

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

MARIA DOS REMÉDIOS MENDES CHAVES BARRETO

**ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA
SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: Estudo bibliográfico**

São Luís
2013

MARIA DOS REMÉDIOS MENDES CHAVES BARRETO

**ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA
SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: Estudo bibliográfico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientador (a): Prof^a. Msc. Jaisane Santos Melo Lobato

São Luís
2013

Barreto, Maria dos Remédios Mendes Chaves

Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na sociedade contemporânea: estudo bibliográfico - São Luís, 2013.

50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, 2013.

1. Saúde mental e segurança alimentar. 2. Qualidade de vida. 3. Transtornos mentais. I. Título.

CDU 616.89:641

MARIA DOS REMÉDIOS MENDES CHAVES BARRETO

**ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA
SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: Estudo bibliográfico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Mental da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em Saúde
Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Msc. Jaisane Santos Melo Lobato
Mestre em Doenças Tropicais
Universidade Federal do Pará

1º Membro da banca

2º Membro da banca

RESUMO

As relações entre o homem primitivo, ou melhor, entre as sociedades primitivas e o alimento eram diretas. A exploração de todos os ambientes passíveis de fornecer frutos, raízes e animais para a subsistência do grupo ocupava boa parte da vida. As transformações pelas quais passaram as sociedades humanas transformaram igualmente as relações sociais com o alimento. Este trabalho tem por objetivo analisar a influência dos aspectos socioculturais nos transtornos alimentares na sociedade ocidental contemporânea. Como objetivos específicos propõe-se analisar os tipos e as consequências destes transtornos, bem como compreender os instrumentos usados pela sociedade ocidental contemporânea como meio de socializar o modelo de padrão de beleza a eles subjacente. Utilizou-se como metodologia uma revisão bibliográfica acerca do tema na produção científica das bases de dados SCIELO, bem como em dissertações, livros e revistas no período de 1994 a 2011. Constatou-se que os aspectos socioculturais despontam como um dos pilares para o desenvolvimento de tais transtornos, ou seja, destas doenças que necessitam de tratamento psicológico, nutricional, psiquiátrico e medicamentoso. Um olhar crítico acerca dos valores, culturas e costumes contemporâneos constata que os mesmos muitas vezes não contribuem para a saúde mental do ser humano, não valorizam sua subjetividade e particularidades. Estudos empíricos devem ser desenvolvidos, não somente em hospitais, mas em escolas, universidades, para socializar informações sobre a problemática e vislumbrar possibilidades de intervenções numa totalidade maior, enquanto ação capaz de movimentar, dinamizar positivamente a cadeia de aspectos e vínculos que a envolve, conformando a saúde mental do paciente.

Palavras-chave: Saúde Mental e segurança alimentar. Qualidade de vida. Transtornos mentais.

ABSTRACT

The relations between the primitive man, or rather between primitive societies and the food were direct. The exploitation of all environments that could provide fruits, roots and animals for subsistence group occupied much of his life. The changes which occurred in human societies also transformed social relations with food. This work aims to analyze the influence of socio-cultural aspects of eating disorders in contemporary Western society. The specific objectives proposed to analyze the types and consequences of these disorders, as well as understand the tools used by contemporary Western society as a means of socializing beauty standard model underlying them. Methodology was used as a literature review on the subject in the scientific production of databases SCIELO as well as dissertations, books and magazines in 1994 to 2011 period prescribed. It was found that sociocultural aspects emerge as one of the pillars for the development of such disorders, ie those diseases that need psychological treatment, nutritional, psychiatric and medication. A critical look about the values, cultures and customs contemporary notes that they often do not contribute to the mental health of human beings, not subjectivity and value their particularities. Empirical studies should be developed, not only in hospitals but in schools, universities, to socialize information about the problem and possible interventions to glimpse a larger whole, as an action capable of handling, streamline the chain of positive aspects and links surrounding it, shaping the mental health of the patient.

Key- words: Mental health and food security. Quality of life. Mental disorder.

SUMÁRIO

| | | |
|------------|------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 14 |
| 2.1 | Geral..... | 14 |
| 2.2 | Específicos..... | 14 |
| 3 | METODOLOGIA | 14 |
| 4 | REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 53 |
| | REFERÊNCIAS..... | 53 |

1. INTRODUÇÃO

A questão acerca dos aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na sociedade contemporânea, não deve ser analisada sob a égide dos grandes números. Sua principal característica de preocupação deve perpassar o quantitativo e atingir a complexidade da influência dos aspectos e fatores que contribuem para os transtornos alimentares, bem como compreender as conseqüências destes.

Com base no exposto surgiu a preocupação de como a sociedade contemporânea, seus hábitos, valores e costumes tem influenciado os transtornos alimentares, onde se necessita de estudos, pesquisas e críticas acerca desta realidade. Assim, ao analisar a conjuntura brasileira no tocante à saúde mental, percebe-se que inúmeros são os fatores que contribuem para o acometimento de transtornos alimentares, onde estudar o referido tema reveste-se antes de tudo como um desafio, pois se entende que essa área tem recebido pouca notoriedade por parte da efetivação de estudos e tratamentos regionais, haja vista que as pesquisas e as iniciativas são incipientes.

Quanto à relevância do estudo, pelo menos três motivos podem ser entendidos como o “combustível”, desta pesquisa. Primeiro é por se vislumbrar o conhecimento sobre os transtornos alimentares em geral, bem como os aspectos que favorecem esse problema; o segundo é a contribuição do conhecimento do trabalho sob uma égide mais real, científico e crítico, enriquecendo olhares para o contexto da saúde mental no Brasil; o terceiro é a evidencia da questão se configurando sobre ela uma gama de preocupações acerca das causas e conseqüências dos transtornos alimentares.

Com relação à escolha do tema, esta se deu diante da inquietação e necessidade de compreender os fatores que contribuem para a ocorrência dos transtornos na alimentação entre as mulheres, bem como instigada a conhecer a fomentação dos meios de assegurar a esta clientela, possibilidades de tratamento familiar, psicológico, e mudança de atitudes e hábitos alimentares na vida da demanda em tela.

Vale ressaltar que não se tem aqui a intenção de verificar os tratamentos e a realidade intrínseca dos transtornos alimentares. Portanto, o trabalho centrou-se nos aspectos sócio-culturais dos referidos transtornos, haja vista que estes influenciam todas as relações sociais e comportamentos.

Em face desses argumentos, e devido o problema já aqui levantado, o trabalho está pautado em aspectos de pesquisa qualitativa, conhecendo as concepções e também a ampliação de possibilidades de correlação, comparação e análise dos dados. Assim, a pesquisa se configurou ainda como do tipo estudo bibliográfico, com pesquisas em livros, revistas, monografias, dissertações e meios eletrônicos para se analisar a influência dos aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na atual sociedade. Sua finalidade foi subsidiar ao pesquisador um contato direto com tudo o que foi escrito, analisado e pesquisado. Buscando a atualidade do tema, as teorias, os autores e dados recentes.

Os dados aqui coletados estão apresentados e estruturados em dois capítulos. O primeiro, intitulado Sociedade Contemporânea: recorte contextualizador, apresenta de forma complexa os aspectos históricos da sociedade interligados com a simbologia do corpo, bem como o corpo na sociedade atual, e as mudanças na alimentação nos últimos tempos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

A análise acerca da influência dos aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na sociedade ocidental contemporânea.

2.2 Específico

Contextualizar os tipos e conseqüências dos transtornos alimentares, bem como compreender os instrumentos usados pela sociedade ocidental contemporânea, como meio de socializar um modelo de padrão de beleza de corpo perfeito, com o intuito de expandir o conteúdo publicado acerca do tema.

3. METODOLOGIA

No intuito de se trabalhar de forma mais direcionada, necessitou-se de uma metodologia acerca da pesquisa para que assim fossem respondidas as indagações e inquietações que configuraram o contexto aqui apresentado.

3. 1. Tipo de Pesquisa

Após a definição do tema, e posteriormente os objetivos e problema propostos, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo em pesquisa bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. No mesmo sentido Severino (2007) afirma que realizar uma pesquisa de caráter bibliográfico é realizar a partir do registro disponível, decorrentes de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, revistas, artigos científicos dentre outros.

Severino (2007) afirma que um estudo bibliográfico tem por objetivo conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre determinado tema, dando suporte a todas as fases de qualquer tipo de pesquisa, uma vez que auxilia na definição do problema, na determinação dos objetivos, na construção de hipóteses, na fundamentação da justificativa da escolha do tema e na elaboração das conclusões ou considerações finais de um dado estudo.

Embasada neste contexto, pode-se perceber a relevância da pesquisa bibliográfica, haja vista que ela oportuniza maiores informações sobre o estudo, bem como subsidia a ampliação e cientificidade do trabalho pesquisado. Oferece-nos, através das leituras de livros e revistas embasamentos teóricos suficientes para o enriquecimento dos conhecimentos, bem como para dar credibilidade ao estudo. Assim, antes de se inserir no mesmo já se tem uma prévia leitura acerca do tema em questão.

Neste contexto, os procedimentos utilizados foram: leituras em livros e artigos, onde se pode reconhecer à problemática. Assim se pode fazer uma análise sobre os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares.

A pesquisa qualitativa trabalha a subjetividade dos sujeitos, não se utilizando de análises numéricas e ou quantitativas, em que transformam o fenômeno social em números e não leva em consideração a subjetividade dos indivíduos e nem o contexto o qual está inserido, onde se limita o estudo uma vez que não considera a dialética dos fatos.

Na pesquisa qualitativa o ambiente é como fonte direta dos dados, possui caráter descritivo; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto; a análise dos dados é realizada de forma intuitiva e indutivamente pelo pesquisador; não requer o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, por fim, tem como preocupação maior a interpretação de fenômenos e a atribuição de resultados. A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. (GODOY, 1995 p. 58)

Com base na assertiva pode-se afirmar que a pesquisa qualitativa trabalha com dados teóricos, relevantes e causais, observando a realidade como esta é, haja vista que possui um caráter descritivo e relação direta com a pesquisa bibliográfica e com as ciências humanas. Dessa forma, os dados teóricos e a natureza da pesquisa qualitativa considera o significado da influência dos aspectos sócio-culturais da sociedade contemporânea para os transtornos alimentares.

3. 2 Caracterizações do Estudo

O presente trabalho propôs uma pesquisa bibliográfica sobre a influência dos aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na sociedade ocidental contemporânea. Ademais, propôs-se ainda como objetivos específicos a analisar os tipos e conseqüências dos transtornos alimentares, bem como compreender os instrumentos usados pela sociedade ocidental contemporânea, como meio de socializar um modelo de padrão de beleza de corpo perfeito; com o intuito de expandir o conteúdo publicado acerca do tema.

Tal estudo é caracterizado como atividade de levantamento, análise de fontes variadas de informações científicas publicadas sobre a temática pesquisada, com o objetivo de coletar dados gerais ou específicos (GIL, 2004).

Nesse sentido, é importante esclarecer que, para a elaboração desse tipo de estudo, foi seguido o percurso metodológico sugerido por Marconi e Lakatos (2006), que consiste nos seguintes passos: escolha do tema; elaboração do plano de trabalho, projeto; identificação; localização; compilação; fichamento; análise, interpretação e redação. Os textos foram escolhidos a partir de palavras chaves

como transtorno alimentar, sociedade contemporânea, aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares e alimentação.

3. 3. Amostras da Pesquisa

Como fontes de pesquisas, foram utilizadas publicações impressas em formas de livros, revistas, resenhas, monografias, apostilas, teses, dissertações, artigos, bem como digitais através de publicações científicas disposta nas bibliotecas eletrônicas (indexadores), como Scielo. De acordo com Krzyzanowski (1998) os avanços tecnológicos ocasionaram novas formas para facilitar o acesso e a disseminação da informação principalmente publicações por meio eletrônico contribuindo para a geração de outros conhecimentos.

