “ficou muito abalada, NÃO COMIA, só chorava”.*

Aqui ela se apega ao outro que sofre, com o qual ela se identifica; apega-se à falta do outro, quer tampar a falta do outro, não suporta o sofrimento do outro, porque se vê aí. Novamente o Real, o impossível de compreender, de suportar, o que não faz sentido, o encontro com a falta. E o sofrimento já se manifestando com a privação de comida.

- *“...sua mãe adoeceu, foi operada de um tumor abdominal, então “Marina MAL SE ALIMENTAVA, trabalhando e estudando o dobro, ainda tendo tempo de cuidar*

pessoalmente da mãe.” Apesar das dificuldades, passou direto na escola, surpreendendo a todos, “mostrando-se capaz de vencer qualquer obstáculo que a vida lhe impuser”.

Na clínica da anorexia, normalmente o momento de desencadeamento do sintoma é o relato de uma situação traumática e de desamparo, uma situação que gera estranheza para o sujeito. Neste caso, parece que a eclosão do sintoma se dá aqui, primeiro surgindo como uma tentativa fálica, “eu dou conta”. Continua também a tentativa de resposta com o saber, onde ela consegue sucesso, que mantém um brilho fálico; um lugar onde é valorizada.

Em 2005, ela parou de estudar, pois tinha que trabalhar e cuidar da mãe e ficou muito triste.

A tentativa fálica fracassa. Ela busca a saída anoréxica, a qual não deixa de ter também algo do eu dou conta! A anoréxica até certo ponto consegue o que as outras mulheres não conseguem. Ela se afirma pela negação, pela recusa: Não, ela não come nada! Aparentemente e por um momento, se sente vitoriosa. Mostra, com sua recusa, que a boca não se satisfaz só com o alimento⁸.

- **“...voltou a estudar..., mas tinha que recuperar todo o tempo perdido, então passou a estudar muito, parou de comer, parou de dormir, desmaiava. “Se esforçou, mas acabou adoecendo. NÃO COMIA DIREITO, só estudando, exigia o máximo de si mesma, não admitia falhas. ...ficou mais de um mês sem comer, emagreceu 15 kilos; e o pior aconteceu: Marina desistiu da vida!”**

- **“...tinha o péssimo hábito de não se alimentar se estivesse com algum problema; e como sempre os tinha, sua alimentação era péssima...”**

- **“...se dedicou mais aos estudos para enfrentar a UFMG e menos á saúde; SEMANAS SEM SE ALIMENTAR, se pressionava muito pois todos estavam na expectativa... ela se sentia obrigada a passar...” ...perdeu o vestibular por um ponto. A depressão derrubou Marina; falava em morrer, tentou o suicídio, parou de trabalhar... NÃO CONSEGUIA COMER, quando forçava, vomitava; perdeu peso visivelmente; nada animava Marina...”**

Agora a compensação fálica no estudo também falhava, as coisas se complicam, os sintomas anoréxicos se acentuam.

Observa-se que a paciente iniciou o quadro com sintomas de Anorexia Nervosa: abstenção de alimentos causando perda de peso de até 15 kilos (sic), ficando com peso abaixo do esperado neste período, seguido de amenorréia e certa distorção da imagem corporal. Depois começou com sintomas bulímicos (vômitos, uso de laxantes, diuréticos, drogas para

emagrecer e alguns episódios de comilança). Fato este que não é raro: a bulimia se iniciando após episódio de anorexia.

Estes trechos também mostram outra característica comum das pacientes que desenvolvem anorexia: são rígidas, meticulosas e perfeccionistas; têm histórico de boas filhas e alunas exemplares; traçam metas elevadas de realização e êxito, e têm como princípio não perder o controle das situações. Muito apegadas aos pais, sentem a adolescência como uma fase extremamente perigosa. Deixar de comer e manter um peso abaixo do esperado torna-se um meio de continuar a receber cuidados e manter a dependência infantil.

As passagens ao ato ou acting-out (...tentou o suicídio) são respostas clássicas à fantasia que falha. Quando falha o sintoma, elas servem de últimas barragens para angústia.

Após o Natal de 2006, iniciou o tratamento no NIAB.

Chegou ao Serviço como a maioria das anoréxicas: trazida pela mãe, com história prévia de consulta a vários médicos e vários exames e com discurso pronto “*Eu tenho anorexia. Eu não como e vomito duas vezes ao dia*”.

