



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 6

Atena
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 6

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG) | |
|---|---|
| C569 | Ciências da saúde [recurso eletrônico] : da teoria à prática 6 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde. Da Teoria à Prática; v. 6) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-398-9 DOI 10.22533/at.ed.989191306 1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Saúde – Políticas públicas. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II.Série. CDD 362.10981 |
| Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422 | |

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O material a seguir compõe o sexto volume da coleção “Ciências da Saúde: da teoria à prática”. Ao todo são onze volumes que irão abordar de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos, revisões e inferências sobre esse amplo e vasto contexto do conhecimento relativo à saúde. A obra em todos os seus volumes reúne atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em diversas regiões do país, que analisam a saúde em diversos dos seus aspectos, percorrendo o caminho que parte do conhecimento bibliográfico e alcança o conhecimento empírico e prático.

De forma especial neste volume abordamos as atividades de pesquisa desenvolvidas em diversas regiões do país, com enfoque psicologia e suas áreas afins, que partem do princípio da análise minuciosa e fundamentada de questões referentes à saúde em diversos dos seus aspectos.

O campo da pesquisa teórica em psicologia é muito vasto, e exige dos pesquisadores metodologias minuciosas dos professores que investigam os diversos aspectos psíquicos da saúde dos indivíduos. É uma área que possui um leque muito diverso, assim um volume que possui temáticas tais como: cirurgia bariátrica, relacionamento abusivo, autismo, psicologia positiva, trabalho, terapia intensiva neonatal, assistência farmacêutica, suicídio, religiosidade, obesidade, microcefalia, saúde coletiva e mental, acupuntura, terapia ocupacional, torna-se de fato relevante tanto para o acadêmico que necessita de material de qualidade para sua formação, quanto para o docente que constantemente necessita de se atualizar.

Portanto, todo o material aqui apresentado nesse sexto volume, é de fato importante não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Nosso profundo desejo é que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO PROCESSO DE CIRURGIA BARIÁTRICA PARA PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR | |
| Michele Azevedo e Silva | |
| Eliana Isabel de Moraes Hamasaki | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913061 | |
| CAPÍTULO 2 | 14 |
| AMOR OPRESSOR: O PSICÓLOGO E SUAS AÇÕES PARA MUDANÇAS NA VIDA DA VÍTIMA DE RELACIONAMENTO ABUSIVO | |
| Winthney Paula Souza Oliveira | |
| Mônica dos Santos de Oliveira | |
| Francisca Tatiana Dourado Gonçalves | |
| Rudson Vale Costa | |
| Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha | |
| Evando Machado Costa | |
| Pedro Wilson Ramos da Conceição | |
| Maria do Socorro de Sousa Cruz | |
| Murilo Simões Carneiro | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913062 | |
| CAPÍTULO 3 | 23 |
| APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE | |
| Marcos Antonio de Sousa Rodrigues Moura | |
| Adria Miranda de Abreu | |
| Marx Rodrigues de Moura | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913063 | |
| CAPÍTULO 4 | 34 |
| ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM E DO COMPORTAMENTO EM PACIENTES COM AUTISMO | |
| Bárbara Freitas Almeida | |
| Johne Filipe Oliveira de Freitas | |
| Mariane Silveira Barbosa | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913064 | |
| CAPÍTULO 5 | 38 |
| AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA POSITIVA PARA O BEM ESTAR FAMILIAR | |
| Mônica dos Santos de Oliveira | |
| Jardell Saldanha de Amorim | |
| Winthney Paula Souza Oliveira | |
| Pedro Wilson Ramos da Conceição | |
| Evando Machado Costa | |
| Francisca Tatiana Dourado Gonçalves | |
| Silvinha Rodrigues de Oliveira | |
| Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa | |
| Eliane Vanderlei da Silva | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913065 | |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 6 | 49 |
| AS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS DECORRENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA | |
| Sergiana de Sousa Bezerra Maria Eniana Araújo Gomes Pacheco | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913066 | |
| CAPÍTULO 7 | 65 |
| COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA | |
| Fabiane de Amorim Almeida Alessandra Pinheiro Margoni | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913067 | |
| CAPÍTULO 8 | 78 |
| CONSTRUINDO ESPAÇOS DE FALA E ESCUTA COM ADOLESCENTES ESCOLARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| Rayssa Madalena Feldmann Kamilla Mueller Gabe Isabela Terra Raupp Sofia Perez Lopes da Silveira Almerindo Antônio Boff | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913068 | |
| CAPÍTULO 9 | 86 |
| CONTRIBUIÇÃO DA REDETERAPIA PARA A SAÚDE DE CRIANÇAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL | |
| Maria Gabriela Miranda Fontenele Denise Lima Nogueira Nelita Alves Medeiros do Nascimento Keila Maria de Azevedo Ponte Renides Brasil de Lima Renan Vieira Furtado | |
| DOI 10.22533/at.ed.9891913069 | |
| CAPÍTULO 10 | 93 |
| CUIDADO FAMILIAR E SUBJETIVIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS | |
| Isabela de Oliveira da Cunha Daniel Magalhães Goulart | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130610 | |
| CAPÍTULO 11 | 106 |
| DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL | |
| Rosali Maria Ferreira da Silva Anna Beatriz Pereira Silva Maria da Conceição Freitas Laysa Creusa Paes Barreto Barros Silva Karolynne Rodrigues de Melo José de Arimatea Rocha Filho Maria Selma Lopes Machado Maria Joanellys dos Santos Lima Williana Tôrres Vilela Pedro José Rolim Neto | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130611 | |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 12 | 116 |
| ENTRE CENÁRIOS, VIDAS E INVENÇÕES: O OCUPPA PRAÇA | |
| Laís Macedo Angelo | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130612 | |
| CAPÍTULO 13 | 119 |
| ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO EM ESCOLARES ADOLESCENTES | |
| Amanda Oliveira Bernardino Cavalcanti de Albuquerque | |
| Natália de Oliveira Freitas | |
| Annielly Arruda do Nascimento | |
| Nayanne Samara Silva Costa | |
| Ricardo Nascimento Bezerra | |
| Ester Cecília Laurindo da Silva | |
| Amanda Gabriela Rocha de Souza | |
| Fabiola de Alencar Mendes Gonçalves | |
| Gustavo Aires de Arruda | |
| Aurélio Molina da Costa | |
| Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130613 | |
| CAPÍTULO 14 | 129 |
| EXPLORANDO O PAPEL DA RELIGIOSIDADE NA EXPLICAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL | |
| Kairon Pereira de Araújo Sousa | |
| Emerson Diógenes de Medeiros | |
| Anne Caroline Gomes Moura | |
| Paloma Cavalcante Bezerra de Medeiros | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130614 | |
| CAPÍTULO 15 | 145 |
| INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: ÊNFASE NA GESTÃO DO CUIDADO | |
| Jordana Rodrigues Moreira | |
| Audenir Tavares Xavier Moreira | |
| Aline Ávila Vasconcelos | |
| Carlos Bruno Silveira | |
| Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira | |
| Jhennifer de Souza Góis | |
| Kellinson Campos Catunda | |
| Lucas Queiroz dos Santos | |
| Lourdes Suelen Pontes Costa | |
| Maria Salete Bessa Jorge | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130615 | |
| CAPÍTULO 16 | 152 |
| O ENCARCERAMENTO DE MULHERES: O CUIDADO E CONTROVÉRSIAS EM SAÚDE | |
| Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro | |
| Niedja Mara Silva Fontes de Deus | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130616 | |
| CAPÍTULO 17 | 165 |
| A EXPERIÊNCIA DE ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS | |
| Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros | |
| Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130617 | |