3. 4. Procedimentos Técnicos da Revisão

A pesquisa bibliográfica se desdobrou nas seguintes etapas: primeiro houve levantamento acerca do tema a ser pesquisado com sua definição após discussão com o orientador acerca da relevância e viabilidade de pesquisa. Na segunda etapa ocorreu o levantamento das possíveis obras a serem utilizadas.

Das obras publicadas, foram buscadas as que tratavam de transtornos alimentares em seu título ou em capítulos que abordavam o assunto. Para tanto foram realizadas visitas às bibliotecas públicas e particulares, de faculdades e universidades, bem como em livrarias sempre buscando os títulos que referenda-se o tema a ser pesquisado.

Das eletrônicas, como forma de busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: *Transtorno Alimentar. Sociedade Contemporânea. Aspectos sócio-culturais. Alimentação*. Buscando a atualidade do tema, as teorias, os autores e dados recentes. Vale ressaltar que durante a pesquisa encontrou-se dez artigos, selecionando-se apenas três, em que suas referências encontram-se no final do trabalho.

Na terceira etapa foi realizada a leitura das publicações levantadas e feita seleção, organização e processamento do material que mais se adequou ao tema. Para isso foi realizado fichamento e resenha das publicações e obras, que estão descritas nas referências bibliográficas do referido trabalho.

Para análise dos resultados utilizou-se o método da análise de conteúdo. González (2002) diz que se trata de um procedimento analítico, orientado para dar sentido ao estudo por meio de unidades parciais que fragmentam o objeto, as quais se integram posteriormente em um processo de interpretação condicionado pelo tipo de “unidades objetivas” definidas na análise. E por fim a realização de interpretação e crítica da leitura realizada para a produção científica buscando atender aos objetivos propostos pela pesquisa.

4. TRANSTORNOS ALIMENTARES: resultados

4.1 Contextualizando os Transtornos Alimentares

Os Transtornos Alimentares são definidos como desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. O impacto que os Transtornos Alimentares exercem sobre as mulheres é mais prevalente, ainda que a incidência masculina esteja aumentando assustadoramente.

Os principais tipos de Transtornos Alimentares são: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Essas duas patologias são intimamente relacionadas por representarem alguns sintomas em comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso, uma representação alterada da forma corporal e um medo patológico de engordar.

Em ambos os quadros -anorexia e bulimia- os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmos, indevidamente baseado na forma física. Entretanto, no caso da Anorexia Nervosa a pessoa se percebe de forma distorcida.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR classifica como transtorno da alimentação apenas a AN e a BN. Outras manifestações de transtornos alimentares que não preenchem os critérios para AN ou BN, o DSM-IV classifica como transtorno alimentar sem outra especificação, como uma categoria temporária, como é o caso do transtorno da compulsão alimentar-TCAP. Assim, segue abaixo estudos acerca dos transtornos aqui supracitados.

4.1.1 Anorexia Nervosa

Na antiguidade foram registrados alguns comportamentos que poderiam ser caracterizados, na atualidade, como Transtorno Alimentar. Esses existem desde primórdios, entretanto não eram definidos e nem reconhecidos como transtornos, faziam parte do cotidiano de muitos indivíduos.

“A anorexia sagrada”, descrita a centenas de anos, foram explicadas, em termos culturais, como mulheres que se mantinham desnutridas como um caminho para chegar a Deus (PEARCE, 2004). A diferença das santas na antiguidade e das meninas na atualidade seria o fato, de que as primeiras jejuavam em nome de um ideal coletivo, um ritual partilhado socialmente, enquanto que as segundas tem objetivos próprio, uma espécie de ‘religião particular’.

Nesse contexto, e como forma de elucidar os conceitos aqui suscitados, vale definir dentro de inúmeros contextos médicos e psicológicos o que venha ser anorexia nervosa; um tipo de transtorno alimentar.

Assim, a anorexia é um transtorno mental que consiste na rejeição a manter um peso corporal mínimo normal, medo intenso a ganhar peso e a uma alteração significativa da percepção da forma ou tamanho do corpo.

Com base na CID-10, a anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente. O transtorno ocorre mais comumente em garotas adolescentes e mulheres jovens, mas garotos adolescentes e homens jovens podem ser afetados mais raramente, assim como podem ser afetadas crianças que estão perto da puberdade e mulheres próximas da menopausa. Anorexia nervosa constitui uma síndrome independente no seguinte sentido:

Os aspectos clínicos da síndrome são facilmente reconhecidos, de sorte que o diagnóstico é confiável com um alto nível de concordância entre os clínicos;

Estudos evolutivos têm mostrado que, entre pacientes que não se recuperam, um número considerável continua a mostrar os mesmos aspectos principais da anorexia nervosa, em uma forma crônica. (OMS, 1993, p.173).

Várias doenças clínicas psiquiátricas causam emagrecimento, o reconhecimento se dá pelo comportamento, bem como pelo fato de ficar visivelmente magra, denota fraqueza e palidez no rosto. O preocupante é que muitas

vezes essas pessoas possuem resistência em reconhecer suas fraquezas e transtorno. O transtorno pode se estender até a vida adulta, quando iniciado na adolescência. Os pacientes perdem peso devido a restrição alimentar e exercícios em excesso. Existe ainda um outro grupo que tem como característica induzir o vômito após as refeições e abusa do uso de laxantes, diuréticos ou pílulas dietéticas.

São decisivas pesquisas sobre a utilidade clínica da distinção entre pacientes com anorexia nervosa e aqueles com variantes subliminares do transtorno. Além disso, os pesquisadores e médicos tem observado que os transtornos da alimentação clinicamente significativos podem estar presentes em crianças e adolescentes, mesmo na ausência de critérios diagnósticos estabelecidos. (GIBNEY, 2007).

Por isso, alguns estudiosos sugerem redução do limiar para a intervenção em crianças e adolescentes, principalmente porque as conseqüências físicas do transtorno da alimentação podem ser em especial prejudiciais ou irreversíveis durante os períodos de desenvolvimento. Além disso, os sintomas bulímicos comuns entre as pessoas com anorexia nervosa e a incerteza de como classificar aqueles que oscilam entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são outros desafios para muitas outras pesquisas.

É comum os pacientes adolescentes terem aparência mais jovem do que sua idade cronológica, sendo que os que tem anorexia nervosa crônica podem aparentar mais idade. A caquexia e a atrofia torácica são aparentes. De modo geral, a pele é seca e amarelada devido à carotenemia; os sinais físicos incluem bradicardia, hipotensão, lanugo, alopecia e edema. A autoindução de vômitos ocasiona erosão dental e lesões na superfície dorsal da mão. As pessoas com esse transtorno podem se queixar de intolerância ao frio, tontura, constipação e desconforto abdominal. Apesar da subnutrição, costumam ser hiperativas; a letargia pode indicar desequilíbrio de fluidos e eletrólitos, desidratação, comprometimento cardiovascular ou depressão grave. (YAGER, 2010).

A anorexia nervosa causa grave distorção da imagem corporal, distúrbios interoceptivos e distímia. O afeto é restrito e os pacientes demonstram capacidade mínima para insight, em geral secundária preocupação com alimento, peso e forma, induzida pela inanição.

Através da anorexia, tem-se ainda depressão maior e transtorno de ansiedade, com muitas vezes o uso abusivo de substâncias. Com relação à

personalidade, eles podem se tornar obsessivos, interpessoalmente inseguros, perfeccionistas, intolerantes com o afeto negativo, rígidos controladores dos impulsos, indecisos para com sua identidade, competitivos e experimentar um aumento do senso de responsabilidade pessoal e culpa. Ademais, se a anorexia ocorrer na adolescência, a pessoa terá ainda como prejuízo baixa estatura na idade adulta.(YAGER, 2010).

“A anorexia nervosa está entre os três transtornos crônicos mais comuns na adolescência, ao lado da asma e da obesidade. A proporção de homens identificados na assistência médica primária é de um décimo das mulheres.” (GIBNEY, et al, 2007, p.80)

Na anorexia a pessoa se recusa em manter o “peso corporal acima de um IMC- Índice de Massa Corpórea de 18, por grande medo de ganhar peso, pela perturbação da imagem corporal e por amenorréia (cessação da menstruação), por pelo menos três meses.” (STRAUB, 2005, p. 257). Como determinada porcentagem de gordura corporal é necessária para a menstruação, as mulheres após a puberdade desenvolvem amenorréia se perderem peso suficiente para isso.

A anorexia subsidia inanição e muitas outras complicações médicas:

Redução da função da tireóide; respiração e ritmo cardíaco irregulares; pressão sanguínea baixa; Pele ressecada e amarelada; Ossos frágeis; Anemia, tontura e desidratação; Articulações inchadas e massa muscular reduzida; intolerância a temperaturas frias. (STRAUB, 2005, p.257)

Além dos problemas previstos acima, vale enfatizar que a amenorréia está associada á osteopenia, que pode contribuir com o aparecimento da osteoporose, e conseqüentemente o aparecimento de fraturas patológicas e o maior aparecimento de osteoporose dá-se no quadril e na espinha lombar. Arritmia cardíaca é uma das principais causas de morte súbita em pacientes com transtorno de alimentação, em especial com anorexia.

A instalação dessa doença de forma crônica provoca a principio a desidratação e a desnutrição, como aqui já se citou. Apesar dos pacientes negarem fome, apresenta constantes queixas por fadiga, fraqueza, tontura e visão turva (FIATES et al., 2001).

A anorexia faz com que o adolescente perca o seu senso critico em relação ao seu corpo, apresenta vergonha de comer em público, tem um interesse especial pelo valor nutritivo dos alimentos para poder controlar o que vão comer, gosta de

controlar a comida dos familiares, pratica atividade física em excesso, podendo acordar até mesmo de madrugada para fazer exercícios físicos.

Segundo Nunes et al. (2006), a anorexia pode se classificar em dois tipos: a anorexia restritiva e a anorexia periódica/ purgativa. O tipo restritivo é onde acontece a parada total de induzir alimentos, ou seja, a pessoa para de comer totalmente. No tipo purgativo, a pessoa fica vários dias sem comer, mas depois não agüenta de fome e come exageradamente, entrando em compulsão, causando vômitos, usando laxantes, diuréticos, e até remédio para emagrecer.

Por essa restrição alimentar, a anorexia é uma doença que leva a pessoa a uma perda de peso, e isto é tão significativo que pode levar a pessoa à morte, pois por mais magra que ela esteja nunca estará satisfeita e, sempre irá querer perder mais peso, chegando assim, ao seu limite, perdendo as funções vitais do seu organismo, entre outras complicações, levando assim a morte (NUNES; APOLINÁRIO, 1998).

Não obstante, embora as causas fundamentais da anorexia nervosa permaneçam imprecisas, há evidencia crescente de que a interação sociocultural e fatores biológicos contribuem para as causas, assim como mecanismos psicológicos menos específicos e uma vulnerabilidade de personalidade. O transtorno é associado a desnutrição de gravidade variável, resultando em alterações endócrinas e metabólicas, bem como perturbações de função corporal secundárias. Permanecem dúvidas quanto ao transtorno endócrino característico: se inteiramente decorrente da desnutrição e do efeito direto de vários comportamentos que o tem ocasionado (por exemplo: escolha dietética restrita, exercício excessivo e alterações na composição corporal, vômitos e purgação induzidos e as perturbações eletrolíticas conseqüentes) ou se fatores incertos estão também envolvidos. (OMS, 1993, p.174).

