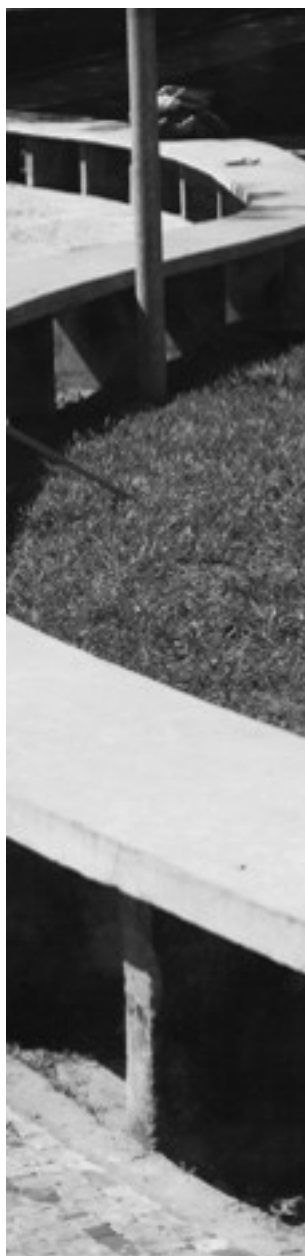


Transtornos alimentares na adolescência: em busca do corpo ideal

Eating disorders in the adolescence: in search of the ideal body



Sara Lopes Fonseca

Luiz Carlos Castelo Branco Rena

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Unidade Betim, Betim-MG, Brasil

Resumo

A anorexia e bulimia são transtornos alimentares que a cada dia ganham um crescente número de vítimas, tomando as atenções de muitos profissionais principalmente os da saúde. Um mal estar contemporâneo que atinge as mulheres e em especial, as adolescentes. Em uma sociedade que tudo vira mercadoria, o corpo se tornou objeto que representa a imagem. Emerge então uma ambígua obsessão por um corpo magro e intenso medo de engordar.

Palavras chaves: Anorexia, Bulimia, Corpo ideal, Adolescência.

Abstract

Anorexia and bulimia are eating disorders that affect a growing number of victims, demanding increasing attention from health care professionals. It is a contemporary problem that affects mainly women and adolescents, in particular. In a society that turns everything into merchandise, the body became a representation of image, leading to the emergence of an ambiguous obsession for a thin body and an intense fear of putting on weight.

Keywords: Anorexia, Bulimia, Ideal body, Adolescence.

No contexto atual, há uma profunda valorização da forma estética enquanto fator de representação social. Ser belo(a), jovem e magro(a) virou uma assídua busca social. Nos dizeres de Zenóbio:

Ser bonito, atraente, magro, enfim, estar em boa forma: itens de uma lista ideal de pedidos para uma vida realizada atualmente. Mecanismos de uma auto-encenação que se tornam mais sutis e avançam até a última e primeira instância humana: o corpo. Fato observável é que um ideal da beleza normaliza, cada vez mais, corpos abstraídos de uma medida ideal. (Zenóbio, 2005, p.5)

O contorno corporal perfeito é amplamente associado à beleza, completude, e felicidade, fazendo com que pessoas façam uso indiscriminado de dietas abusivas, produtos dietéticos sem orientações, e a prática excessiva de exercícios físicos.

O presente artigo aborda a busca “incessante” que as adolescentes travam com a balança, e acabam por estabelecerem uma relação doentia com a alimentação, com o ideal de um corpo magro, na cultura que preza a “magreza”.

É percebido que no mundo social, notavelmente são discriminados os indivíduos não-atraentes, numa série de situações cotidianas importantes. Pessoas julgadas pelos padrões vigentes como atraentes, parecem receber mais suporte e encorajamento no desenvolvimento de repertórios cognitivos socialmente seguros e competentes, assim, indivíduos tidos como não atraentes, estão mais sujeitos a encontrar ambientes sociais que variam do não responsivo ao rejeitador e que desencorajam o desenvolvimento de habilidades sociais (Adams apud Saikali, Soubhia & Scalfard, 2004).