CAPÍTULO 18 178

O PAPEL DO PSICÓLOGO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE, FAMÍLIA E EQUIPE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO PIAUÍ

Jonathan Ruan de Castro Silva

Priscila Souza Rocha

Eldana Fontenele de Brito

DOI 10.22533/at.ed.98919130618

CAPÍTULO 19 184

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTANDO O PRECONCEITO

Fabiane de Amorim Almeida

Ana Carolina Santiago

DOI 10.22533/at.ed.98919130619

CAPÍTULO 20 195

ORIENTAÇÕES PARA PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

Jonas Loiola Gonçalves

Andréia Mônica da Silva Costa

Karina Rocha da Silva

Thiago Silva Ferreira

Tatiana Oliveira Nóbrega

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130620

CAPÍTULO 21 203

QUALIDADE DE VIDA DE FORMANDOS EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Melkyjanny Brasil Mendes Silva

Charlyan de Sousa Lima

Franciane Silva Lima

Lucas Gabriel Pereira Viana

Jéssica Maria Linhares Chagas

Bruna dos Santos Carvalho Vieira

Francilene Cardoso Almeida

Dávila Joyce Cunha Silva

Rosalina da Silva Nascimento

José Ribamar Gomes Aguiar Júnior

Valquiria Gomes Carneiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130621

CAPÍTULO 22 213

REFORMA PSIQUIÁTRICA, CIDADANIA E BANALIZAÇÃO DA INTERDIÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Vânia Monteiro de Menezes

Andréia de Fátima de Souza Dembiski

Pedro Felipe Furlaneto Nava

Renata Garutti Rossafa

Maria Beatriz Bastos Párraga

Vera Lúcia Blum

Sirlene Guimarães Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130622

CAPÍTULO 23 229

SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL: INTERFACES DE UM DIÁLOGO

Rodrigo Scalabrin
Maria Andreolina do Nascimento Oliveira
Paôla Kessy de Souza Belo
Calvino Camargo

DOI 10.22533/at.ed.98919130623

CAPÍTULO 24 244

SAÚDE E BEM-ESTAR NAS ONDAS DE RÁDIO: GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO DE QUALIDADE

Wanderson Sant 'Ana de Almeida
Luana Kronit Bastos
Kárita Misaele Sousa Felipe
Gabriela dos Reis
Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.98919130624

CAPÍTULO 25 250

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Maria Lusía de Moraes Belo Bezerra
Geraldo Mário de Carvalho Cardoso
Rosana Quintella Brandão Vilela
Divanise Suruagy Correia
Karina Perrelli Randau

DOI 10.22533/at.ed.98919130625

CAPÍTULO 26 262

SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS MATERNAS DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DOS FILHOS E AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE ACEITAÇÃO

Winthney Paula Souza Oliveira
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves
Rudson Vale Costa
Mônica dos Santos de Oliveira
Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha
Evando Machado Costa
Pedro Wilson Ramos da Conceição
Maria do Socorro de Sousa Cruz
Murilo Simões Carneiro

DOI 10.22533/at.ed.98919130626

CAPÍTULO 27 272

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL E ACUPUNTURA: ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO DO IDOSOS

Alanna Rosa Mota Carvalho Pivatto

DOI 10.22533/at.ed.98919130627

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 28 | 286 |
| TERAPIA OCUPACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÕES COM PACIENTE HOSPITALIZADO | |
| <p>Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin Gisele Brides Prieto Casacio Célia Emília de Freitas Alves Amaral Moreira Liana Maura Naked Tannus Samara Olivia dos Santos</p> | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130628 | |
| CAPÍTULO 29 | 296 |
| TRANSTORNOS ALIMENTARES – APOIO FAMILIAR | |
| <p>Renata Zanella Wilian Joaquim de Almeida Elisete Teleginski Deitrichkeit Kerli De Meira Golfetto Wellington Souza</p> | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130629 | |
| CAPÍTULO 30 | 303 |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SITUAÇÕES DE CRISE PSICOLÓGICA | |
| <p>Débora Carvalho Cardoso Vitorino Nara Cíntia Alves Cordeiro Ilana Mendes Cabral Rita Hyannara de Sousa Carvalho Larissa Sousa Marinho</p> | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130630 | |
| CAPÍTULO 31 | 310 |
| USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UMA EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE COM PAIS DE ALUNOS EM CRECHES DE MARABÁ-PA | |
| <p>Letícia Dias Lima Jedlicka Priscila da Silva Castro Eliana Lima Ferreira Eric Renato Lima Figueiredo Leiliane dos Santos da Conceição Aline Coutinho Cavalcanti</p> | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130631 | |
| CAPÍTULO 32 | 314 |
| VIDAS ATRAVESSADAS PELO ABUSO SEXUAL E PELO TRANSTORNO ALIMENTAR | |
| <p>Denise Brito da Rocha Angela Cardoso Andrade Carlos Antônio Bruno da Silva</p> | |
| DOI 10.22533/at.ed.98919130632 | |
| SOBRE O ORGANIZADOR | 329 |

VIDAS ATRAVESSADAS PELO ABUSO SEXUAL E PELO TRANSTORNO ALIMENTAR

Denise Brito da Rocha

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

Angela Cardoso Andrade

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

Carlos Antônio Bruno da Silva

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

RESUMO: Estudos relatam a associação entre o abuso sexual infantil e a emergência dos transtornos alimentares, porém muito pouco tem sido identificado em pesquisas qualitativas. A partir destas averiguações, esta pesquisa teve como objetivo identificar as possíveis consequências do abuso sexual na autoestima e na autoimagem corporal das depoentes. Foram entrevistadas cinco mulheres com transtornos alimentares e com história prévia de abuso sexual em um ambulatório de transtornos alimentares em Fortaleza-CE. O sentimento de violação diante do abuso enfraquecia a relação de confiança estabelecida pelos laços familiares com o agressor. Por não identificarem claramente o que estava acontecendo, as vítimas reagiam ao abuso por meio do silêncio e da fragilidade do *self*. Com o aparecimento de curvas na adolescência, a sensação de

desconforto e insatisfação com a autoimagem se intensificava. Essa insatisfação fez com que buscassem mudanças corporais através do comportamento alimentar inadequado.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno alimentar; abuso sexual; autoestima; autoimagem; pesquisa qualitativa

LIVES CROSSED BY SEXUAL ABUSE AND EATING DISORDER

ABSTRACT: Studies report the association between child sexual abuse and the emergence of eating disorders, but very little has been identified in qualitative research. Based on these findings, this research aimed to identify the possible consequences of sexual abuse on the self-esteem and the body self-image of the deponents. Five women with eating disorders and a previous history of sexual abuse in an outpatient clinic for eating disorders in Fortaleza-CE were interviewed. The aggression caused by a Family member weakened Family ties. Because the victims did not realize the violence they had suffered, they reacted to abuse through silence and self weakening. During adolescence the sensation of discomfort and dissatisfaction with self-image were intensified. This dissatisfaction has caused abuse victims to seek body changes through inappropriate eating behavior.