Entretanto, apesar todos esses contextos e características acerca da anorexia fazem-se necessário para uma intervenção com base na saúde mental, um diagnóstico definitivo, com os seguintes critérios especificados pela CID-10:

(a) O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto alcançado) ou o índice de massa corporal de Quelet ¹em 17,5 ou

¹ Segundo o CID-10 (1993), índice de massa corporal de Quelet = (peso (kg))/([altura (m)]²).

menos. Pacientes pré-puberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento;

(b) A perda de peso é auto-induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos;

(c) Há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio;

(d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potências sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréticas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônio do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoideano e anormalidades de secreção da insulina;

(e) Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia. (CID-10, 1993, p.174)

É com base nos critérios acima- prescritos no CID-10-que pode-se diagnosticar uma pessoa com anorexia, onde esses problemas levam a outros, como as comorbidades. Afetando assim, não apenas a saúde física, mas emocional e mental, haja vista que pode haver sintomas depressivos ou obsessivos associados, assim como aspectos de um transtorno de personalidade, o qual pode tornar a diferenciação difícil e/ou requerer o uso de mais de um código diagnóstico. Causas acerca da perda de peso em pessoas jovens precisam ser diferenciadas, pois incluem doenças debilitantes crônicas, tumores cerebrais e transtornos intestinais tais como doença de Crohn ou uma síndrome de má absorção.

Ademais, os critérios são estabelecidos através dos sintomas que podem ser:

Rejeição a manter o peso corporal acima do mínimo adequado para a estatura, chegando a situações de magreza extrema;
Medo intenso a engordar, inclusive quando o peso é muito baixo;

Sensação de estar gordo/a em geral ou em algumas partes do corpo, como nádegas, coxas, abdômen. Tem uma percepção de seu corpo que não é real. Ainda que estejam realmente delgados/as, seu espelho lhes diz que seguem estando gordos/as;
 Aparece outro tipo de problemas físicos que acompanham à desnutrição, como é no caso das mulheres a retirada ou o atraso da menstruação;
 Exercício físico excessivo;
 Conduta alimentar estranha: come de pé, corta os alimentos em pequenos bocados;
 Incremento das horas de estudos e diminuição das de sono. (YAGER, 2010, p. 220)

Tudo isso pode produzir na pessoa muitas consequências físicas e de comportamento:

perda de peso alarmante; aparição de pêlo ou intolerância ao frio; tensão baixa, arritmias; isolamento social; irritabilidade social, entre outros problemas de ordem social, econômica, familiar e mental.

Com relação à recuperação essas são variáveis, considerando o tratamento, curso da doença, bem como os fatores que contribuíram para o aparecimento e manutenção da anorexia nervosa. As especificidades são significativas tendo-se ainda anorexia diferenciada, ou anorexia nervosa atípica.

A anorexia nervosa atípica tem como característica indivíduos com um ou mais aspectos-chave da anorexia nervosa (F50.0), tais como amenorréia ou perda de peso significativa, estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais ou em atenção primária.

Pacientes que têm todos os sintomas-chave, mas somente em um grau leve, podem também ser melhor descritos através desse termo. Ele não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas que são decorrentes de uma doença física conhecida. (OMS, 1993).

Nesse contexto, o diagnóstico preciso e com profissionais comprometidos é primordial para um tratamento com sucesso. Assim, inúmeros são os tipos de transtornos e dependem de fatores diferenciado, se referindo ainda ao estudo da bulimia nervosa.

4.1.2 Bulimia Nervosa

É um transtorno que consiste em se alimentar de forma compulsiva, utilizando-se de métodos compensatórios inapropriados para evitar o ganho de

peso. Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida. A “bulimia, como sintoma, é conhecida há séculos, mas o reconhecimento desta como síndrome é de origem recente, aparecendo por volta de 1940, relacionada á anorexia nervosa.” (NUNES, et al, 2006, p. 35).

Segundo Habermas (1989), os sintomas bulímicos ou hiperfagia eram observados em pacientes com diabetes melito, associados à malária e entre jovens estudantes em internatos, longe de suas famílias.

Neste ínterim, pode-se conceituar cientificamente a bulimia, como:

O episódio bulímico refere-se á ingestão descontrolada de uma quantidade exagerada de alimentos, que ,não visa apenas a saciar uma fome exagerada, mas atende uma série de estados emocionais ou situações estressantes. Tratam-se de episódios de ingestão alimentar copiosa e descontrolada, em geral secretos e rápidos. São episódios de verdadeiros empanturramentos, orgias alimentares, nos quais os pacientes só cessam a ingestão por mal-estar físico, interrupção externa (chegada súbita de outra pessoa) ou por esgotarem-se os alimentos. Os episódios de compulsão alimentar correspondem ao elemento central, essencial para o diagnóstico da bulimia nervosa. (NUNES, et al, 2006, p. 40).

Com base no autor, a preocupação com relação à bulimia é devido que; a pessoa com anorexia demonstra logo que emagrece tanto que fica com os ossos mostrando, enquanto que uma mulher que sofre de bulimia costuma manter o mesmo peso. Esta é uma das razões pelas quais as bulímicas mantêm mais tempo em segredo a doença. A bulimia distingue-se da anorexia, porque a paciente da primeira, tem mais consciência de que está enferma e costuma solicitar ajuda.²

Ela manifesta-se por meio de episódios de ingestão exagerada de alimentos, ou seja, consumo de quantidade de comida superior àquela que a maioria das pessoas comeria, em circunstância semelhante; acompanhado de sensação de intensa perda de controle, culpa e vergonha. Esses episódios de voracidade podem ser seguidos de métodos compensatórios purgativos, como vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes ou diuréticos, enemas, além de períodos de jejum prolongados e excesso de atividade física (SAPOZNIK et al., 2005).

Os indivíduos com bulimia nervosa consomem grandes quantidades de alimentos, especialmente se submetido a situações de stress. “Em episódios compulsivos, acabam ingerindo em média de duas a cinco mil calorias, havendo

² Disponível no site: www.priory.com/psych/culture-transtornosalimentares.html. Acesso em 20/10/11 às 22:42.

relatos que alcançaram mais de 15 mil calorias em um único episódio” (NUNES, 1998, p. 36).

Nesse contexto, para evitar o ganho de peso e aliviar a culpa e vergonha provocada pelo descontrole alimentar apresentam comportamentos compensatórios como induzir seu próprio vômito usando escova de dente, dedo, caneta, cabo de colher e de garfo. Os dedos dessas pessoas costumam ser na grande maioria machucados, além de terem problemas dentários, pois junto ao vômito vem o suco gástrico que acaba corroendo o esmalte do dente (BOSI et al. 2004).

Esse ritual apresenta um caráter secreto, o que dificulta o diagnóstico, sobretudo em fase inicial (BOSI et al. 2004). Dessa forma, a adolescente com bulimia passa facilmente despercebida.

Segundo Nunes et al. (1998), essas adolescentes acabam não tendo uma perda significativa de peso, ou seja, não ficam super-magras, apresentam apenas um peso abaixo da média. Por apresentarem um comportamento de descontrole alimentar, essas adolescentes dificilmente comem em lugares públicos, por medo do descontrole. Esses episódios de voracidade ocorrem na sua grande maioria durante a madrugada, às escondidas no quarto, o que acaba provocando um isolamento social.

Nunes et al. (1998) ainda afirmam que, essas adolescentes sofrem de depressão, humores alternados, fazem uma autocrítica severa, sua auto-estima depende do seu peso, necessidade de aprovação dos outros entre outros aspectos.

Assim como a anorexia, a bulimia também pode levar o indivíduo a morte, pois começa a apresentar perda de potássio, irritações no esôfago podendo vir a ter até um câncer de esôfago, amenorréia, desequilíbrio de líquido do corpo, úlceras, anemias, parada cardíaca entre outras complicações (NUNES et al. 1998).

Ademais, segundo a CID-10, o termo bulimia deve ser restrito à forma do transtorno que está relacionada à anorexia nervosa, em virtude de compartilhar da mesma psicopatologia. A distribuição etária e por sexo é idêntica àquela da anorexia nervosa, porém a idade da apresentação tende a ser mais tardia. O transtorno pode ou não, ser visto como uma sequela de anorexia nervosa persistente (embora a sequência inversa possa ocorrer). Uma paciente previamente anorética pode primeiro parecer melhorar como um resultado de ganho de peso e possivelmente um retorno de menstruação, mas um padrão pernicioso de hiperfagia e vômitos torna-se então estabelecido. Vômitos repetidos provavelmente causarão perturbações dos

eletrólitos corporais, complicações físicas (tetania, crises epiléticas, arritmias cardíacas, fraqueza muscular) e subsequentemente grave perda de peso. (CID-10, 1993).

Nesse contexto, faz-se necessário ter um diagnóstico definitivo e baseado nos critérios estabelecidos pela CID-10:

- (a) Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo;
- (b) O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; abuso de purgantes, períodos alternados de inanição; uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoideanos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico;
- (c) A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há frequentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio da anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorréia. (CID-10, 1993, p.176).

Com base na CID-10, a bulimia denota uma grande compulsão em comer, não observando as conseqüências dessa vontade, apenas a compulsão concomitantemente com a vontade de não engordar, configurando um paradoxo presente no referido transtorno. Assim, se inicia a investigação diagnóstica acerca da bulimia quando a pessoa apresenta os seguinte sintomas:

Preocupação obsessiva pela comida, com desejos irresistíveis e incontroláveis de comer, alimentando-se compulsivamente de comida em curtos períodos de tempo e geralmente as escondidas. (2 vezes por semana num período de 3 meses);
 Condutas inapropriadas de maneira repetida com o objetivo de não ganhar peso: vômitos auto-provocados, abuso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros fármacos; jejuns e exercícios excessivos;
 Menstruações irregulares;
 Peso normal ou ligeiro sobrepeso;
 Medo de subir de peso. (Organização Mundial da Saúde, 1993)

Todos esses sintomas têm como produto consequências físicas e do comportamento: lesões nas mãos pelos vômitos autoprovocados; vômitos e diarreias incontroláveis; subidas e baixadas de peso; obsessão pela comida; depressões pela comida; isolamento social; falta de autoestima.

Entretanto, a CID-10, alerta que a bulimia nervosa deve ser diferenciada de: transtornos gastrintestinais superiores levando a vômitos repetidos (a psicopatologia característica está ausente); uma anormalidade de personalidade mais geral (o transtorno alimentar pode co-existir com dependência de álcool e delitos pequenos tais como furtos em lojas); transtorno depressivo (pacientes bulímicos frequentemente experimentam depressivos).

Vale enfatizar ainda que existe dois tipos de bulimia nervosa: a do tipo purgativo e não purgativo-, com base no comportamento compensatório referido:

O DSM-IV faz distinção entre os dois tipos de bulimia nervosa. A maioria dos pacientes apresenta tipo purgativo(comportamentos compensatórios, incluindo vômitos e uso de diuréticos ou laxantes). Embora as pessoas com bulimia apresentem mais de um tipo de comportamento compensatório, 80 a 90% praticam vômitos auto-induzidos. Os pacientes com bulimia do tipo purgativo tendem a ter mais comorbidade psiquiátrica e médica do que aqueles com o tipo não purgativo. (YAGER, 2010, p 31)

Os pacientes com bulimia do tipo purgativo utilizam-se de métodos compensatórios. Já a bulimia do tipo não-purgativo, se alternam com dietas muito restritivas ou jejuns aos episódios de compulsão alimentar. Além da dieta, também fazem exercícios demasiados por horas, comprometendo muitas vezes o horário de outras atividades sociais ou laborais, bem como ficando machucados e com dores musculares.

No que tange aos tratamentos esses envolvem abordagens farmacológica com vertentes psicoterapêuticas e outra nutricional, interdisciplinares, para assim haver sucesso e transformação acerca dos hábitos alimentares desses pacientes. Ademais, vale ressaltar que a CID-10, faz uma pequena citação sobre a bulimia nervosa do tipo atípica.

Assim, a CID-10 coloca que o termo de bulimia nervosa atípica deve ser usado para pessoas nos quais um ou mais dos aspectos-chave listados para bulimia nervosa (F50.2) estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro

clínico claramente típico. Mais comumente, isso se aplica a pessoas com peso normal ou mesmo excessivas, mas com típicos períodos de hiperfagia seguidos de vômitos ou purgação. Síndromes parciais junto com sintomas depressivos também não são incomuns, mas se os sintomas depressivos justificam um diagnóstico separado de um transtorno depressivo, dois diagnósticos em separado devem ser feitos, incluindo bulimia de peso normal. (CID-10, 1993)

Dessa forma, se percebe que para uma pessoa ser diagnosticada com bulimia nervosa atípica todos os aspectos prescritos na CID-10 e no DSM-IV devem estar expressos nos sintomas ou comportamentos do paciente.