Ao descrever seu acompanhamento, vemos sintomas comuns à clínica dos transtornos alimentares - cansaço, tonteiras, múltiplas dores (garganta, dentes, dedos, abdome, costas, cabeça, pernas), fraqueza, falta de ar, queda de cabelo, amenorréia, hematêmese, desidratação – causados pela restrição alimentar, vômitos e uso abusivo de laxantes, diuréticos.

Também vemos diretrizes importantes para o tratamento destas pacientes: 1) Equipe multidisciplinar; 2) O analista deve ocupar um lugar fundamental e o trabalho não deve focar o transtorno alimentar, mas os problemas emocionais sobre os quais emana o transtorno; 3) A intervenção clínica, com medicamentos e até hospitalização, é importante para manutenção da vida e alívio sintomático; 4) A atuação psiquiátrica e o uso de psicotrópicos (antidepressivos, neuroléptivos...) são muitas vezes imprescindíveis para barrar o gozo mortífero em algumas pacientes.

No período de maio a setembro de 2007, apresentou comportamento infantilizado, relatou ver vultos, uma amiga invisível e ouvir vozes, que foram relacionadas posteriormente ao uso de drogas inibidoras do apetite.

Construiu uma saída pela “loucura”? Uma parceria de gozo com as amigas, que constituem uma pequena comunidade de gozo: “as anoréxicas”. Ocorrem aprontações, passagens ao ato. A tendência grupal é outra característica da Síndrome da Adolescência Normal, na qual a busca pela individualidade desloca o sentimento de dependência dos pais

para o grupo de amigos, onde todos se identificam com cada um. “Frente à angústia da ausência de uma identidade, é menos desesperador ser anoréxica do que ninguém.”

Em um caderno que me mostrou durante uma consulta em setembro de 2007, a adolescente fez uma comparação entre as conseqüências da doença (dor de estômago, dor de dente, sem menstruação, vômito, cabelo caindo, dor de garganta...) e as conseqüências dos remédios (dor de estômago muito forte, aumento na dor de dente e de garganta, triplicação do vômito, *alucinação e esquecimento*), sendo que as palavras *alucinação e esquecimento* estavam em destaque. Ao perguntá-la sobre quais remédios se referia, disse: “*os remédios ruins*”, referindo-se aos laxantes, diuréticos, inibidores de apetite.

- ***“caiu a ficha: agora sou mulher... e menina também”.***

Se o sintoma costuma eclodir a partir do encontro com o Real, também o encontro com o Real do sexo pode mobilizar o sujeito da posição de gozo sintomático, funcionar como barra, como ponto de basta, contenção do gozo. A partir daí, facilita o trabalho terapêutico do sujeito.

- ***Queixava-se da mãe, que não lhe dava espaço. “Quero crescer, mas minha mãe não deixa... quer me controlar sempre. Não consigo dizer ‘não’ para ela”.***

A família tem papel preponderante na questão da anorexia nervosa, tanto em sua gênese quanto na manutenção e no tratamento. Estudos mostram que as famílias das meninas anoréxicas tendem a ter dificuldade em estabelecer limites, com dinâmica familiar caótica e regras de funcionamento pouco estabelecidas. A família, muitas vezes, aparece com pouca diferenciação entre seus membros, misturando-se frequentemente os papéis, e o filho pode achar que é responsável pelos problemas dos pais, interferindo nas situações familiares. Há também um controle exagerado por parte dos pais, o que leva a paciente a ter medo de errar assumindo suas próprias decisões. Há dificuldade em conversar sobre conflitos, lidar com as situações de separação e luto e em viver a sexualidade de forma adulta. Em muitos casos, os pais não conseguem aceitar o crescimento dos filhos e acompanhar sua adolescência. Durante o tratamento, é desejável que não apenas o paciente, mas todo o grupo familiar elabore seus lutos e aceite o crescimento e amadurecimento do outro^{4,5,9}.

Infelizmente, nem sempre se consegue a colaboração da família. Em muitos casos, a própria dinâmica familiar e a capacidade de manipulação desenvolvida pelos filhos mantém o quadro patológico. 1º porque a mãe em geral tende a mostrar sentimentos ambivalentes em relação à filha (ex: não consegue seguir as orientações do médico) e 2º porque o pai, na

maioria das vezes, não consegue exercer seu papel de interditor, separando psiquicamente mãe e filha, e protegendo esta última de uma relação sufocante e invasiva⁵.