KEYWORDS: eating disorder; sexual abuse;

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que as crianças possuem uma inocência e uma imaturidade para discernir determinadas ações e atitudes a que são expostas em sua rotina de vida. O acompanhamento e o cuidado familiar tornam-se essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável desse ser. Porém, como reagir quando é a própria família que aplica uma ação inapropriada, tanto biologicamente quanto psiquicamente, em uma criança? Quais as consequências que essa atitude pode desencadear na psique?

A ação inapropriada refere-se ao abuso sexual que é caracterizado pelo contato de um adulto com uma criança/adolescente, utilizando-a como forma de obter prazer, satisfazendo necessidades ou desejos sexuais e causando danos psicológicos e físicos à vítima (VECINA; FERRARR, 2002).

A prevalência de abuso físico e sexual entre mulheres com algum transtorno psiquiátrico é de 72%, sendo que 21% sofreram apenas AS e 33% passaram por abuso sexual e físico (KERR CORREA et al, 2000). Dentre os distúrbios psiquiátricos associados a abusos na infância, os transtornos alimentares parecem ter destaque.

Estudo epidemiológico realizado em 1996, com amostra de 1099 mulheres americanas, identificou maior incidência de comportamento bulímico entre as mulheres que sofreram abuso sexual na infância, e que até um terço dos casos de bulimia poderiam ser atribuídos à experiência de abuso (WONDERLICH et al, 1996). Em pesquisa similar de 2005 apontaram que há uma prevalência entre 24 e 65% de antecedentes de violência sexual em pessoas com diagnóstico de bulimia nervosa (LEAL et al, 2005). Em contrapartida, encontraram em um estudo de 2011 um índice maior na relação entre anorexia e abuso sexual, bem como a maior parte dos indivíduos com anorexia era do subtipo purgativo (PARAVENTI et al, 2011).

Em um estudo mais recente, realizado em 2015, com 393 mulheres com obesidade foi identificado que o histórico de violência sexual aumentava significativamente a probabilidade de comorbidades psiquiátricas, como o transtorno da compulsão alimentar (MAZAGATOS; INGLES-BORDA; LÓPEZ-PICADO, 2015) de los abusos sufridos y de las violencias y repercusiones de la obesidad en las relaciones sexuales de los pacientes. Resultados: la mayoría de los pacientes entrevistados con antecedentes de abusos sexuales eran mujeres (n=39; 88,6%).

Experiências traumáticas na infância, especialmente relacionadas à sexualidade, têm capacidade perturbadora da personalidade, da autoimagem e da autoestima, resultando, ao longo do ciclo vital, em alterações da percepção corporal e psíquica durante fases de transição (NARVAZ; OLIVEIRA, 2009). Os distúrbios da personalidade citados são comumente identificados nos pacientes com transtornos alimentares, em especial a distorção da imagem corporal e a baixa autoestima (NARVAZ; OLIVEIRA,

2009).

Pessoas em sofrimento psíquico, principalmente as que foram acometidas pela violência sexual, geram preocupação e responsabilidade para a saúde coletiva visto que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o abuso sexual infantil é considerado um dos maiores problemas de saúde pública devido às lesões e aos traumas psíquicos que podem perdurar durante toda a vida da vítima (Alves, Alves, & Araújo, 2013). Além disso, devido à descrença dos adultos sobre o ocorrido com as crianças, cerca de 20 a 40% dos abusos sexuais perduram por longo período e apenas 5% das vítimas relatam o seu histórico de abuso aos seus médicos e, em geral, apenas na idade adulta. Esse público gera maiores custos de cuidados primários de 10 a 40% e de cuidados total de saúde de 13 a 43% (CHEN et al, 2010; PFEIFFER; SALVAHNI, 2005)

Com esses dados, foi identificado um número restrito de pesquisas no âmbito nacional, e observado que as evidências são principalmente de esfera quantitativa. Nessas circunstâncias, constatou-se a necessidade de compreender o enlace simbólico entre a história de abuso sexual e o desencadeamento dos transtornos alimentares dos pacientes atendidos nos ambulatórios de transtorno alimentar de Fortaleza-CE. Como objetivos secundários, discutiu-se as consequências do abuso sexual na autoestima e na autoimagem corporal das depoentes, compreendeu-se o contexto familiar das vítimas de abuso sexual intrafamiliar, identificou-se os fatores desencadeantes na história de vida das depoentes que sofreram violência sexual para o desenvolvimento de um transtorno alimentar, bem como relacionou o abuso sexual com os transtornos alimentares das pacientes em atendimento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma abordagem qualitativa com o desenho de pesquisa clínico-qualitativo por envolver o uso de métodos e técnicas capazes de descrever e interpretar os sentidos dados às histórias de vida de usuários de um ambulatório de transtorno alimentar (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016; TURATO, 2000).

O método utilizado foi o fenomenológico por seguir os três momentos fundamentais dessa investigação: a redução fenomenológica, na qual há a suspensão dos conceitos prévios sobre o abuso sexual com o intuito de não influenciar o que está sendo percebido no meio; a descrição dos vetores internos aos fenômenos, referente aos registros realizados durante a pesquisa; e finalmente a explicação da experiência, por meio da discussão dos dados coletados. Além disso, como a violência sexual e o transtorno alimentar envolvem a relação do sujeito com o corpo, fundamentou-se através do conceito central de corpo de Merleau Ponty (MERLEAU PONTY, 2011).

Optou-se em pesquisar pacientes do sexo feminino por encontrar esse público mais facilmente nos ambulatórios, além de estudos mostrarem maior prevalência

de transtornos alimentares em mulheres, principalmente anorexia nervosa e bulimia nervosa, bem como a violência sexual infantil é acometida em maior proporção em crianças do sexo feminino (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2017; NARVAZ; OLIVEIRA, 2009).