4.1.3 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

A compulsão alimentar é caracterizada pela ingestão descontrolada de comida em curto espaço de tempo, e conseqüente aumento de peso. Ao contrário do que é mais comum na bulimia nervosa, a compulsão alimentar também afeta os homens.

Ademais, o problema pode ter início na infância, quando são formados os hábitos alimentares. O indivíduo afetado vê nos alimentos a forma de superar o stress, os conflitos emocionais e os conflitos cotidianos.

Vale ressaltar que o transtorno da compulsão alimentar periódica -TCAP foi descrito pela primeira vez nos anos 1950 por Stunkard . Contudo, sua elevação à categoria diagnóstica apenas ocorreu em 1994, quando foi incluído no apêndice B do DSM- IV, sob a forma de transtorno que necessita de maiores estudos para melhor caracterização. Assim, desde então, ocorreu um maior interesse em pesquisas nesta área, diferenciando um subgrupo de pacientes obesos com características alimentares específicas. Além disso, parece que os níveis de psicopatologia exibidos pelos pacientes com TCAP estão associados ao número de episódios de compulsão alimentar (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

O comportamento alimentar no TCAP é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características

de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

Estudos demonstraram variabilidades consideráveis no comportamento alimentar de comedores compulsivos tanto durante os episódios de compulsão alimentar como nos intervalos. Este comportamento foi descrito como caótico diferindo dos indivíduos portadores de bulimia nervosa (BN) e obesos sem TCAP. Os portadores de TCAP apresentaram baixos relatos de dietas restritivas quando comparados a pacientes com BN, que alternam entre compulsões e restrições alimentares. Os episódios compulsivos variavam quanto à hora em que costumam ocorrer com perda de controle, a hora sem esta perda e/ou perda de controle sem o consumo de uma grande quantidade de alimentos (APPOLINARIO; COUTINHO; POVOA, 1995).

Além disso, os episódios de compulsão alimentar podem estar associados a um grupo de sintomas, incluindo a ingestão mais rápida do que o normal, comer até sentir total desconforto, ingerir grandes porções na ausência de fome física, alimentar-se escondido devido o constrangimento pela superalimentação, e o sentimento de repulsa, depressão ou culpa após a ingestão. Alguns autores afirmam que um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo (a sensação de perda de controle) e o objetivo (a quantidade do consumo alimentar). Há um consenso geral no aspecto subjetivo da compulsão para seu diagnóstico, contudo, há controvérsias em relação ao aspecto objetivo, quanto ao tamanho e à duração de uma compulsão. Esta incerteza é refletida numa definição imprecisa da grandeza de um episódio de compulsão alimentar, sobre uma quantidade que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria e, além disso, seu critério de duração também é polêmico. Diferentemente da bulimia nervosa, onde uma compulsão é claramente concluída por comportamento purgativo, no TCAP, não há uma terminação lógica; conseqüentemente, a duração tem sido designada num período de duas horas, uma solução claramente insatisfatória (COUTINHO, 2000).

O TCAP pode ser distinguido da BN em alguns pontos. Os portadores de TCAP costumam apresentar índice de massa corporal (IMC) superior aos portadores de bulimia nervosa. Além disso, a história natural da BN geralmente revela a ocorrência de dietas e perda de peso, enquanto que os comportamentos prévios do TCAP são mais variáveis. Assim, pacientes com BN mostram maiores níveis de

restrição alimentar comparado aos portadores de TCAP (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

Há evidências de que pacientes com TCAP ingerem significativamente mais alimentos do que as pessoas obesas sem compulsão alimentar. O TCAP pode ocorrer em indivíduos com peso normal e indivíduos obesos. A maioria tem uma longa história de repetidas tentativas de fazer dietas e sentem-se desesperados acerca de sua dificuldade de controle da ingestão de alimentos. Alguns continuam tentando restringir o consumo de calorias, enquanto outros abandonam quaisquer esforços de fazer dieta, em razão de fracassos repetidos. Em clínicas para o controle de peso, os indivíduos são, em média, mais obesos e têm uma história de flutuações de peso mais acentuada do que os indivíduos sem este padrão (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

O estresse é um fator que pode levar ao aumento das compulsões alimentares. Durante situações estressantes, o cortisol é liberado estimulando a ingestão de alimentos e o aumento do peso. Estudos demonstram que pessoas obesas têm uma capacidade gástrica maior do que as pessoas com peso normal, o que poderia limitar a quantidade de alimentos ingeridos e de saciedade. Segundo o mesmo autor, desconhece-se a existência de um transtorno alimentar que tenha sido predisposto por uma grande capacidade gástrica (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

No TCAP há grande preocupação aos estereótipos sociais associados à obesidade e excessiva atenção ao formato corporal, com sentimentos negativos, necessitando de tratamentos que abordem a manutenção de expectativas realistas com relação à meta de peso, modificando as crenças relacionadas ao peso e formato do corpo, tendo como produto um equilíbrio entre auto-aceitação e mudança.

Em termos dos componentes psicológicos do transtorno, os pacientes com TCAP possuem auto-estima mais baixa e preocupam-se mais com o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

Contudo, se percebe que a compulsão alimentar pode estar associada a uma depressão, e as pessoas que passaram por conflitos e histórias de abuso sexual, violência física doméstica, discriminações e ou outros problemas de ordem social e

econômica. A dieta muitas vezes não desencadeia o desenvolvimento TCAP, ele inicia antes ou depois da dieta.

4.1.4 Transtorno Alimentar Noturno

Um contexto com a presença de estresse como característica central, associada ao transtorno de dificuldade em perder peso, comendo no turno da noite, pode ser denominado de transtorno alimentar noturno. Esta síndrome é mais comum entre obesos e ocupa índices ainda maiores conforme a gravidade da obesidade.

Em termos das características neuroendócrinas do transtorno alimentar noturno, mais especificamente conceituado de Síndrome da Compulsão Noturna-SCN, pesquisas constataram que os comedores noturnos possuíam níveis mais altos de cortisol plasmático durante o decorrer do dia e níveis mais baixos de melatonina a partir da metade da tarde até a metade da noite do que os controles. O fato de que os pacientes com SCN possuam níveis plasmáticos de cortisol mais altos é consistente com a noção de que a síndrome seja um tipo de transtorno do estresse.

Não obstante, vale reiterar que nunca foi estabelecido se a síndrome é uma expressão diagnosticada de transtorno alimentar ou um segmento de comportamento. Entretanto, as pessoas com a referida síndrome tendem a não se preocupar com o alimento e a dieta para perder peso.

Contudo, justifica-se o estudo sucinto sobre o referido transtorno, devido poucos os relatos de estudos disponíveis. Segue abaixo alusões acerca da etiologia dos transtornos aqui supracitados.

4.1.5 Etiologia

Os hábitos alimentares são produtos de forças orgânicas e psíquicas que perpassam muitas vezes decisões conscientes. O comportamento alimentar é influenciado por estímulos externos, sendo provado através da maximização da indústria de fast-food.

Nesse contexto, surge o paradoxo acerca do grande consumo de fast-food e a preocupação das mulheres com o peso corporal, que se distancia da saúde e da preocupação com os males do excesso de gordura, podendo ser entendida como

expressão- com reflexos no plano biológico-de disputas mercadológicas que se estabelecem no contexto social. Entretanto, essas disputas não consideram as limitações do organismo humano.

A busca incessante pela magreza e beleza gera lucros para diversos segmentos econômicos, que se solidifica com a adesão de mulheres à busca constante e obstinada por um corpo considerado belo e perfeito socialmente.

Os mecanismos por meio dos quais se difundem tais valores são complexos e difusos, concentrados nos meios de comunicação dos quais os grupos econômicos lançam mão, já que dependem, para sobreviver, de um mercado consumidor ativo impulsionado pela produção constante de novas necessidades e, conseqüentemente, de novos produtos visando a satisfazê-las. Através dos meios de comunicação impõe-se a cultura do belo mantida por uma “indústria do belo” sustentada na idéia de que uma mulher, para ser bonita e socialmente aceita, precisa ser muito magra, levando especialmente as adolescentes aos assim denominados “comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso”. (SCHWARTZ, 2004, p. 43)

Esses comportamentos adotados com o objetivo de manter um corpo ideal, muitas vezes se tornam negativo, levando a complicações orgânicas e comportamentais. A população mais atingida é das mulheres, seja pela historicidade acerca da beleza, seja pela imagem social e pessoal. Toda essa preocupação com a beleza e a adoção de comportamentos negativos e diferenciados acerca dos hábitos alimentares, é denominada de transtornos alimentares.

Distintos são os conceitos acerca dos transtornos alimentares “são doenças psiquiátricas que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade” (CORDÁS; SALZANO; RIOS, 2004, p. 39).

Pode-se conceituar ainda que:

Os transtornos da alimentação são problemas graves que ocorrem com frequência entre mulheres na fase final da adolescência e nas adultas jovens. Eles podem ser crônicos e recorrentes, em geral associados à comorbidade psiquiátrica e a sequelas médicas. Embora existam características comuns entre os transtornos da alimentação, há diferenças significativas na apresentação clínica que variam de acordo com o tipo do transtorno. (YAGER, 2010, p. 19)

Os transtornos alimentares possuem diversas características, considerando as particularidades de cada pessoa. Nesse contexto, vale enfatizar consideravelmente a etiologia dos transtornos alimentares, que passou por diversas

fases. As hipóteses causais variaram desde aquelas puramente biológicas até as exclusivamente psicológicas.

Compreender a etiologia dos transtornos alimentares não se restringe a tentar detectar um único fator patogênico ou simplesmente identificar fatores de risco; trata-se de compreender de como vários fatores interagem no desenvolvimento dos transtornos alimentares naquele momento do processo no indivíduo em particular. Entretanto, ainda pouco se sabe sobre a relativa importância e interações desses fatores sejam de origem biológica ou psicossocial. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI; 2006)

São distintas as perspectivas sobre a etiologia dos transtornos, necessitando-se de pesquisas constantes, sendo que o quadro mais abrangente envolve uma combinação de fatores biológicos, psicossociais e socioculturais no seu início.

Pesquisadores começaram a estudar fenótipos com definição mais ampla e casos subliminares e tem centrado a atenção nos traços comportamentais, em vez de focar as síndromes completas. Existe também uma percepção crescente de que, além da patologia alimentar e do peso, os traços comportamentais e de personalidade têm utilidade na classificação dos indivíduos com transtorno alimentar, especialmente nos subgrupos diagnósticos. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 60)

Dessa forma, percebe-se a complexidade em que reside os transtornos alimentares. Esses não são apenas de origem biológica, mas também comportamental, onde o ambiente pode influenciar no comportamento acerca dos transtornos na alimentação, considerando ainda os aspectos socioculturais dos referidos transtornos.

Com relação ainda a etiologia do tema, pode-se considerar que:

As explicações quanto á causa são, em sua maioria, multidimensionais, incluindo fatores genéticos, fatores biológicos, vulnerabilidade psicossocial, condições familiares e contexto sociocultural. Entretanto, um desses problemas com esse tipo de modelo abrangente reside na grande dificuldade em provar ou refutar; além disso, qualquer tentativa de prevenção torna-se muito difícil, visto que as vulnerabilidades devem ser remediadas em tantas direções. Uma importante falha numa grande proporção dos trabalhos em etiologia foi a tendência a juntar a anorexia e a bulimia nervosa num único grupo ou a utilizar subgrupos pouco definidos, como estudantes adolescentes com atitudes alimentares anormais como base dos fatores de risco. Considerando-se a ampla diferença na história dos transtornos, parece ser mais prudente considerá-los como entidades separadas até prova em contrário. (GIBNEY, et al.2007, p.79)

Nesse contexto, as causas dos transtornos são inúmeras e distintas, específicas e denotadas para cada pessoa. Não se tendo uma única causa. Elas variam do contexto social e cultural de cada pessoa.