Todos estes comportamentos em prol da manutenção de padrões arbitrários de beleza corpórea trazem severas consequências no que concerne à saúde psíquica. Desencadeiam assim, umas das formas de manifestação dos transtornos alimentares, a anorexia e a bulimia. Estes consistem em distorções e perturbações no comportamento alimentar.

Segundo Pinzon e Nogueira (2004), os transtornos alimentares tornaram-se cada vez mais o foco da atenção social, e principalmente a dos profissionais relacionados à área da saúde, por representarem significativos graus de mortalidade e morbidade.

Nas últimas décadas, têm-se verificado um crescimento importante na incidência dos transtornos alimentares, principalmente nos países ocidentais desenvolvidos. Em alguns deles, estatísticas apontam para uma incidência variável de 0,5% a 5% entre os adolescentes, constituindo-se em verdadeiro problema de saúde pública. Aproximadamente 90% a 95% dos acometidos são do sexo feminino, e a faixa etária de maior risco situa-se entre os 15 e os 25 anos de idade (Olívia & Fagundes, 2001). Pinzon e Nogueira (2004) afirmam que há existência de profissões mais vulneráveis, como atletas, modelos, bailarinas e pessoas caucasianas.

Ao contrário do que se pensa, estas patologias não são aspectos que surgiram atualmente. William Gull e Charles Lasé no século XX descreveram casos de mulheres que se privavam de fazer refeições, apresentavam baixo peso e ausência de menstruação (amenorréia). Demonstravam ainda, uma excessiva dedicação à prática de exercícios físicos apesar de seu estado de profunda desnutrição. Estas descrições se assemelham à patologias que hoje são conhecidas por anorexia e bulimia descritas como transtornos alimentares pelas classificações da CID-10¹ e do DSM-IV² (Assunção, Cordás & Araújo, 2002).

Segundo Caldeiras & Martins (2001), a dimensão que a anorexia e bulimia tomou na era globalizada é consequência da divulgação de um modelo estético uniformizante que tende a anular a singularidade de cada sujeito.

O corpo ideal → ideal do eu

Ter um corpo perfeito é ter competência, elegância, classe, disciplina ter força

¹ Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*

de vontade e felicidade. A questão estética deixa de ser harmonia e passa a ser imposição, transformando uma “verdadeira epidemia de culto ao corpo”. Este culto ao corpo, transforma o corpo em corpo-objeto, distante do corpo sujeito, a tentativa de ser algo que não lhe compete.

As pessoas em geral, em particular as adolescentes, costumam crer que modelos, artistas de cinema e de televisão sejam protótipos a serem copiados. São lançados então, esforços para a obtenção do perfil estético estabelecido. Surgindo um quadro propício para a emergência da anorexia e bulimia.

A anorexia consiste em uma grave restrição quantitativa e qualitativa dos alimentos, onde a vítima começa a eliminar os alimentos que julga ricos em calorias e tende por excluir vários outros. Caracterizando uma perda excessiva de peso originária de um grande receio da obesidade, progredindo em uma série de condutas anômalas, para forçar o emagrecimento. Os sintomas mais freqüentes são: pouca ingestão de alimentos ou dieta extremamente restritiva sem recomendação médica; nunca apresenta fome e evita situações sociais que envolvam alimentação; sentimento de culpa ou depreciação por ter comido e amenorréia (ausência de menstruação por mais de três meses). A anorexia é descrita por Cordás *et al* (1998, p. 34) como “uma busca incansável à magreza através da auto-inanição, ainda que isto leve à morte”.

A Anorexia Nervosa parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. O transtorno é provavelmente mais comum nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão e África do Sul, mas poucos trabalhos examinaram a prevalência em outras culturas. Os pacientes que emigraram de culturas nas quais o transtorno é raro para culturas nas quais o transtorno é mais prevalente podem desenvolver Anorexia Nervosa, à medida que assimilam os ideais de elegância ligados à magreza (Ballone, 2005).

O curso e o resultado da Anorexia Nervosa são altamente variáveis. Alguns indivíduos com Anorexia Nervosa se recuperam completamente após um episódio isolado, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída, e outros vivenciam um curso crônico e deteriorante ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correção de desequilíbrios hidroeletrólíticos. Dos indivíduos baixados em hospitais universitários, a mortalidade a longo prazo por Anorexia Nervosa é de mais de 10%. A morte ocorre, com maior freqüência, por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico (Manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV^{3*}).