Assim, a pesquisa foi realizada em um ambulatório de transtorno alimentar localizado em Fortaleza – CE. O programa é voltado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito nacional e oferece atendimentos psicoterápicos e nutricionais semanalmente, enquanto o atendimento médico é mensalmente.

No período da pesquisa havia 24 pacientes em atendimento no ambulatório. Destes, seis pacientes tinham o diagnóstico de transtorno alimentar e o histórico de abuso sexual na infância ou adolescência e cinco delas foram entrevistadas. Uma paciente não participou da pesquisa por ser menor de idade e, portanto, não preenchia os critérios de inclusão, que era:

1) Ter a partir de 18 anos de idade

2) Ter o histórico de abuso sexual na infância ou pré-adolescência independente da forma, do tempo de abuso e do autor identificado pela equipe interdisciplinar ou por meio de prontuários

3) Ter recebido o diagnóstico de transtorno alimentar, conforme os critérios definidos no DSM-V.

4) Estar em atendimento no ambulatório de transtorno alimentar

Baseado nos critérios de inclusão e com acesso aos prontuários e conversa com a equipe interdisciplinar, foram selecionadas as possíveis depoentes. Estas foram apresentadas pela psicóloga do ambulatório à pesquisadora, que as convidou a participar da pesquisa. Para preservar o nome das depoentes, foram utilizados nomes fictícios.

Ao concordarem em contribuir com o estudo, foram realizadas entrevistas por meio de perguntas norteadoras que possibilitaram que as depoentes se expressassem livremente e evitassem a indução de respostas, como exposto abaixo:

Você poderia falar um pouco de como foi sua infância. Como seu pai e sua mãe criaram você? (Tipo de criação paterna e materna)

Você poderia desenhar a sua família? (Pedir explicação do desenho)

Ao tocar sobre abuso sexual na infância/adolescência. Você poderia descrever o que aconteceu? (Tempo cronológico do abuso, familiaridade do abusador, momento do dia em que ocorriam os abusos, presença de segredo, tipo de violência, reação de um responsável ao saber)

Como você enxerga o seu corpo? (Presença de padrão estético, como era antes do abuso e como passou a se enxergar após o abuso, relação com o alimento)

Além do corpo, como você se considera? (Autoestima, autoconceito)

Você faz o uso de algum método compensatório? Qual? Quais as sensações?

Foi utilizado um gravador portátil para registrar todas as entrevistas e um computador para transcrever na íntegra as informações coletadas. Após a transcrição

dos dados para o editor de texto Word, as entrevistas foram lidas, grifadas as partes importantes e nomeadas em recortes temáticos. Em seguida, todas as entrevistas foram agrupadas de acordo com a temática para facilitar a visualização dos achados para discussão (MINAYO et al., 2016).

É importante ressaltar que o estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob cadastro de número 2.010.860, conforme as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 510/16.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

As entrevistas ocorreram no período de abril a junho de 2017 e foram realizadas com a intenção de responder todos os objetivos da pesquisa. Assim, cada depoente teve uma quantidade e uma duração de entrevistas distintas, respeitando sempre o limite de cada depoente. Os encontros foram finalizados com a resposta de todos os tópicos presente no roteiro de entrevista e com a saturação de informações.

Para preservar o nome das depoentes, foram utilizados nomes fictícios.

| Depoente | Ana | Bruna | Carol | Diana | Elisa |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Número de entrevistas | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| Tempo total de entrevista | 2h e 45 minutos | 2h e 42 minutos | 1h e 52 minutos | 1h e 54 minutos | 2 h e 6 minutos |

Tabela 1. Identificação das depoentes e número de entrevistas

Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

| Depoente | Ana | Bruna | Carol | Diana | Elisa |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Idade atual | 42 | 51 | 28 | 39 | 40 |
| Estado Civil | Solteira | Casada | Casada | Casada | Separada |
| Número de filhos | - | 2 filhos | - | 3 filhos | 1 filho |
| Grau de Instrução | Pós-graduação | Ens. Médio completo | Ens. Superior Completo | Ens. Médio Completo | Ens. Fundamental completo |
| Atuação | Pedagoga | Aux. Administrativa | Nutricionista | Cabelereira | Diarista |
| Diagnóstico | Anorexia subtipo purgativo | Anorexia subtipo purgativo | Bulimia | Transtorno da compulsão alimentar | Bulimia |
| Familiaridade do abusador | Pai e irmão | Irmão, primo e marido | Tio | Tio | Tio |
| Tempo de tratamento | 4 anos e 4 meses | 4 anos | 2 anos | 1 ano | 1 ano e 6 meses |

Tabela 2. Dados sociodemográficos das depoentes

Serão apresentados os dados encontrados e discutidos em quatro categorias: *abuso sexual, contexto familiar, autoimagem e autoestima, e transtorno alimentar*. Porém, antes de adentrarmos as temáticas, faremos uma síntese da história de vida de cada depoente:

ANA

Nasceu no interior do Ceará e morava em uma casa com seus pais e seis irmãos. Todos homens. O irmão mais novo nasceu quando Ana já não morava mais com a família.

Seu pai era alcóolatra e autoritário, características que apareciam frequentemente nas brigas com a mulher e com os filhos. No entanto, Ana acreditava ser protegida do pai, pois, além de ser carinhoso com ela, seus irmãos não podiam brigar com Ana que logo o seu pai se posicionava contra os filhos homens. No entanto, à medida que Ana crescia, percebeu que o carinho do seu pai não era exatamente um carinho paterno e sentia-se desconfortável aos pedidos da sua mãe para que dormisse com seu pai sempre após o almoço. Além do pai, três irmãos, em momentos distintos, também falaram algo de conteúdo sexual ou tocaram em Ana, mas nada comparado à rotina frequente de investidas do seu pai.

No final da adolescência, contou o que ocorria para uma autoridade como pedido de socorro e foi retirada do seu seio familiar. Atualmente Ana mora em uma casa com um grupo de mulheres. Nunca casou e não tem filhos.

BRUNA

Segunda filha mais nova de nove irmãos, e a caçula entre as mulheres. Nasceu no interior do Ceará e morava com seus pais e seus cinco irmãos e quatro irmãs. Com os pais ausentes, Bruna passava muito tempo do seu dia com seus irmãos e vivenciou violência física e sexual na infância com um irmão que não consegue recordar quem é.

Seus pais tinham uma teoria que, à medida que as filhas mulheres entravam na adolescência, seriam encaminhadas para casas de familiares para estudar. Os filhos homens permaneciam com os pais e iniciavam o trabalho ainda na juventude.

Bruna, na adolescência, foi morar na casa de uma tia, que chamaremos de Fátima, em Fortaleza enquanto seus pais arcavam com os seus custos. Porém, sua prima, filha de Fátima, era casada e morava ao lado da casa da mãe. Bruna foi abusada sexualmente pelo marido da prima durante todo o período em que morou com a tia. Casou-se jovem, com intenção de encerrar o que acontecia na casa da tia. Porém, ao contar para João (nome fictício dado ao marido de Bruna) sobre sua história de vida,

passou a ser abusada por ele também. Bruna é casada há 31 anos e tem dois filhos homens, de 29 e 27 anos.