Os distúrbios físicos, incluindo diabetes melito, colite, doença da tireóide, doença inflamatória intestinal, doenças pépticas, doença de Addison, distúrbios da motilidade intestinal, como acalasia, e tumores cerebrais, todos podem causar sintomas clínicos comuns àqueles dos transtornos, por isso deverão ser avaliados e sua possibilidade descartada. Além disso, os transtornos de conversão, esquizofrenia e transtornos de humor estão entre aqueles que podem manifestar perda de peso e compulsão alimentar ou purgativa. (YAGER, 2010).

Assim, muitos fatores podem causar transtorno alimentar, sua incidência é maior em mulheres, devido às imagens corporais que as impõem. Nesse contexto, acerca das causas e a incidência em maior proporção no sexo feminino, vale destacar sua epidemiologia para esclarecer a questão de sua incidência.

4.1.6 Epidemiologia

Nas sociedades ocidentais, se percebe a grande incidência de transtornos. Dados epidemiológicos ressaltam que a duração média do transtorno é de seis anos. (NUNES, 2006). O número de casos na comunidade é provavelmente maior do que os casos identificados ou tratados, haja vista, que existe uma grande resistência das pessoas com as características de transtornos em procurar ajuda médica ou psicológica.

A pesquisa em torno da epidemiologia dos transtornos da alimentação é limitada, em especial no que tange à prevalência entre os adolescentes, nos quais os transtornos é observado com frequência.

Mesmo sendo mais predominante nas sociedades industrializadas, em que o alimento é abundante e o perfil-padrão corporal é o esbelto, estão faltando pesquisas sistemáticas da prevalência cultural cruzada da anorexia nervosa. Algumas evidências sugerem que mulheres em que imigraram para países mais industrializados, oriundas de países em que a ocorrência desse transtorno é baixa, podem ter maior risco à medida que assimilam o padrão corporal esbelto. Dessa forma, alguns dados sugerem que a apresentação dos sintomas pode diferir na cultura cruzada... Mesmo considerando conflitantes os achados das pesquisas, de modo geral a anorexia nervosa tende a ser menos comum entre mulheres afros

americanas do que entre as brancas, hispânicas e sino-americanas. (YAGER, 2010, p. 25)

A falta de grandes pesquisas em torno da temática e sua incidência, faz com que essa cresça e se torne um assunto sem relevância para alguns segmentos sociais. Muitas pessoas se inserem dentro do diagnóstico, mas por falta de estudos e notícias não se reconhecem com problemas de transtorno alimentar.

Vale ressaltar que a epidemiologia dos transtornos alimentares permanece um problema impreciso, apesar de algumas mudanças nos critérios diagnósticos, nas variáveis e nas taxas de incidência com os passar dos anos. Ademais, os estudos epidemiológicos apresentam conflitos metodológicos, como a seleção da população e a identificação dos casos. São problemas específicos dos transtornos alimentares a baixa prevalência na população em geral, a tendência dos indivíduos a ocultar a doença e evitar buscar profissionais qualificados para tratamento. Por essas razões torna-se necessário estudar um grande número de indivíduos da população para obter resultados confiáveis. Assim, o tempo e o custo operacional dos estudos são elevados. (NUNES, et al, 2006).

Vários estudos tem mostrado um aumento elevado da incidência de transtornos nas sociedades indústrias do Ocidente, mais prevalentes entre mulheres do que em homens, numa proporção de 10:1. Embora se acredite que ocorram mais frequentemente em sujeitos da raça branca, existem vários estudos demonstrando sua ocorrência em outros grupos raciais. Em relação ao nível socioeconômico, os transtornos alimentares têm sido classicamente associados ao *status* social. Contudo, diversos autores tem questionado essa relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava (NUNES, et al, 2006).

Estudos longitudinais configuram que dietas para emagrecer são com freqüência um dos precursores do desenvolvimento dos transtornos alimentares. Morgan e Azevedo (1998), sugere que a “prevalência dos transtornos alimentares parece aumentar na mesma proporção que a prevalência dos comportamentos relacionados à dieta”, encontrou um risco para estes transtornos até oito vezes maior entre indivíduos em dieta.

De forma geral, muitas mulheres fazem dieta e sentem insatisfeitas com seus corpos, mesmo quando não estão acima do peso. Há evidências de que esses

comportamentos tem se manifestado cada vez mais cedo, inclusive em crianças pré-púberes.

Existe um “continuum de preocupação com o corpo” levando á dieta e outros métodos drásticos de controle do peso. Deste ponto de vista, os transtornos alimentares seriam a expressão máxima, numa relação linear e direta, da cultura do corpo predominante em algumas sociedades. Contudo, esta hipótese é questionável na medida em que apenas uma pequena parcela de todos os que fazem dieta chegam a desenvolver um transtorno alimentar. A etiologia dos transtornos alimentares é hoje concebida como multidimensional e inúmeros outros fatores parecem mediar o impacto da cultura no comportamento individual, entre eles as vulnerabilidades psicológica e biológica. (MORGAN; AZEVEDO, 1998, p.04)

Com base na assertiva, corrobora-se que aquelas pessoas que não chegam a desenvolver total transtorno, pode vir a desenvolver uma angustia, ou sentimento de incapacidade para atingir tal forma, subsidiando assim o desenvolvimento de outros tipos de transtornos.

Ademais, as pessoas que sofrem de transtornos alimentares possuem um caráter obsessivo, o que significa que se preocupam constantemente com o peso e a dieta. A personalidade desses indivíduos é diferente do considerado normal socialmente. Assim, a pessoa com anorexia costuma ser considerada como “menina modelo”, perfeccionista, excelente estudante, com um nível intelectual elevado e com tendência a fugir dos conflitos. Preocupam-se excessivamente pelo que opinem sobre sua pessoa e costumam ter demasiado autocontrole. Não obstante, as bulímicas costumam ser mais impulsivas, intolerantes e se frustam mais. Estas pacientes podem ter problemas de vício ás drogas, bem como propensão à depressão e ansiedade. Ademais, costumam fracassar em suas relações sentimentais.³

A anorexia, a bulimia também apresenta grandes incidências na sociedade contemporânea. A faixa etária de maior incidência está entre 17 e 23 anos em mulheres, observando-se início um pouco mais tardio para os homens (20 a 25 anos).

Nesse íterim, com base no contexto acima, percebe-se a incidência dos transtornos em todo o mundo. Porém, cada um com sua especificidade e cultura diferenciada.

³ Disponível no site: www.priory.com/psych/culture-transtornosalimentares.html. Acesso em 20/10/11 ás 22:42.

4.1.7 Da Concepção à Práxis: os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares

Os aspectos socioculturais dos transtornos alimentares têm sido amplamente estudados e já foram objeto de inúmeros trabalhos médicos, antropológicos, sociológicos e históricos. O interesse pelo tema decorre de observações, encontradas já nas primeiras descrições contemporâneas destes transtornos, de que a extrema valorização da magreza nas sociedades ocidentais desenvolvidas estaria fortemente associada à ocorrência de anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Ademais, pesquisas sobre a significativa relevância dos aspectos sócio-culturais na epidemiologia, etiologia e dimensão dos transtornos alimentares são evidenciadas desde 1980, haja vista que se reconhece a influência do ambiente em que o indivíduo está inserido. Ele tenta se adequar os seus valores, morais e padrões.

Assim, desde as transformações mais relevantes e transparentes na sociedade nos últimos anos, em especial no início de 1980, iniciaram-se os estudos sobre o papel dos fatores sócio-culturais nos transtornos alimentares. Vários aspectos influenciam, desde o surgimento dos novos padrões de beleza, a globalização, até as transformações do papel social e político da mulher e suas conseqüências na formação da identidade feminina.

Embora a aparência física seja um elemento fundamental da imagem da mulher em diversas épocas e culturas, a extrema magreza nem sempre foi o ideal almejado. Um breve retrocesso pela história da arte revela que a Renascença valorizava mulheres de corpo cheio, com quadris grandes e abdomens avantajados. Entretanto, na década de 20, por exemplo, as mulheres usavam faixas para tornar o tórax mais achatado e os seios menos aparentes. Nas décadas de 40 e 50, se valorizava mulheres de seios fartos e corpos curvilíneos. Mesmo em épocas que preconizavam um padrão mais longilíneo, nem sempre a dieta era o principal recurso para atingi-lo. Em outras épocas, espartilhos eram amplamente utilizados para reduzir a cintura das mulheres. Atualmente dietas e exercícios parecem ser os principais meios para se modificar o corpo, conforme nos revela a alta prevalência destes comportamentos.

A supervalorização do corpo feminino e a idealização da magreza, na cultura ocidental, reforçam os aspectos psicopatológicos centrais da anorexia e bulimia

nervosa. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006). É evidente o paradoxo entre a excessiva valorização da magreza, das dietas restritivas de calorias e do bombardeamento da mídia de imagens de mulheres, modelos muito magras, bem como a ampla disponibilidade de comidas calóricas, baratas e consideradas agradáveis ao paladar. A idealização da magreza e a depreciação da gordura afetam mais as mulheres do que os homens.

Esta compreensão veio a ser corroborada por vários estudos epidemiológicos demonstrando um aumento na incidência destes transtornos concomitante à evolução do padrão de beleza feminino em direção a um corpo cada vez mais magro (MORGAN et al; 2002). Os dados revelam também que anorexia nervosa e bulimia nervosa parecem ser mais prevalentes em países ocidentais e são claramente mais freqüentes entre as mulheres jovens, especialmente aquelas pertencentes às camadas sociais mais elevadas destas sociedades, o que fortalece sua conexão com fatores socioculturais.

Estas informações levaram alguns pesquisadores a conceberem os transtornos alimentares como "síndromes ligadas à cultura", ligadas às sociedades do ocidente. Síndromes ligadas à cultura são definidas como sintomas que se restringem a determinadas culturas em função de características psicossociais das mesmas.

Entretanto, por muitos anos, com a globalização e modernização, países do Leste Europeu e da Ásia passaram a relatar casos de transtornos alimentares, embora com algumas características particulares. Acredita-se que o processo de globalização e as conseqüentes rápidas transformações sociais e econômicas podem ter causado mudanças no papel da mulher na sociedade. Elas passaram a ter um nível educacional maior, maior espaço no contexto do mercado de trabalho, e a lutar por igualdade. Assim, o comportamento alimentar é uma forma de expressar uma busca de uma nova e bonita identidade.

De acordo com esta concepção, a pressão cultural para emagrecer é considerada um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares para gerar a preocupação excessiva com o corpo e o pavor doentio de engordar, característico da bulimia e anorexia nervosa. A influência dos aspectos socioculturais é marcante. Os transtornos alimentares podem até ser considerados os melhores exemplos para se estudar a interação dos aspectos socioculturais com os demais fatores.

Nesse contexto, vale enfatizar ainda que a insatisfação com o corpo é muitas vezes um dos precursores para o desencadeamento dos transtornos alimentares. Para as mulheres, ter esse padrão de beleza, significa ter auto-controle, competência e atratividade sexual. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006). Entretanto, apesar da incessante preocupação com o peso e a forma do corpo e a obstinação por dietas, apenas algumas mulheres desenvolvem transtorno de comportamento alimentar.

A pressão social em relação à magreza exposta pela mídia pode criar um ambiente psicológico favorável ao desenvolvimento desses quadros quando a pessoa apresenta outros fatores de risco ou vulnerabilidades, como baixa-estima, perfeccionismo, traços obsessivo-compulsivos, entre outros. (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006, p. 60)

Com base no autor, embora os aspectos sociais podem influenciar no desenvolvimento dos transtornos, estes ocorrem quando a pessoa tem uma denominada predisposição, ou um ambiente que favoreça negativamente esse comportamento alimentar, bem como outros conflitos de ordem social, familiar e psicológica.