Em outubro, sua mãe foi para o interior cuidar de sua avó que estava doente, e ela assumiu as responsabilidades da casa, de cuidar do irmão caçula e substituiu a mãe em seus dois empregos. Começou a se alimentar melhor, parou de sentir dores, e disse que estava em paz em casa. Ficou com um amigo (paixão antiga da adolescência) e conseguiu relaxar e sentir prazer, dando beijos e até permitindo um pouco mais de intimidade. Ficou também com outros rapazes, queria voltar com o ex-noivo, mas sem compromisso.

É interessante como o sintoma vai permitindo um tempo para elaborar uma posição diante do insuportável do sexo, do ser mulher, de se haver com este lugar da mulher. É bom lembrar que Freud colocava as duas grandes tarefas da puberdade: a sexualidade e a separação dos pais (ou do outro parental), ou o deslocamento do círculo familiar para o laço social, ou a passagem adolescente do mundo infantil para o mundo adulto. Talvez, o afastamento físico da adolescente e sua mãe tenha ajudado nessas tarefas.

Assim, segundo a psicanálise, concluímos que a adolescência é a declinação de uma série de escolhas sintomáticas em relação a esse real impossível da puberdade e da não-relação sexual. O sintoma vem responder a esta ausência de saber de cada sujeito.

Na prática, estas jovens encontram-se num momento difícil de suas vidas que é a adolescência. Adolescer significa crescer, desenvolver-se, e cabe a nós profissionais de saúde, educadores e pais, ajudá-los a enfrentar este caminho desconhecido e muitas vezes ameaçador, dando-lhes a possibilidade de viver este momento com maior maleabilidade e aceitação de seu novo estado físico e mental, proporcionando-lhes enfim, um futuro melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO, M.R.D. Educação Sexual: Uma Questão em Aberto. In: SAITO, M.I., SILVA, L.E.V. **Adolescência - Prevenção e Risco**. São Paulo: Atheneu, 2001, Cap. 13. p.129-143.
2. LEAL, M.M., SAITO, M.I. Síndrome da Adolescência Normal. In: SAITO, M.I., SILVA, L.E.V. **Adolescência - Prevenção e Risco**. São Paulo: Atheneu, 2001, Cap. 10. p.105-113.
3. STEVENS, A. Adolescência, Sintoma da Puberdade. **Curinga** 20, Esc. Brás. Psican. – seção Minas Gerais, 2004, p.27-39.
4. GOLDBERG, T.B.L. Anorexia Nervosa e Bulimia. In: COATES, V., BEZNOS, G.W., FRANÇOZO, L.A. **Medicina do Adolescente**. São Paulo: Sarvier, 2003, seção II, cap.5, p.105-112.
5. WIENBERG, C. As Meninas-Roseira. **Mente e Cérebro**. São Paulo, Ano XVI, n. 171, abril 2007, p.76-83
6. ABERASTURY, A., KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
7. PIMENTA FILHO, J.A. Adolescentes, Qual a Transição Hoje? **Curinga** 20, Esc. Bras. Psican. – Seção Minas Gerais, 2004, p.123-130
8. FERREIRA, R.A. **Anorexia e Bulimia: A Condução do Tratamento**. Belo Horizonte, 2003.
9. CERESER, M.G, CORDÁS, T.A. Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia. In: SAITO, M.I., SILVA, L.E.V. **Adolescência - Prevenção e Risco**. São Paulo: Atheneu, 2001, Cap. 26. p.269-276.
10. FERREIRA, R.A., MOTTA, M.F., SILVA, A.R.C. **Distúrbios Emocionais na Adolescência**, Belo Horizonte.
11. PIMENTA FILHO, J.A. Adolescência como Sintoma. **Curinga** 21, Esc. Bras. Psican. – Seção Minas Gerais, jun. 2005, p.61-72.
12. SAITO, M.I. Visão Histórica da Sexualidade: Reflexões e Desafios. In: SAITO, M.I., SILVA, L.E.V. **Adolescência - Prevenção e Risco**. São Paulo: Atheneu, 2001, Cap. 12. p.121-127.
13. SEGATTO, C., PADILLA, I., FRUTOSO, S. Por Dentro da Mente de Uma Anoréxica. *Época*, São Paulo, n. 144, nov. 2006.