CAROL

Carol nasceu em Fortaleza-CE e morava com seus pais e dois irmãos, um homem e uma mulher. Carol é a filha do meio. O seu pai viajava muito a trabalho e, como sua mãe também trabalhava, Carol ficava costumeiramente na casa da avó após a escola. Ao lado da casa da avó, morava sua tia e, no início da adolescência, Carol passou a ser abusado pelo marido dessa tia. Além de Carol, outra prima foi abusada pelo mesmo tio e informou a família o que estava acontecendo. No entanto, a tia de Carol não acreditou na informação, o que fez surgir um conflito com a sobrinha e acabou a levar Carol a se calar diante do abuso. Percebeu descontar suas questões emocionais na comida e optou por fazer o curso de Nutrição para se compreender melhor, mas percebeu que não conseguiu sucesso e procurou o ambulatório de transtorno alimentar.

Carol é casada há dois anos e não tem filhos. Após o casamento, contou ao seu marido sobre seu contexto de vida e foi encorajada a comunicar o ocorrido à família nuclear. Ao contar sobre o abuso sexual realizado pelo tio, a irmã mais nova de Carol revelou também ter sido abusada por ele a partir dos 8 anos de idade.

DIANA

Diana nasceu no interior do Ceará em uma família com oito filhos, cinco homens e três mulheres. Diana é a terceira filha mais velha. Na época, sua família passava por dificuldades financeiras e por escassez de alimentos e, em alguns períodos, seu pai conseguia levar cestas de alimento para casa, o que fazia Diana esconder algumas comidas para não acabar tão rápido. Ainda criança, Diana recebeu a responsabilidade de cuidar dos irmãos mais novos enquanto os pais iam em busca de trabalho. Se algo saísse fora do combinado, Diana era agredida pelo pai.

Na pré-adolescência, foi preciso que Diana saísse de casa para trabalhar como doméstica na casa de uma tia em Fortaleza. Sua rotina era deixar seus primos pequenos na escola, retornar para casa e ajudar nas tarefas domésticas. No entanto, muitas vezes ao retornar para casa, o seu tio já a aguardava. Passaram-se três anos com essa rotina de abuso até que Diana optou por morar na casa de uma desconhecida para evitar qualquer investida do tio. Ainda adolescente, Diana fugiu com um rapaz para São Paulo com quem teve dois filhos. Ainda grávida do segundo, seu parceiro sofreu um acidente de moto fatal. Ela então volta para o Ceará e retoma sua vida no interior da sua família. Conhece um outro rapaz, engravida pela terceira vez e seu marido é assassinado sem mesmo ter conhecido a filha. Com esse episódio, Diana abandona o interior e passa a morar em Fortaleza com três filhos pequenos. Atualmente Diana

é casada, seu marido mora em São Luís-MA, e tem três filhos, de 19, 17 e 12 anos.

ELISA

Elisa é do interior do Maranhão e a primogênita de oito filhos. Morava com seus pais, cinco irmãos e duas irmãs. Ainda criança começou a trabalhar na roça com seu pai, seu grande exemplo de ser humano. Tinha tanto o pai como referência, que no início da adolescência passou a usar as roupas dele. Já sua mãe ofereceu uma criação dura, em que a agressão física estava presente.

No final da adolescência, a tia de Elisa a convidou-a para morar com ela em São Luís-MA para concluir os estudos, pois sua cidade no interior não oferecia o ensino completo. Assim, com intuito de estudar, Elisa passa a morar com a tia na capital maranhense. Na primeira oportunidade, o tio de Elisa passa a abusá-la sexualmente o que se repete por cerca de um ano, quando Elisa descobre que está grávida. Ao informá-lo, o tio nega a paternidade e continua a abusá-la até o dia em que a sua esposa os flagra. A tia de Elisa não só descobre a traição do marido, mas também a gravidez da sobrinha, colocando-a para fora de casa com agressões físicas. Elisa retorna para o interior, mas sua família não a acolhe, pois não acredita que a relação era violenta e abusiva, mas que era consensual. Elisa deixa o seu filho com a sua mãe aos 7 meses de vida e passa a morar em Fortaleza-CE, longe de toda a confusão familiar instalada.

Elisa casou e após 17 anos se separou.

3.1 Abuso Sexual

Os agressores utilizavam a relação de confiança estabelecida pelos laços familiares e se aproveitavam da responsabilidade sob a criança para se aproximarem. A vítima, com a sensação de desproteção do outro responsável, como a mãe, a tia ou a avó, passa a se sentir insegura e tem a percepção de que realmente não será ouvida por ninguém. Nem pelo abusador, nem pelo restante da família.

Por volta de onze anos eu comecei a ser abusada sexualmente pelo meu tio e aí eu não tinha como procurar ninguém né, eu me senti muito presa, porque era na casa da minha avó (...) e todos os dias eu estava na casa da minha avó porque minha mãe trabalhava e eu tinha que ficar com alguém (...) e foi até os meus dezessete, dezoito anos (...). Ele nunca chegou a praticar o ato sexual em si, mas ele pegava onde ele podia pegar. Ele encostava (o órgão sexual), o que ele podia fazer naquele momento (...), calava a minha boca e era quase tudo o que acontecia. (Carol)

A aproximação do agressor se inicia, em geral, como uma demonstração de cuidado e afeto, exatamente para as vítimas se sentirem protegidas e talvez até privilegiadas pela atenção (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005). Comportamentos estes que não trazem estranhamento no contexto familiar. No entanto, esses carinhos vão se tornando invasivos e agressivos, o que causam uma confusão e uma incompreensão para a criança, já que considerava aquela pessoa como alguém confiável. Quando

alguém acomete a sua integridade física, a reação imediata do sujeito é a defesa ou o afastamento dela. No entanto, quando se trata de abuso sexual, a criança não tem estrutura mental para assimilar o que vem acontecendo.

Eu achava que ele (pai) me protegia quando eu era criança (...) porque eu achava que tudo que ele fazia comigo era o que os pais faziam. Ele me colocava no colo, me colocava nos braços e depois não era (...). Eu acho que seria melhor ficar com Alzheimer a lembrar dessas coisas (...) porque a pessoa que eu pensava que era meu pai não era meu pai, ele me via como uma outra mulher (...). Isso eu só fui dar conta muito depois, muito depois (...). Eu só fui dar conta mesmo de que tudo aquilo era errado, nojento, violento, com uns 12, 13, 14 anos. (Ana)

A violência sofrida pelas depoentes não foi novidade, pois já presenciavam dentro do núcleo familiar alguns tipos de agressões entre irmãos ou entre os pais. A continuidade da agressão foi, em algumas situações, naturalizada e a ausência de reação diante dela também. Gritos, puxões e palmadas eram atitudes familiares que deixavam essas crianças assustadas, amedrontadas e conseqüentemente acuadas. Quando essas ações passavam a ser apalpações, toques, roçadas e até penetração, acompanhadas de gritos, ameaças e força física, a sensação de temor e inibição passa a ser mais acentuada e, claro, de incapacidade também.