Não é só a mídia que influencia nos transtornos. A família e amigos também são um fator de influencia importante, tanto no desencadeamento como na perpetuação dos sintomas alimentares. A influência dos fatores socioculturais no contexto dos transtornos alimentares abrange vários níveis de compreensão e enriquece a análise mais profunda da interação entre a pessoa, corpo, sociedade, saúde mental e psicopatologia.

Os valores sociais, que subsidiam a autonomia e o sucesso da pessoa, sugerem que a beleza física dota a mulher com vantagens para a conquista desses objetivos. Para muitas delas, a magreza é o principal determinante da beleza física. Mulheres que se identificam com os paradigmas atuais podem ser, em especial, vulneráveis ao desenvolvimento de comportamentos alimentares desordenados.

Deve-se notar ainda um outro elemento que compõe o panorama sociocultural dos transtornos alimentares: as transformações dos papéis femininos e masculinos. As mulheres jovens se deparam atualmente com expectativas sociais novas, e muitas vezes ambíguas, de autonomia financeira, independência e sucesso profissional, além do desempenho de seus antigos papéis no lar, o que pode

aumentar sua insegurança e intensificar essa busca por perfeição e controle, como já aqui se suscitou.

Nesse ínterim, Straub (2005), amplia sobre os aspectos sócio-culturais, que as dietas e o comportamento alimentar desordenado são as respostas compreensíveis das mulheres a seus papéis sociais e aos ideais culturais de beleza. Segundo Morgan et al (2002), a concepção de um modelo de compreensão dos transtornos alimentares que explique os dados sobre sua ocorrência e distribuição deve incluir necessariamente a abordagem do contexto sociocultural onde ocorrem, bem como uma questão acerca da saúde mental.

As sociedades ocidentais contemporâneas vivem atualmente sob o ideal da magreza e da boa forma física. Este padrão se impõe especialmente para as mulheres, nas quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal. Proliferam novas dietas para emagrecimento; as academias de ginástica apresentam inúmeras opções de exercícios e revelam o alto investimento tecnológico para o desenvolvimento de técnicas de exercício físico. Para os que têm limitações de tempo, mas não financeiras, a indústria estética oferece aulas de ginástica em vídeo e aparelhos que reproduzem a academia no ambiente doméstico. São notáveis também os avanços da indústria cosmética no desenvolvimento de produtos e técnicas cirúrgicas que auxiliem na busca pela magreza e pelo corpo perfeito.

Morgan et al (2002) apontam ainda para duas crenças falsas que reforçam a busca pela magreza. A primeira delas é a noção de que o corpo é infinitamente maleável e que este ideal estético pode ser atingido por qualquer um que siga as prescrições culturais de exercícios e dieta adequadas. Negam-se as particularidades do corpo de cada um e as limitações biológicas e genéticas. Acredita-se que a boa forma física depende apenas do esforço pessoal, crença esta repassada pela mídia e propagandas de produtos estéticos. Além disso, a imagem do corpo ideal é acompanhada de conotações simbólicas de sucesso, autocontrole, autodisciplina, liberação sexual, classe e competência. O fracasso em se atingir este ideal passa à ser equacionado com falta de força de vontade, preguiça e fraqueza. A segunda crença falsa diz respeito justamente à ideia de que aqueles que atingirem este padrão de forma corporal alcançarão tudo o que buscam, desde sucesso na profissão, nos relacionamentos sociais e amorosos.

Além das mulheres adolescentes e jovens, alguns grupos ocupacionais (modelos, atrizes, bailarinas, atletas, nutricionistas, etc.) parecem estar particularmente mais vulneráveis aos transtornos alimentares.

Dessa forma, há três formas de se conceber a conexão entre o contexto sócio-cultural e os transtornos alimentares. A primeira delas, considerada a hipótese na qual a influência seria a mais forte, os fatores socioculturais exercem o papel de causa do transtorno alimentar. Na segunda, eles funcionam como precipitantes da doença que é, por sua vez, determinada por inúmeros outros elementos tais como predisposições biológicas, interação familiar e psicologia do indivíduo. A terceira tese, defendida pelo autor, confere aos aspectos socioculturais apenas o lugar de "envelope" para a emergência da anorexia nervosa. A cultura é vista como um "endereço sócio-cultural específico". (STRAUB, 2005)

Nos últimos anos, as culturas ocidentais têm cada vez mais enfatizado os atributos positivos de corpos esbeltos, em especial das mulheres. Conforme abaixo o autor observou que:

Nossa cultura transformou a busca de um corpo magro e livre de gordura em uma nova religião. Ela tem um credo: como corretamente, controlo meu peso e faço exercícios. De fato, a anorexia nervosa pode ser chamada do paradigma de nossa era, pois a nossa crença nos encoraja a adotar os comportamentos e as visões de um anoréxico. Em nenhum outro lugar, essa religião é mais aparente do que na maneira como os corpos das mulheres são representados na mídia. (STRAUB, 2005, p. 260)

Apesar do marcante predomínio dos transtornos alimentares em sociedades ocidentais contemporâneas, que reúnem as características socioculturais acima descritas, a psiquiatria ocidental não considerou a anorexia nervosa como uma "síndrome ligada à cultura", mas como uma "verdadeira doença psiquiátrica", que abala significativamente a saúde mental da pessoa, necessitando de uma equipe multidisciplinar para restabelecer positivamente seus comportamentos alimentares

Na população brasileira observa-se o reconhecimento crescente de casos de transtornos alimentares na última década, motivando a criação de serviços especializados para seu atendimento em centros universitários, onde o foco do tratamento é o restabelecimento da saúde mental da pessoa.

4.2 Sociedade Contemporânea: recorte contextualizador

A Idade Contemporânea ou a denominada sociedade contemporânea é um tempo histórico em aberto, real, vivido. Este compreende entre o final do século XVIII até os dias atuais. A contemporaneidade/atualidade despertou o interesse de muitas pessoas em razão da emergência e do apelo que os temas históricos, sociológicos e filosóficos vivenciados nesse período subjacente.

O desenvolvimento do capitalismo, da globalização e a ascensão de novos valores, leis e morais de um mundo em desenvolvimento contínuo, configuram importantes fatos e correntes de pensamento do século XIX. As problemáticas e as transformações de um mundo globalizado e conectado pela tecnologia fizeram da atualidade um contexto multifacetado e paradoxal, principalmente no âmbito social, legal, moral e emocional.

Assim, pode-se denominar a contemporaneidade de um novo milênio, época de grandes transformações, com estruturas vinculadas à globalização, que impulsiona distintos países, como o Brasil, a aderir aos aspectos internacionais, e muitas vezes distantes de nossa realidade socioeconômica. Essa feita é um subsídio para garantir uma economia globalizada, com normas de mercado estabelecidas pelos grandes financiadores internacionais.

Neste íterim, surge os paradoxos sociais e econômicos, pois apesar de se verificar mudanças brasileiras, nos últimos anos, o paradoxo o qual se citou emerge no momento em que o Brasil continua sendo um país considerado subdesenvolvido, e com um descompasso transparente acerca da distribuição de renda mais considerada desigual no mundo.

Esse cenário, longe de estar restrito ao plano econômico, envolve esferas política e cultural, acarretando a diluição de fronteiras e enfraquecendo o Estado nacional. Claro que a Reestruturação Produtiva é um processo econômico, político e cultural em curso, de grande dinamismo e alta complexidade, que acontece em escala planetária em ritmo intenso, exigindo a inserção de todos. Estruturalmente vinculada à Globalização, estes dois processos tem sido conduzidos pelas forças hegemônicas a nível internacional, representando a mais recente configuração do capitalismo- a qual converte o sistema mundial em espaço de acumulação-apontando para profundas repercussões sobre a vida social. (MORGAN; AZEVEDO, 1998, p.3)

Dessa forma, se concebe um novo processo, vinculado à fragmentações de diversos vieses da sociedade, haja vista que o referido processo, não é estável dada a dialética da vida em sociedade. Neste contexto, subjaz outras configurações como a fragmentação simbólica, a perda de valores familiares, sociais, culturais “que dão referência à construção da subjetividade”. (ANDRADE; BOSI, 2003, p. 2). Sem os valores próprios, os modelos globais ganham significados, em todas nuances da vida humana e na dimensão simbólica, transformando os modos de ação, hábitos, valores, e outros, “promovendo um desenraizamento cultural, gerando um mundo de incertezas e de riscos produzidos, o qual se desdobra a perda da liberdade e da identidade humana” (ANDRADE; BOSI, 2003, p. 2)

Assim, advêm a crise da identidade do homem da atualidade. “Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções, de tal modo que nossas identificações estão sendo deslocadas” (HALL, 2000, p.13).

No âmbito da Brasil, nosso contexto é cada vez mais influenciado por forças externas à nossa cultura, oriundos de mercados e ou países economicamente dominantes e ricos. Segundo Andrade; Bosi, (2003), a globalização não deve ser concebida apenas como a intensificação das relações sociais em escala mundial, na medida em que integra distintos contextos sociais. Esse movimento, geralmente, figura de maneira insidiosa e silenciosa, transforma espaços locais e, por conseguinte, afeta as intimidades da existência pessoal, pois atua de forma a modificar a vida cotidiana.

Vale enfatizar que é um movimento veloz, que traz produtos-muitas vezes-negativos ao meio ambiente e as ações das pessoas quando essas não acompanham a velocidade desse movimento. Minimiza-se o sentido de identidade própria e coletividade, gerando a necessidade e a existência de um consumo, influenciado pelos valores externos à subjetividade, individualidade e emoções, banalizando o ser humano, suas fraquezas naturais e seu sistema em geral-desde o biológico ao social- perdendo identidade.

O corpo e todo o instrumental utilizado para projetá-lo como símbolo de poder passam a ser perseguidos como bens simbólicos, na tentativa de neutralizar o mal-estar gerado pela fragmentação da identidade; daí decorre o excesso de investimentos da mídia com temas relacionados à beleza e à aquisição do corpo perfeito, em campanhas geralmente acompanhadas de imagens da mulher moderna, atrelando a elas, de forma subliminar, sucesso, felicidade, dinamismo, bem-estar pessoal, e outras características dotadas de simbolismo. (ANDRADE; BOSI, 2003, p. 04).

Conforme os autores, percebe-se a emergência de novos simbolismos acerca do corpo humano, em especial o da mulher na sociedade contemporânea, que valoriza a beleza, o culto ao corpo, em detrimento do bem-estar pessoal e emocional.

Com base nesse contexto, corrobora-se a particularidades da sociedade contemporânea e seus avanços, transformações e retrocessos. Assim, no próximo item abordar-se-á de forma mais específica o contexto acerca da simbologia do corpo.

4.3 Aspectos Históricos da Simbologia do Corpo

Numa retrospectiva ao homem primitivo e a sua relação com o alimento, ele caçava para alimentar-se, explorando todos os ambientes aonde garantisse o suficiente para a sua necessidade alimentar e subsistência. O trabalho de busca de alimento era indispensável pois dele dependia sua sobrevivência. Assim, os alimentos foram instrumentos fundamentais na evolução da Civilização e da Humanidade. Com o alimento sendo um dos principais responsáveis por essa evolução, através de relatos históricos, pode-se perceber a forte relação do ser humano com a comida.

Na Antiguidade, a Humanidade se movimentava para alimentar-se e com a domesticação dos alimentos surge o novo estilo de vida sedentário baseado na agricultura. Foi a partir daí que surgiram as primeiras indicações de posses ou riquezas privadas. Com a evolução foram surgindo novas classes, e os indivíduos se emancipam da sujeição do poder do senhor feudal. “No mundo moderno, acompanhamos o dinheiro para determinar onde está o poder. No mundo antigo, é o alimento que revelava as estruturas de poder”. (STANDAGE, 2010 p. 62).

Neste sentido, observa-se a relação poder x valor que estava presente em cada momento da humanidade. E assim, determinada Civilização detinha o poder segundo os valores em relação a sua produção e importância de consumo. Esses valores eram distintos dos valores da sociedade contemporânea, que prevê beleza, consumo e economia. Assim, o alimento ocupa posição central não apenas para sobrevivência, mas como forma de poder social e econômico.