A bulimia (etimologicamente fome de boi) é caracterizada pela ingestão de alimentos de forma incontrolável e excessiva em um curto espaço de tempo, e subsequentemente uma profunda preocupação com o peso corporal, levando a pessoa a tomar atitudes inadequadas para a indução da refeição. Seus sintomas são: comer compulsivamente em forma de ataques de fome e às escondidas; conduções não-apropriadas para compensar a ingestão excessiva com o propósito de não ganhar peso (tais como: laxantes, diuréticos e vômitos auto-provocados); erosão do esmalte dentário, podendo levar à perda dos dentes.

A bulimia nervosa foi definida como uma síndrome com traços próprios, há não mais de dez anos. Caracteriza-se por alternar períodos de restrição alimentar, com episódios de ingestões copiosas, seguidos de vômitos auto-induzidos e pelo uso de laxantes e/ou diuréticos. (Herscovici & Bay, 1997, p. 129)

A compulsão periódica freqüentemente começa durante ou após um episódio de dieta. O comportamento alimentar perturbado persiste por pelo menos vários anos, em uma alta porcentagem das amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com alternância de períodos de remissão e recorrências de ataques de hiperfagia. O resultado da Bulimia Nervosa a longo prazo é desconhecido. (Manual Diagnostic and Statistical Manual

³ Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/alimen.html>

of Mental Disorders IV*).

Algumas profissões em particular parecem apresentar maior risco, como é o caso dos jôqueis, atletas, manequins e pessoas ligadas à moda em geral, onde o rigor com o controle do peso é maior do que na população geral. Semelhante à anorexia nervosa. Aspectos socioculturais são importantes na medida em que a doença parece também mais comum em classes econômicas mais elevadas. (Ballone, 2005)

A atividade física pode ser também um dos métodos usados pelas vítimas destes transtornos para controlar e/ ou perder o peso, ocupando um lugar dominante como fator para a perda de peso. Em geral, os anoréxicos e os bulímicos apresentaram alguma alteração emocional e comportamental. Emocionalmente estes pacientes declaravam alguma insatisfação com o peso, ou corpo. Comportamentalmente apresentavam hábito de fazer dietas, mesmo quando desnecessário. Sendo que esta distorção no modo de perceber seu corpo apresenta uma variável de grau significativo para o desenvolvimento destas patologias. Buchalla (2006) aponta que uma pessoa é considerada vítima da anorexia quando apresenta 15% ou mais abaixo do peso ideal, as bulímicas por sua vez, habitualmente apresentam peso adequado para a sua estatura.

Não se pode apontar um único fator etiológico, estes são resultantes de inúmeros fatores de vulnerabilidade que interagem dinamicamente, “gerando uma preocupação excessiva com o corpo, um medo anormal de engordar, uma ansiedade marcadamente acompanhada de alterações do esquema corporal”. (Ballone, 2005). Entre estes fatores destacam os psicológicos, genéticos e sócio-culturais. Os fatores sócio-culturais podem ser percebidos com maior incidência em profissões onde há uma pressão pelo corpo magro.

Sobre os fatores genéticos Bucarechi (2003) nos diz que:

[...]fatores genéticos “específicos” parecem ser mais decisivos para anorexia que para

bulimia. Os parentes em primeiro grau de anoréxicos têm um risco dez vezes maior de ter anorexia que a população controle. Adicionalmente, as taxas de concordâncias entre gêmeos monozigóticos são significativamente mais altas que entre gêmeos dizigóticos. É interessante observar que também aparecem casos de anorexia em parentes em segundo grau. A via de transmissão pode ser tanto materna quanto paterna. Além disso, a expressão fenotípica ocorre mais em mulheres, mulheres da mesma geração e, em geral irmãs (Treasure and Holland, 1995; APA, 2000 apud Bucarechi, 2003, p.69).

Contudo, há contróversias em torno da relevância dos fatores biológicos para anorexia. Estudos como os de Attia e Schroeder (2005) apontam para a inconsistência dos argumentos que sustentam a utilização de medicamentos para controle do apetite e a evidência de distúrbios fisiológicos.