Com o poder gerado pela violência, o abusador se torna possessivo e procura controlar os passos das adolescentes com receio de que seja descoberto.

Ele sempre me dizia que se eu contasse para alguém ele me matava, então eu ia confiar? (...) Ele dizia que se eu não aceitasse ele, ele me matava no caminho do colégio. E se ele tivesse me matado mesmo, ninguém ia saber que era ele, porque ele é um santo em pessoa. (Elisa)

Essa situação acaba por desenvolver um ciclo, porque a ameaça leva ao medo, que motiva ao silenciamento da vítima. Por sua vez, o silêncio diante da agressão interfere na autoestima e na construção do *self*. Assim, com a fragilidade e a inércia do sujeito instaladas, a ameaça pelo abusador se perpetua e reforça o medo do sujeito, e assim continua o ciclo.

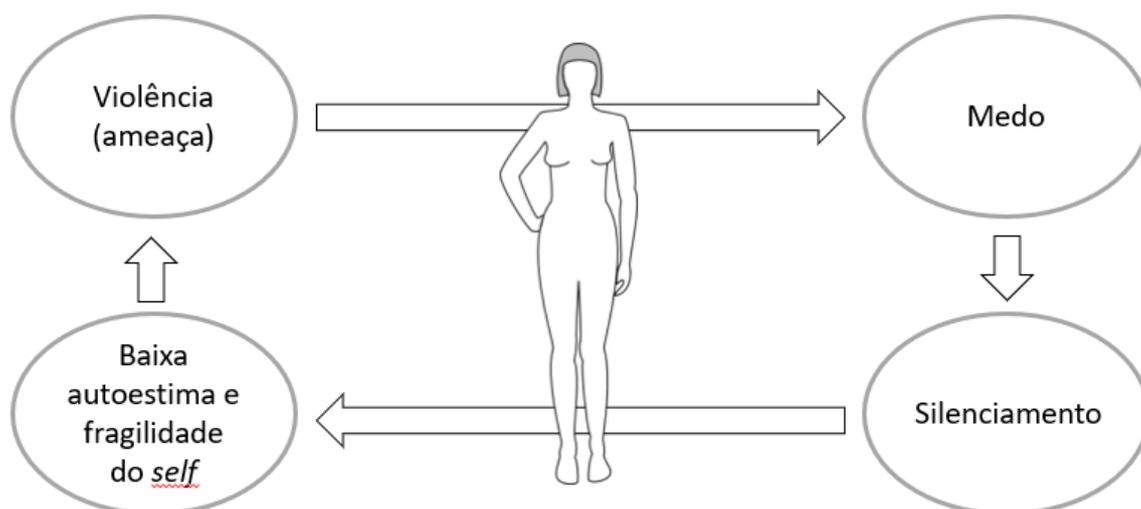


Fig. 1. Ciclo da fragilidade do self na vítima de abuso sexual

A fragilidade do *self* pode acarretar efeitos duradouros, ou até permanentes, na autoestima e na autoimagem das vítimas. Com isso, o sentimento de incapacidade em se defender e de insegurança em relação ao seu próprio valor pode ultrapassar a infância e chegar à fase adulta (ALDEODATO et al, 2005).

Como estamos tratando de crianças, pessoas em processo de desenvolvimento, é necessária a confirmação dos seus sentimentos e a construção de sua autoimagem na companhia do outro. No entanto, quando esse outro se trata de um abusador, esse sentimento é mantido afastado de si, reprimido, já que traz sofrimento, angústia e perturbação. O agressor ainda inibe a criança e exige que seja seguido regras de comportamento para despistar os outros familiares. Podemos chamar esse comportamento da criança de agir como outro espera de “falso *self*”. Assim, a vítima desenvolve uma personalidade desalojada, ensejando configurações subjetivas outras que não dizem respeito ao que a pessoa é em sua essência, pois não consegue se diferenciar e crescer com o seu verdadeiro *self*. Este foi abafado e atropelado pelo outro (MILLER, 1997).

Essa criança, então, terá que se ajustar criativamente sem nenhum apoio e arrastam o sofrimento psíquico para a vida adulta. Como a experiência traumática ocorre em um período de formação psíquica e de vulnerabilidade, a criança desenvolve uma imagem distorcida de si, uma visão deturpada de suas capacidades, bem como uma compreensão de mundo depreciado (SCORTEGAGNA; VILLEMOR-AMARAL, 2009).

3.2 Contexto familiar

Em um momento de sofrimento, a participação e o apoio dos mais próximos são fundamentais na superação das dificuldades. No caso das depoentes, quando elas mais precisavam de seus suportes, eles não só não existiam, como também eram os causadores de seus sofrimentos. A alternativa era superar as dificuldades sozinhas acompanhadas com o sentimento de desamparo e desproteção. Porém, como as sequelas do abuso seguem o sujeito durante toda a sua vida, a sensação de solidão também.

Eu faço parte (da família), mas eu não quero fazer (...). Parece quadrilha (...). Quando eu tento falar deles, quando eu tento lembrar deles, aí eu fico na dúvida se eu não sou adotada (...). Não respeitavam e não me protegiam em casa. (Ana)

Uma das formas de identificar a solidão é por meio da presença de sofrimento e da dor proveniente da perda (MOREIRA; CALLOU, 2006). Perda no sentido de não existir a presença do outro. No caso das depoentes, a perda se refere a sua dignidade, à perda de uma organização familiar, à perda de si mesmo. Quando alguém morre, entramos em um processo de luto. Quando a morte é interior, o luto passa a ser frequente e duradouro, pois o sujeito sente a sua autoestima, a sua segurança e a sua autoconservação ameaçadas, comprometendo suas questões afetivas e emocionais que são base para o estabelecimento das relações (ASSIS; AVANCI, 2004).

Winnicott (2011) esclarece que um dos objetivos da família é manter o equilíbrio da criança para evitar a angústia e a ansiedade geradas pela instabilidade familiar. O ambiente familiar, que funciona como um microsistema, tem a capacidade de contribuir no crescimento e na transformação da criança por meio da mobilidade e da flexibilidade necessárias para manter o equilíbrio. Portanto, não deveria existir criança sozinha, pois criança sozinha é criança instável e vulnerável.