A ideia de que as pessoas têm de diferentes trabalhos ou profissões, e que algumas são mais ricas que outras, é considerada natural hoje, mas durante a maior parte da existência humana essa percepção não existia. A maioria dos caçadores-coletores, e depois, dos primeiros agricultores, possuía riquezas equivalente e passava seus dias fazendo as mesmas coisas que os demais na comunidade. Estamos acostumados a pensar em comida como algo reuni as pessoas, seja literalmente, em volta da mesa em uma reunião social, ou metaforicamente, através de uma cozinha regional ou cultural partilhada. A comida também pode dividir ou separar. No mundo antigo alimento era riqueza, e o controle do alimento era poder. (STANDAGE, 2010, p. 44)

Quando se observa a contextualização da construção da sociedade percebe-se que corpo e sociedade sempre tiveram uma estreita relação. Pertencendo indissociavelmente ao indivíduo e a sociedade. O corpo que predominava até então era o corpo do trabalho, pensando primordialmente num indivíduo como mão-de-obra sendo a característica mais valorizada a sua capacidade de produção. Para Novaes (2006) dele não se exigia e nem se espera que seja belo, apenas submisso e saudável o suficiente para não comprometer sua produtividade. Em outros momentos históricos a apreciação estética do corpo se dava de forma menos fragmentada na qual não estava em jogo pedaços\recortes da anatomia humana, mas sim a valorização de um todo harmônico.

Segundo Novaes (2006) era considerada uma ofensa ao Divino pedir ao médico que prolongasse a vida de qualquer cidadão, pois a morte era determinada por Deus e não pelo homem. E somente a partir do século XVII e XVIII a preocupação com a saúde e o com o bem-estar emerge, na qual o saber anatômico e o modelo mecanicista fazem presente, projetando um novo olhar sobre o corpo humano e assim a medicina busca separar o doente de sua doença, isolando o indivíduo para tratar apenas o seu corpo.

Dos primórdios da Revolução Industrial até algumas décadas atrás, a representação do corpo que predominava era a do corpo do trabalho. No indivíduo pensado primordialmente como mão-de-obra -mais ou menos especializada, não importa-, as características mais evidentemente valorizadas estão atreladas à sua capacidade produtiva.(NOVAES, 2006, p.16)

Pelas altas exigências da lógica capitalista, do lucro e acumulação, haverá um esgotamento do corpo advindo da grande produção de bens maior que o necessário, sendo assim substituído por máquinas. A análise desse processo demarca sua gênese no início do século XX, mais encontra suas raízes no período da Revolução

Industrial havendo assim uma “liberação do corpo”. Segundo Novaes (2006) o corpo deixa um “corpo ferramenta” para ser um “corpo consumidor”, dando suporte e escoamento para a produção de todos os bens oferecidos por essa sociedade de faturas. Com este corpo sendo alvo do consumismo torna-se um corpo em evidencia.

Novaes (2006) afirma que existiram dois fatores importantes para a transformação da imagem social do corpo: a difusão da técnica de feitura dos espelhos, conseqüentemente ampliando a sua utilização nas habitações e a educação que os nossos sentidos receberam na qual a visão assumiu um papel preponderante no que diz respeito à representação corporal que acabou por constituir um aspecto essencial para a construção moderna das formas de atenção com o corpo, além de forjar a percepção que adquirimos em relação ao mesmo.

Isso nos faz refletir sobre o sentido do olhar diante dos minuciosos detalhes que o espelho nos oferece. O fato de que quando não se existia este olhar fazíamos imagens próprias através do olhar do outro, era como se os “defeitos” não ficassem visíveis a si mesmo.

Novaes (2006) afirma que o sentido da visão foi eleito como privilegiado dentre os demais, favorecendo assim a emergência de determinados sentimentos como o pudor, que surgia como representante de um tipo de subjetividade que estava sendo forjada. O desenvolvimento do sentimento de pudor contribuiu para a educação do olhar sobre o corpo.

O pudor como sentimento da vida moderna, surge como demanda psicológica resultante da interiorização das distancias sociais, figurando juntamente com um elenco de constrangimentos subjetivos relativos à esfera moral. Esses constrangimentos, ao mesmo tempo que reivindicam praticas de civilidade, também exigem uma constante auto-regulação e disciplinarão do comportamento e dos modos, de tal forma que é esperado do sujeito que tenha uma conduta: moderna, descente, discreta, prudente, honesta, amável e nobre de espírito (NOVAES, 2006 p. 55).

Datam desse período os primeiros manuais de boas maneiras, em que cada situação bem marcada por desenhos do bom comportamento. Fazendo-nos acreditar que a forma como nos comportamos deve seguir um padrão o qual terá que preencher expectativas esperadas pela sociedade, por meio da fiscalização de um olhar minucioso sobre a aparência, e determinando o que é certo o que errado, o

que é bonito ou feio, negligenciando-se as determinações biológicas e genéticas e na tentativa de acompanhar estes padrões, vieram os prejuízos sociais, físicos e psicológicos produzindo demasiadas inseguranças, vulnerabilizando sua identidade, gerando inquietações obsessivas pela busca incessante no próprio corpo pelo controle perdido.

Neste íterim, o corpo e suas formas possui relação com os novos valores e crenças da atualidade. No próximo item colocar-se-á a relação entre o corpo e a sociedade contemporânea subsidiando respostas às indagações do estudo.

3.4 O Corpo e a Sociedade na Atualidade

Dentre vários outros significados, a palavra sociedade refere-se simplesmente a um grupo de pessoas vivendo em uma comunidade organizada e está indiretamente relacionada àquilo que é social. Está implícito no significado de sociedade que seus membros compartilhem interesses, valores, ou preocupações mútuas sobre um objetivo comum. Dado esse significado, o termo age como meio de comparar duas ou mais “sociedades” cujos os membros representativos representam visões de mundo competidoras, alternativas e conflitantes.

Assim, a vida em sociedade é permeada de segmentos como: normas, leis, códigos, educação, cultura, alimentação, relações interpessoais, entre outros. Dessa forma, no âmbito da alimentação, essa foi também evoluindo através dos aspectos sociais. Segundo Bourdieu (1997, p. 55) “registros fósseis comprovam que melhoria da qualidade alimentar acompanhou crescimento evolutivo do cérebro.” Neste íterim, os hábitos alimentares registram a evolução dos povos e revelam a capacidade de adaptação cultural da espécie humana. A alimentação é muito mais que um simples ato nutricional, comer é um rito social carregado de significados históricos e culturais.

O ponto crucial da evolução humana tem sido a diversidade de estratégias que se desenvolve para criar dietas adequadas as nossas necessidades e contextos atuais. Embora o processo da alimentação (fome, sede, saciedade) possa parecer fisiologicamente automático, eles não ocorrem apenas nos elementos neurológicos que regulam a conduta alimentar. Eles estão também vinculados a experiências vivenciais prévias. Por tanto, existem outros mecanismos mais complexos relacionados com nossas experiências psicológicas (sentimentos de segurança,

bem-estar e afeto que experimentam através seios maternos na lactação, antecedentes pessoais etc.) regulando o processo da alimentação.

A sociedade atual evoluiu para uma sociedade de consumo a qual é usada para divulgar seus produtos e serviços, gerando um consumismo sedutor, não tendo como objetivo produzir pessoas resolvidas, saudáveis e felizes e sim indivíduos insatisfeitos consigo mesmo, pois quanto mais ansiosos mais consumistas se tornam. Sendo alvo desta sociedade, mulheres e adolescentes, angustiados com sua aparência consomem cada vez mais produtos em busca superficial de prazer e beleza.

Quase todas as indústrias do lazer, da comunicação e do marketing na sociedade ocidental contemporânea, estão alicerçadas no poder da imagem. Tal imagem estimula a busca pelo padrão inatingível de beleza expandindo a ansiedade, que por sua vez é projetada na necessidade de possuir o objeto, gerando assim o consumismo, tendo como consequência indivíduos que passam a gastar cada vez mais, tentando preencher o vazio emocional que o sistema de consumo abriu.

O idealismo de um corpo magro na sociedade ocidental contemporâneo, vem se tornando um dos fatores que mais contribuem para a insatisfação, principalmente feminina, com a imagem corporal. O poder da televisão através de seus agentes sociais, na criação de valores idealistas como liberdade, autonomia, felicidade e bem-estar, induz, simultaneamente, comportamentos adequados ao alcance de tais fins. Assim, o bem-estar psíquico e social hoje no contexto sociocultural em que vivemos depende cada vez mais da medida corporal. Como também o peso e a forma do corpo parecem ser importantes referências da imagem que fazemos de nós mesmo.

Sob o prisma da inter-relação entre o corpo e a sociedade, vale enfatizar que “o corpo enquanto representação, suporte de símbolos culturalmente produzidos e historicamente contextualizados. Um corpo, portanto, que pertence indissociavelmente ao indivíduo e à sociedade” (NOVAES, 2006, p.15). O corpo é a própria condição de ser sujeito, é a preocupação de todos, seja pela estética, seja pela saúde, denotando um modo de ser e sentir.

Na contemporaneidade, ao contrário, o corpo idealizado é o corpo do consumo. Liberado da submissão à máquina produtiva que disciplinava seus desejos, no entanto, o sujeito é inserido nas engrenagens de um sistema de consumo que lhe impõe ter desejos. Já não se trata da máquina da produção que se alimentava de corpos, mas da lógica do consumo que

alimenta sujeitos saciados. Com isso, no lugar do indivíduo anônimo, se instala o valor do indivíduo diferenciado, que se destaca dos outros, de imediato, pela sua aparência. Uma aparência da qual se assume ser a vitrine mais evidente e inequívoca do sujeito. Eis-nos em pleno domínio da ditadura da aparência. (STROZENBERG, 2006, p.17)

Com base no autor, hoje a aparência do corpo é uma das maiores preocupações, muito mais do que com a própria saúde. A beleza é hoje uma necessidade, sendo construída dentro de padrões influenciados pelo mercado e pela moda, utilizando-se recursos materiais, cirúrgicos, os tornando como uma subsistência.

O corpo denotado pela moda, associado à saúde ressalta a identificação com modelos corporais externos à mulher. Tal modelo intensifica a coação social para a adoção do culto da boa aparência e da beleza. Os cuidados pessoais com a estética vinculam-se à visibilidade que a mulher pretende atingir- evitar o olhar do outro ou se expor estão diretamente relacionados às qualidades estéticas do próprio corpo.

Nunca, em nenhum outro momento da vida social, o poder do olhar do outro sobre nosso corpo foi, a tal ponto, invasivo. Na sociedade contemporânea, a ditadura da aparência nos diz que o corpo sarado e definido-tido como belo- é também o sinal exterior de uma beleza interior, de uma mente saudável, de uma internalidade “bem resolvida”. (STROZENBERG, 2006, p.18)

Assim, vivem em função da beleza corpórea. Preocupados com a imagem de si, e concepção dos outros. O corpo é o centro do cotidiano da pessoa, suas vontades e aspirações de beleza. “O corpo faz parte dos símbolos e da comunicação. As diversas culturas aproveitam-se dos sentidos para codificar o mundo, ou seja, são as convenções sociais que estipulam e direcionam a ênfase dada aos sentidos” (NOVAES, 2006, p.47)

O corpo se expressa, e faz parte do aspecto social, um corpo limpo, organizado e saudável maximiza e melhora as relações sociais do ser humano, sendo muitas vezes a pessoa rotulada e ou estigmatizada através desse corpo e aparência. Nesse contexto, a autora corrobora a afirmação, citando:

Com relação à questão da aparência na atualidade, o aval da sociedade talvez explique por que nos homens, as preocupações com a má aparência são mais sutis. Basta observarmos com atenção e constataremos que a sociedade mostra-se mais condescendente e tolerante com a feiúra masculina. Logo, é inquestionável que o olhar lançado sobre os homens é

menos persecutório.. Contrariamente ao que acontece com o grupo dos homens, no universo feminino a rigidez é de tal ordem que não há justificativa possível para o não-atendimento dos imperativos da beleza. Enquanto no universo masculino o desvio com relação ao padrão da beleza está vinculado à falta de tempo, em função do ritmo atribulado da vida profissional, para as mulheres, não cultivar a beleza é falta de vaidade-um qualitativo depreciativo da moral. (NOVAES, 2006, p.71)

Dessa forma, vale enfatizar que o corpo revela o modo de ver, sentir e ser nas relações sociais e interpessoais. Um imaginário corporal vai sendo construído por meio de inúmeras qualidades estéticas que, associadas a estigmas morais, formam juízo de valor acerca da conduta pessoal.