Neste sentido Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) lembram que entre os fatores predisponentes, destacam-se a história de transtornos alimentares na família, os padrões de interação presentes no ambiente familiar, transtorno alimentar e (ou) transtorno do humor na família, os padrões de interação presentes no ambiente familiar. Finalmente, é importante ressaltar que os transtornos alimentares não emergem abruptamente, mas se desenvolvem ao longo de vários anos, a partir de predisposições presentes desde o nascimento do indivíduo, de vulnerabilidades que emergem nas primeiras etapas da vida e de ocorrências mais tardias na sua história.

Análises têm estabelecido que modelos, atrizes e outros ícones femininos se tornaram cada vez mais magros ao longo das décadas. Calcula-se que o IMC⁴ das modelos desde a década de 80 até os dias de hoje foi notavelmente diminuído. O ícone de beleza feminina nos fins dos anos 80 apresentava IMC igual a 18,2 (Cindy Crawford, 1,77 metros e 57 quilos). Atualmente o ícone de beleza pode ser representado por duas top models brasileiras, que apresentam

⁴ IMC é calculado pela divisão da massa corporal em quilogramas pelo quadrado da estatura em metros, como indicador do estado nutricional de adultos.

IMC 16,2 e IMC 16 respectivamente (Neiva, 2006).

Castro e Goldenstein citados por Dunker e Philippi (2003), afirmam que a adolescência é a fase onde ocorrem mudanças marcantes na fisiologia e na bioquímica, com um acúmulo pronunciado de gordura, especialmente nas mulheres. O ganho de gordura durante a adolescência cessa e até se reverte nos homens, enquanto nas mulheres continua aumentando, até alcançar o índice de gordura corporal de 27% aos 16 anos. Diante destas mudanças, as adolescentes começam a se preocuparem com o aumento de peso e com a forma física. Entre os doze aos dezoito anos, há um aumento na insatisfação com as medidas corporais.

O diagnóstico da anorexia e da bulimia é feito cautelosamente, pois alguns sintomas apresentados por adolescentes portadores destes, são comportamentos característicos da fase. Tais como: preocupação corporal, auto-imagem distorcida, modismos alimentares, que Ballone (2003) define como *síndrome da adolescência normal*.

A preferência por comer sozinha, a escolha de poucos alimentos, rituais ao comer, como preferência por determinados pratos ou talheres, comer em uma ordem rígida, combinações inusuais de alimentos, a ingestão excessiva de líquidos ou mastigar gelo ou goma de mascar em excesso podem ser pistas para o diagnóstico. (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002, p.18)

Cobelo, Saikali e Schomer (2004) afirmam a importância da família como um grande papel reconstrutor para o tratamento da anorexia e bulimia, principalmente no que afere a resignificação das vivências e na produção de novos processos perceptivos corporais e alimentares. Pelo fato das patologias citadas neste não terem apenas um fator causador, é necessário que o tratamento seja realizado por uma equipe com vários profissionais.

Os transtornos alimentares são uma condição crônica, complexa e séria, que requerem

uma variedade de modalidades de tratamentos nos diferentes estágios da doença e da recuperação (Walkeling, 1995): intervenções psicológicas (individuais e familiares), nutricionais e psiquiátricas (incluindo aqui as medicamentosas). Idealmente as intervenções sociais e de terapia ocupacional também deveriam ser complementadas. Objetiva-se com isso corrigir maus hábitos alimentares, desnutrição, distorção da imagem corporal, diminuição da auto-estima, supervalorização do corpo, problemas psicológicos comportamentais e sociais como um todo. (Bucaretschi org. et al, 2003, p.73)

O tratamento precoce se faz necessário para que possa evitar patologias crônicas ou perdas irreversíveis. No tratamento deve ser observado os aspectos subjetivos preservando a singularidade do paciente para que a intervenção alcance o êxito, cada caso deve ser trabalhado observando-se as particularidades. Ballone (2005) afirma que para estes transtornos o essencial é o tratamento ambulatorial com exceção nos casos onde há um desequilíbrio metabólico, o que exige uma intervenção mais intensiva, segundo este o tratamento ambulatorial é fundamental pois não há afastamento das atividades sociais.