Nesse espaço em que a criança passa a ter uma visão negativa do mundo e de si mesma, percebe-se o papel fundamental que os pais exercem ao transmitir seus valores e princípios. Com a assimilação de ensinamentos distorcidos, a criança constrói uma identidade de incapacidade e cristaliza uma imagem própria de não aceitação, potencializando os seus pontos fracos. Assim, atinge a adolescência insegura com o que se tornou e insatisfeita com as mudanças do corpo, pois deposita suas decepções com a família e com a experiência do abuso sexual nos contornos corporais.

3.3 Autoestima e autoimagem

quando as depoentes realizaram uma autoavaliação, percebia-se uma subestimação sobre suas características pessoais. Termos como “não sou satisfeita com o que me tornei”, “pior do que descartável”, “eu me sinto menor” e “eu sirvo para nada” demonstram que as depoentes se reconhecem como pessoas inferiores e acreditam que os outros as enxergam da mesma maneira. Isso ocorre porque pessoas que sofreram rejeição e humilhação tendem a se considerar merecedoras de desrespeito e, portanto, é esse tipo de comportamento que espera receber do outro (MEAD, 1999).

Eu me sinto um sem valor (...), um lixo, algo que você... não posso nem dizer descartável. Pior do que descartável. Porque hoje, acredita que eu já vi gente reutilizando o descartável? Então eu não classifico nem como descartável. Não dá nem para reutilizar. Não dá mesmo (...). Sabe o Piu-Piu e o Frajola? Eu acho que é a maior definição. Certo que no desenho o Piu-Piu tem horas que consegue se defender, mas porque ali é um desenho animado, na vida real não é assim. A vida sempre abate o menor (...). Eu sempre quis ser o Frajola, mas eu nunca consegui (...). O Frajola é forte. (Ana)

Entende-se que em um ambiente onde há desigualdade de poder entre duas pessoas, no qual o “mais fraco” tem menos voz, ou voz nenhuma, e o “mais forte” é capaz de invadir qualquer coisa pela sua superioridade, inclusive o corpo do outro, o surgimento do sentimento de inferioridade pelo “mais fraco” é quase inevitável. Até porque a autoestima é constituída com a participação das atitudes e valores do outro (Assis & Avanci, 2004). O que está sendo passado é que o “mais fraco” não tem poder para enfrentar o outro e não é capaz de realizar a sua vontade.

Diante disso, a tentativa de se manter afastada de novas relações interpessoais e o esforço para se tornarem imperceptíveis são frequentes. Passam a se arrumar menos, a se dedicar menos a si e a se sentirem cada vez mais insatisfeitas com a sua imagem.

A autoestima oscila durante o período da vida, de forma que os momentos significativos surtem efeitos importantes para o estabelecimento de uma forma padrão de autoestima. Por compreender que a violência intrafamiliar funciona como um dos maiores fatores que interfere na maneira como a pessoa se percebe no mundo e como se relaciona com ele, entende-se que as experiências do abuso trazem um padrão negativo para a autoestima (ASSIS; AVANCI, 2004). Afinal, depositar seus problemas na autoimagem e na autoestima pode ser uma alternativa para desviar a vivência do abuso e anestesiar o corpo abusado (JOSEPH, 2003).

Eu olho para uma pessoa muito forte e não entendo como é que essa pessoa aguenta tanto peso em cima dela, como é que ela aguenta tanta carne, porque a minha questão é ter muita carne e não importa o peso que eu esteja. Já fiquei com trinta e oito quilos, mas eu ainda tinha muita carne (...), sempre tive muita carne (...) e nunca está do jeito que eu quero, eu quero sempre estar mais magra. (Bruna)

O excesso de gordura citado pelas depoentes e explicitado pela fala de Bruna, mostra algo que extrapolou a forma natural do corpo assim como o abuso sexual, como algo que excedeu a forma natural da relação intrafamiliar. Apesar dessas depoentes terem anorexia e, portanto, estarem abaixo do peso considerado ideal, o corpo ganha figurativamente a carga da experiência do abuso. Torna-se pesado. Entende-se, assim, a busca incessante de perder peso. Na verdade, há a tentativa de retirar outro “peso” do seu corpo, mas como a carga do abuso não passa, a procura de perder peso também não.

Outra tentativa é por meio de substituição do peso emocional para o peso físico. As depoentes que se apresentam acima do peso, também tem a intenção de retirar todo o seu corpo devido ao excesso de curvas. Não procura tirar essas curvas por meio do emagrecimento, mas através do ganho de peso como uma proposta de deformação do seu corpo. Percebe-se que independente da aparência corporal, abaixo ou acima do peso, o desejo de modificar a imagem está presente.

A minha família é muito de bundão, coxão, então eu sempre escutava isso de todo mundo e eu não gostava disso (...). Quando passei por um abuso sexual, eu achava que era procurada pelo meu corpo, então eu comia, comia, comia, para tentar modificar o meu corpo, para eu não ser procurada (...). Eu fico com vontade de tirar o meu corpo inteiro (...). Era uma coisa que eu queria tirar de cima de mim. (Carol)

Entende-se que uma das características mais importantes dos transtornos alimentares é a insatisfação corporal. O sujeito se enxerga com a aparência indevida, inadequada, da mesma forma de quem sofreu abuso sexual. Assim, a vítima do abuso registra em seu corpo toda a experiência e, como o corpo faz lembrá-la do ocorrido, sente-se insatisfeita com a sua aparência. Essa insatisfação faz com que o sujeito busque mudanças corporais através do comportamento alimentar inadequado, podendo desencadear um transtorno alimentar.

3.4 Transtorno Alimentar

A relação das depoentes com os alimentos é bastante conflituosa. Para algumas, o alimento funciona como consolo. Para outras, é um tormento. Visto que as sensações deixadas pelo abuso sexual são altamente angustiantes, busca-se o equilíbrio de sentimentos como a culpa, a raiva e a impotência por meio do controle ou do descontrole da comida.

Eu (...) não comia carne porque (...) eu mordida a mão do meu agressor, aí eu me lembrava e não comia a carne (...). Quando eu lembro da carne me dá uma coisa ruim, eu não gosto. Dá angústia só de ver a carne (...). Eu acho que eu relacionava à cor da carne a cor dele. Ele era (...) muito branco. Então o esforço que ele fazia para me segurar e tudo, ele ficava muito vermelho. Era horrível a expressão dele, era muito horrível. Ele tinha muita bochecha, por isso que eu não gosto de ver muita carne, ele tinha muita barriga, ele tinha muito tudo. (Bruna)

Algumas depoentes, a exemplo de Bruna, fazem uma relação direta entre o ato de se alimentar e o abuso sexual. Bruna associa a textura e a aparência da carne vermelha à pele do abusador. Para Ana, o alimento é absorvido sem ser aceito, sem pedir permissão do que deve ou não entrar no organismo. A prova da invasão é exatamente o ganho de peso e o contorno corporal.