Problemas com a má aparência e, certamente, com a gordura figuram entre um dos piores tipos de desleixo com o corpo. São, por conseguinte, concebidos como uma transgressão moral, traduzindo um modo inadequado de relacionamento com o corpo, no qual estão excluídos: exercícios físicos regulares, esforço, disciplina, persistência, obstinação e auto-estima. O mérito atribuído socialmente à beleza recai, cada vez mais, sobre um esforço individual, e não sobre um produto da natureza. Verifica-se, igualmente, que aos qualificativos estéticos está associada uma determinada forma de conduta pessoal. (NOVAES, 2006, p. 98)

A mulher é concebida como aquela que tem como obrigação cuidar do corpo e da aparência, esse cuidado deve fazer parte de sua rotina, de sua conduta, forma de ser. Em especial, o modo de se alimentar. A alimentação é o subsidio de um corpo saudável, sendo também uma preocupação social, que foi modificada com o passar dos anos e com a modernidade da sociedade.

Nesse ínterim, no próximo item abordar-se-á de forma mais específica a alimentação e suas mudanças na contemporaneidade.

4.5 A Mudança da Alimentação nos últimos tempos

O ato de comer possui relação com as experiências pessoais. Desde as primeiras mamadas a alimentação se dá sob um contexto social, pois a ele não se atribui apenas gosto e olfato e sim toda uma atmosfera afetiva que mais tarde assumem significados psicológicos que perpassam do ato de alimentar.

O sucesso das indústrias de fast-food, atrelados a mídia demonstram que o comportamento alimentar é facilmente influenciado pelos estímulos externos. Normalmente as características dos alimentos definem os diferentes grupos,

ocupando o lugar em destaque na maioria dos atos sociais. Fazer como os outros, comer e beber como ele significa integrar-se ao grupo. O alimento e seus ritos favorecem a coesão natural. Desta forma, podemos considerar que o ato de comer foi e continua sendo um fenômeno de comunicação social (ANDRADE; BOSI, 2003), necessitando de uma abordagem histórica.

Entretanto, a alimentação tem mudado significativamente. “Antes de 1550, o princípio aceito por todos era de que cada um deveria comer em conformidade com sua natureza”(ALVARENGA, et al, 2004, p. 02)

Percebe-se que as relações entre dieta e culinária eram muito estreitas na primeira metade do século XII, mas as preferências eram concebidas como afinidades que a natureza de cada um mantinha com estes ou aqueles alimentos, e as aversões eram explicadas por antipatias fisiológicas.

Antes, a alimentação era essencialmente para subsistência e manutenção da espécie. Porém, com o avanço do conhecimento científico e social, surgiu a importância nutricional da alimentação. Tornou-se necessário ingerir alimentos que atuassem diretamente na manutenção da saúde, dentro das culturas de cada região ou povo. Entretanto, a industrialização também contribuiu para a mudanças de hábitos alimentares, através de consumos de alimentos enlatados, pré-cozidos, congelados, assados apenas no microondas, e os *fast-food*. A comida feita em casa perdeu força, devido à mudança no cotidiano das pessoas, como o ritmo do trabalho e estudos concomitantemente.

Ademais, a alimentação está vinculada à questões de ordem social, política, cultural e econômica, fazendo parte da historicidade das sociedades, como é colocado abaixo:

Com o mundo industrializado e globalizado aparecerem os supermercados e todo tipo de comercialização de alimentos. A imigração trouxe hábitos e toda uma culinária diferenciada; nos grandes centros urbanos, encontram-se restaurantes de qualquer etnia com utilização e preparo dos mais variados tipos de alimentos. A produção de alimentos teve um incremento com o desenvolvimento de novas tecnologias agrícolas, uso de fertilizantes e de maquinários para o campo. (ALVARENGA, et al, 2004, p.02)

Todas essas mudanças na forma de se alimentar podem ser denominadas de transição nutricional, com consequências na saúde física e emocional das pessoas. Vale enfatizar que:

As doenças nutricionais do passado, tais como desnutrição, beribéri, pelagra e escorbuto eram carências em razão da falta de nutrientes. Com a mudança do perfil epidemiológico da população, as doenças nutricionais estão sendo causadas pelos excessos alimentares e pelos errôneos estilos de vida e alimentação adotados. Daí a alta incidência de obesidade, hipertensão, diabetes, arteriosclerose. (ALVARENGA, et al 2004, p. 03).

Percebe-se como a alimentação deve ser preocupação para o ser humano. Hoje a enorme oferta de alimentos de alto conteúdo calórico a preços acessíveis nos confunde com a alta exigência cultural e social, gerando um quadro contraditório com os atributos positivos do corpo esbelto, em particular para as mulheres, transformando um corpo magro e livre de gorduras em uma “nova religião”. A atual ênfase na magreza influencia a maneira como nos sentimos em relação ao nosso corpo, nos encorajando a adotar comportamentos e as visões de um anorexo na tentativa de atingir o ideal de corpo perfeito preconizado pela sociedade ocidental contemporânea. Assim, os comportamentos em busca de um corpo magro, esculpido podem levar a transtornos com relação à alimentação.

Contudo, embora psiquiatras considerem a anorexia um transtorno mental, os aspectos sócio-culturais, os padrões de beleza da atual sociedade, são um dos fatores que influenciam de forma relevante, -como já foi elucidado por muitos estudiosos- os hábitos e ou comportamentos alimentares, que subsidiam o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de conclusão e considerando a análise específica sobre a influência dos aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares foi possível em primeiro plano se constatar que os aspectos sócio-culturais são um dos pilares que despontam para o desenvolvimento de transtornos alimentares considerados doenças que necessitam de tratamento psicológico, nutricional, psiquiátrico e medicamentoso para não ocorrer a evolução prolongada da doença.

Definir o que venha a ser transtornos alimentares é fácil, difícil é viabilizar os tratamentos uma vez que a pessoa muitas vezes tem resistência a este ou ainda não se reconhece com tal transtorno, principalmente com adolescentes e mulheres que acreditam nos valores acerca dos padrões de beleza. A ação psicológica para restabelecimento da saúde mental envolve estudos da realidade concreta,

principalmente na forma de ser dos sujeitos, seus valores, ideários e perspectivas. Efetivar o tratamento envolve movimentar toda uma cadeia de necessidades e valores presentes no cenário em que se desenvolve o transtorno.

Percorreu-se neste trabalho, todo o contexto acerca dos transtornos alimentares, para assim responder as indagações e objetivos propostos, alcançando-os através do presente estudo. Os transtornos alimentares mais evidenciados no segmento social são a anorexia e bulimia nervosa, não indicando que não existam outros. Esses ficam mais em foco por terem grande índice de incidência entre as mulheres, bem como favorece conseqüências físicas, psicológicas, psicopedagógica e orgânicas, levando a morte de muitas pessoas.

As mudanças no modo de ser e estar da sociedade contemporânea tem reforçado a recriação de uma vida social, familiar, com novos valores, padrões e morais, valorizando-se em muitos aspectos a aparência física da mulher, não a percebendo como um sujeito dotado de vulnerabilidades, limites e possibilidades.

Estudos acerca da etiologia, epidemiologia e fatores de influência nos transtornos alimentares, sem dúvida se caracterizam como um grande e contínuo desafio, na medida em que muitas vezes esses transtornos são mascarados pelas mulheres que sofrem deles, ou ainda não os reconhecem como transtorno.

É nesta perspectiva que reside a preocupação, como os comportamentos vão ganhando forças e frequência atingindo níveis fatais. A mídia continua afirmando que boa imagem e beleza são fatores preponderantes para uma vida feliz e estável. Contribuindo para as mudanças de hábitos alimentares, bem como para o desenvolvimento de transtornos, em especial para as mulheres que tenham predisposição.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M ; PHILIPPI, S. T. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional**. São Paulo: Manole, 2004.
- ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Midia e Subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**. vol 16.n.01. Campinas: Jan/Mar, 2003.
- APPOLINARIO J.C.; COUTINHO, W.; POVOA, L. C. O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. **J Bras Psiquiatr** 44(Supl1): S46-S9, 1995.
- AZEVEDO, A. P. de; SANTOS, C. C. dos; FONSECA, D. C. da. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista Psiquiátrica Clínica**. São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2012.
- BOSI, M. L. M; OLIVEIRA, F. P. Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo. **Revista Brasileira Psiquiatria** ; 26(1), 2004.
- BOURDIEU, P. **Sobre a televisão: seguido de: a influência do jornalismo e os jogos olímpicos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CORDÁS, T.A.;SALZANO, F.T.;RIOS, S.R. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: ALVARENGA, M ; PHILIPPI, S. T. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional**. São Paulo: Manole, 2004.
- COUTINHO, W. **Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer**. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2000.
- FIATES, G. M. R; SALLES, R. K. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Distúrbios Alimentares: Um Estudo em Universitárias. **Revista de Nutrição** Campinas, v. 14, 3-6, 2001.
- FREITAS, S; APPOLINASE, J. C. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira Psiquiatria**. 2002; 24(Supl 3):34-8.
- GALVÃO, A. L.; PINHEIRO, A. P.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A.et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GIBNEY, M. J. et al. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de pesquisa**. 5 .ed. São Paulo: Atlas, 2004.

GODOY, A. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n. 02, mar./abr. 1995.

GONÇALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. São Paulo: Moderna, 2007.

GONZÁLEZ, R. F. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira, 2002.

HABERMAS, T. The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. **In: Int. J. Eat. Disord.** V.8, 1989.

HALL, A. **Eating disorder patient referrals from a population region**. *Psychol. Med*, v.21, 2000.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2009.

MANUAL de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM-IV.4. ed. texto revisto; 2002.

MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa, planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MUITO mais que só comer. **Revista Mente e Cérebro**. N. 11. São Paulo: Ediouro, 2010.

MORGAN, C. M; AZEVEDO, A. M. C. **Aspectos Sócio-Culturais dos Transtornos Alimentares**. *Psychiatry On-line Brazil* (3) Fevereiro, 1998. Disponível em: <http://priory.com/psych/culture.htm>. Acesso em: 23 nov. 2012.

MORGAN, C. M et al. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista brasileira psiquiatria**. 24 (supl.3), dez. 2002.

NOVAES, J.de V. **O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: Ed.PUC-Rio: Garamond, 2006.

NUNES, M. A. A; APPOLINÁRIO, J. C; et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre, Artmed, 1998.

NUNES, M. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**.2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993.

PEARCE, J.M.S. **Origins of anorexia nervosa**. Eur Neurol, 2004.

SAPOZNIK, A, ABUSSAMRA, E. V. Bulimia Nervosa: Manifestações Clínicas, Curso e Prognóstico. In: Zanella M T, Laudino A M. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole; 2005.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHWARTZ, R.C. **Family Therapy for Bulimia**. New York, Guilford, 2004.

STANDAGE, T. **Uma história comestível da humanidade**. Rio de Janeiro: Zahar Ed. 2010.

STRAUB, R.O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

STROZEMBERG, I. **De corpo e alma**. Rio de Janeiro: Contemporânea, 1986.

YAGER, J.; POWERS, P. S. **Manual Clínico de Transtornos da Alimentação**. Porto Alegre: Artmed, 2010.