Concluindo, a adolescência é uma fase que é marcada por inevitáveis mudanças, biológicas, físicas, psíquicas e sociais. Mudanças que ocorrem simultaneamente. Enfim, o corpo ganha nova configuração e a percepção de si mesmo é modificada. Nesta fase há o começo da formação da identidade e dos valores sociais e o desenvolvimento de um senso de independência social e emocional. Além de enfrentar várias mudanças internas os adolescentes ainda têm que enfrentar a pressão cultural centrada da magreza. A necessidade de se enquadrar nesta sociedade, faz com que sejam feitas restrições alimentares, resultando consequências gravíssimas. Dentro disso, estão os transtornos alimentares, principalmente a anorexia e bulimia. São formas não saudáveis que afeta o psíquico alterando a percepção corporal.

Tendo em vista que a anorexia e

bulimia surgem com grande frequência na adolescência, é fundamental elucidar que sempre houve condições favoráveis para o desabrochar destes, mas no contexto atual elas ganharam um novo alibi, uma vez que a supervalorização do corpo vira sinônimo de status social. Estudos sobre a anorexia e

bulimia são de suma importância para que o dimensionamento etiológico seja compreendido, podendo alcançar maior eficácia no tratamento, que visa reestabelecer relações saudáveis sociais, psíquica e principalmente nas relações alimentares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assunção, S. S. M; Cordás, T. & Araujo, L. A. S. B.(2002) Atividade física e transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica* (São Paulo) v.29, 4-13.
- Attia, E. & Schroeder, L. (2005). Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: where do we go from here?. *International Journal of Eating Disorder*. Retirado em 16 de junho de 2008, de <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/110472712/PDFSTART>.
- Ballone, G.J. (2005). Bulimia Nervosa. *Psiquweb*. Retirado em 15 de abril de 2007, de <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=225&sec=94>.
- Bucaretychi, H. A. (org) *et al.*(2003) *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Buchalla, A. P. (2006, 22 de novembro) .A vida no limite. Veja, p. 97.
- Caldeira, G. & Martins, J. D. (2001) *Psicossomática: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.
- Cobelo, A. W.; Saikali, M. O. & Schomer, E. Z. (2004) A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Retirado em 14 de março de 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400011&lng=en&nrm=iso
- Cordás, T. A. *et al.*(1998). As causas do transtornos alimentares. In: CORDÁS, T. A. (org), *Anorexia e Bulimia: O que são? Como ajudar?*(pp. 33-44). Porto Alegre: Artmed.
- Dunker, K.L.L & Philippi, S.T.(2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintoma de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*. Retirado em 25 de fevereiro de 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100006
- Herscovici, C. R. & Bay, L.(1997). *Anorexia nervosa e bulimia : ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Manual Diagnostic and stational manual of mental disorders IV. Retirado em 04 de maio de 2007 de <http://www.psiqweb.med.br/dsm/alimen.html>

Morgan, C. M.; Vecchiatti, I. R & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológico e sócio culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Retirado em 15 abril de 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Neiva, P. (2006, 22 de novembro). Vá para casa e emagreça. *Veja*, p.96.

Pinzon, V. & Nogueira F. C.; (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica* (São Paulo) v.31, 158-160.

Olivia, C. A. G. & Fagundes, U. (2001). Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na prática médica*. Retirado em 30 de março de 2007 de http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atul_06.htm

Saikali, C. J.; Soubhia, C. S & Scalfaro, B. M. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, (São Paulo) v.31, 164-166.

Zenóbio, B. (2005, 07 de maio). Culturas do corpo. *Jornal Estado de Minas*. p.5

Recebido em: 17/08/2007

Revisado em: 18/06/2008

Aceito em: 30/06/2008

Sobre os autores:

Sara Lopes Fonseca é aluna do curso de graduação em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Unidade Betim. **E-mail:** saralopesfonseca@yahoo.com.br

Luiz Carlos Castelo Branco Rena é pedagogo, mestre em psicologia social e professor nos cursos de psicologia e enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Unidade Betim.