Diferente de Ana e Bruna, mas semelhantes entre si, Carol, Diana e Elisa tem uma relação compulsiva com o alimento. Percebem que comer dá a sensação de preenchimento, ou seja, existe um vazio interno e a comida serve para completar esse vazio. Por um período curto, isso resolve, mas quando há o esvaziamento do estômago, retornam a se sentir incompleta. O vazio deixado pelo abuso não será suprido pela comida e por isso as tentativas compulsivas se repetem frequentemente.

(Comer) me aliviava (...). É como se eu estivesse preenchendo alguma coisa dentro de mim (...). Até hoje quando estou angustiada, alguma coisa, se tiver qualquer coisa na minha frente, eu como. Se tiver um frango inteiro, eu como. (Elisa)

Como as palavras das depoentes não são ditas ou ouvidas pelos familiares, dão espaço para serem expostas de outra maneira. Como a boca se cala diante da situação, o corpo assume o estresse da experiência e fala por meio dos sintomas e da relação alimentar patológica. O abuso sexual é então atualizado e reelaborado em forma de transtorno alimentar (LOSADA; SABOYA, 2013). O alimento passa a fazer o papel de preencher o vazio existencial e também exerce a função de colocar para fora o que adoce por dentro. Com isso, torna-se comum as vítimas do abuso sexual utilizarem métodos punitivos como o vômito, o uso de laxantes ou automutilação.

O alimento me sufoca (...). Fechar a boca é a única coisa que eu consigo mudar, decidir, controlar (...). A comida ela vem muito carregada de estresse, de dor, de raiva, sentimento de culpa, de nojo e aí você joga fora para ver se livra disso. (Ana)

A prática purgativa característica dos transtornos alimentares não é apenas um esforço disfuncional para compensar o sofrimento psíquico deixado pelo abuso sexual, mas também para reelaborar o sentimento de abandono familiar. Assim, o

sujeito procura reduzir a sua dor e os sentimentos de raiva, abandono e pequenez desenvolvidos desde tenra idade por meio da preocupação exagerada com o peso e com o controle alimentar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns pontos foram fundamentais para a desestruturação da vítima de abuso sexual: a prática abusiva de forma repetitiva e duradoura, porém desacreditada ou banalizada pelas famílias; a imaturidade das crianças que faziam com que demorassem para identificar que o ato praticado pelo familiar era ilícito e não conseguiam encerrar o abuso por conta própria; e que qualquer prática erótica indevida, mesmo que não haja o ato sexual, acarreta marcas definitivas na vida da vítima e é suficiente para desenvolver grandes danos na autoestima e na autoimagem do sujeito.

O corpo abusado pode trazer como consequência o desencadeamento de um transtorno alimentar. Isto porque o corpo registra toda a experiência de vida e relaciona-se com o mundo de acordo com as sequelas dessas experiências. Portanto, características como baixa autoestima, efeitos autodestrutivos, insegurança, sensação de incapacidade, introspecção e inferioridade não devem ser minimizados ou vistos de forma branda. É importante a investigação dessas características por parte da família e da equipe de saúde.

Acreditamos ser interessante novos estudos com crianças e adolescentes vítimas do abuso sexual para entender a sua relação com o próprio corpo antes de desencadear qualquer transtorno alimentar.

REFERÊNCIAS

ALDEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. S. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

ALVES, S. R.; ALVES, S. B. M.; ARAÚJO, A. P. S. A importância do enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e ao adolescente pela equipe multiprofissional de saúde: revisão de literatura. **Uningá Review**. Paraná, v. 1, n. 14, p. 26-36, 2013.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; **Labirinto de espelhos**: formação da auto-estima na infância e na adolescência [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 208 p. ISBN

CHEN, L. P.; MURAD, M. H.; PARAS, M. L.; COLBENSON, K. M.; SATTLER, A. L.; GORANSON, E. N.; ELAMIN, M. B.; SEIME, R. J.; SHINOZAKI, G.; PROKOP, L. J.; ZIRAKZADEH, A. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. **Mayo Clinic Proceedings**. Rochester, v. 85, n.7, p. 618 – 629, 2010.

KERR-COORRÊA, F.; TARELHO, L. G.; CREPALADI, A. L.; CAMIZA, L. D.; VILLANASSI, R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, n. 27, v.5, p. 257-271, 2000.

LEAL, F. J. V.; MACÍAS, J. A. G.; GARCIA-HERRAIZ, M. A.; VINUESA, B. L.; BAUTISTA, M. M.;

- PERÁLVAREZ, M. B. Antecedentes de abusos sexuales en pacientes com bulimia nerviosa: su influencia en el estado clínico. **Actas Esp. Psiquiatría**. Badajoz, v.33, n.3, p. 135-139, 2005.
- LOSADA, A. V; SABOYA, D. Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Argentina, v. 3, n.2, p. 102 – 134, 2013
- MAZAGATOS, B.; INGLES-BORDA, S.; LÓPEZ-PICADO, A. El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos com antecedentes de abuso sexual. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 35, n.126, p. 267-275, 2015.
- MEAD, G. H. **Espirity, Persona y Sociedad**. Buenos Aires: Paidós, 1999, 405 p.
- MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2011, 672 p. (Obra originalmente publicada em 1945).
- MILLER, A. **O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos**. São Paulo: Summus, 1997, 109.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa Social – Teoria Método e Criatividade**. Ed. 22. Petrópolis: Vozes, 2016.
- MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. Brasil registra mais de 77 mil denúncias de direitos da criança e do adolescente em 2016. **Ministério dos Direitos Humanos**, <http://www.sdh.gov.br/noticias/2017/fevereiro/bras>.
- MOREIRA, V.; CALLOU, V. Fenomenologia da solidão na depressão. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 7, p. 67-83, 2006.
- MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica**. Paris, France: Fédition, 2017.
- NARVAZ, M., OLIVEIRA, L. L. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. **R. Interam. Psicol.**, Porto Alegre, v. 43, n.1, p.22-29, 2009
- PARAVENTI, F.; CLAUDINO, A. M.; MORGAN, C. M.; MARI, J. J. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 38, n.6, p. 222-225, 2011.
- PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 197-204, 2005.
- SCORTEGAGNA, S. A.; VILLEMOR-AMARAL, A. E. Autopercepção no Rorschach de vítimas de abuso sexual infantil. **PSICO**. Porto Alegre, v. 40, n.3, p. 328-336, 2009.
- TURATO, E. B. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa - definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Porto, v. 2, n.1, p. 93-108, 2000.
- VECINA, T. C. C.; FERRARI, D. C. A. **O fim do silêncio familiar: teoria e prática**. São Paulo: Summus editorial, 2002, 338 p.
- WINNICOTT, D. W. **Tudo Começa em Casa**. 5ª edição. Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011, p. 304
- WONDERLICH, S. A., WILSNACK, R. W., WILSNACK, S. C., HARRIS, T. Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 8, p. 1082-1086, 1996.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-398-9

