



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA - MESTRADO



---

**Renata Silva de Carvalho**

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES: UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO**

Juiz de Fora  
2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA - MESTRADO



---

Renata Silva de Carvalho

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES: UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Renata Silva de Carvalho.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira

Juiz de Fora  
2009

Carvalho, Renata Silva de.

Transtornos alimentares em mulheres: um estudo das representações sociais do corpo / Renata Silva de Carvalho. – 2009.

145 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Imagem corporal. 2. Psicofisiologia. 3. Transtorno alimentar. I. Título.

CDU 159.937

Renata Silva de Carvalho

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES: UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da Universidade  
Federal de Juiz de Fora como requisito parcial  
à obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Aprovada em 11 de dezembro de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Presidente: Prof. Dr. Olavo Guimarães Feijó  
Universidade Castelo Branco/Rio de Janeiro

---

Titular: Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## AGRADECIMENTOS

À CAPES, pela concessão da bolsa que auxiliou a realização deste estudo.

À minha Orientadora Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira, que, com um jeito especial que misturava carinho e cobrança, inseriu-me no universo da pesquisa, auxiliando-me no crescimento profissional e pessoal.

Ao Professor Dr. Olavo Guimarães Feijó, por aceitar prontamente o convite para compor a Banca de Defesa.

Ao Professor Altemir José Barbosa, não só por sua disponibilidade nas Bancas de Qualificação e Defesa, mas também por sua didática quanto à metodologia e sua paciência para minhas inquietantes perguntas.

Aos professores do Programa de Mestrado, principalmente Lélío e Gilberto, por suas contribuições teóricas.

Aos participantes do LABESC, em especial Daniela e Fabiane, pela ajuda e companheirismo.

À Mônica, pelo grande incentivo para realizar o Mestrado.

Às minhas colegas de turma, em especial a Martha e Daniele, pela amizade e apoio.

Aos profissionais Raquel, Liliane, Luana, Jussara, Fernanda, pela ajuda no tocante à localização das entrevistadas.

Às participantes desta pesquisa, pela disponibilidade em falar sobre suas vidas.

À Leila, por sua dedicação à revisão de português, e ao Rafael, por sua contribuição no *abstract*.

A meus pais, João, em especial a minha mãe, Rita, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

A meu irmão, Ramon, exemplo de profissional a seguir, e à minha cunhada, Fernanda, pelo apoio ao longo desta caminhada.

Ao Daniel, por ter dividido todos os momentos do Processo de Mestrado, com amor, carinho e muita paciência.

A Manoel e ao grupo de terapia, por suas infundáveis reflexões.

Aos meus amigos, por compreenderem minhas ausências.

Às madrinhas, Vovó, Mônica e Gilmara, por todo o carinho de sempre.

A todos que direta ou indiretamente participaram do meu processo de aprendizagem, crescimento e vitória, pelo apoio e amizade.

“O essencial é invisível aos olhos”.  
(Saint-Exupéry)

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar as representações sociais do corpo para mulheres que possuem diagnóstico de transtornos alimentares, especificamente a anorexia, a bulimia e o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Para tanto, foram utilizadas a metodologia qualitativa e a entrevista semiestruturada para coleta de dados, os quais foram obtidos através de uma amostra de 12 participantes. Com base nas entrevistas gravadas e transcritas na íntegra, partiu-se para a estratégia de interpretação, tomando-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, e os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Os relatos foram organizados em categorias temáticas, tendo como referência o corpo e sua relação com aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Desse modo, observou-se a importância dada ao corpo por mulheres com transtornos alimentares, com predomínio dos sentimentos negativos (“não gostar”) em relação a ele. Na anorexia, as representações sociais foram permeadas pelo medo de engordar; na bulimia, pela luta entre o corpo magro e a comida; e no TCAP, pela agressão ao próprio corpo através da alimentação. Foi possível concluir, portanto, que as representações que essas mulheres têm sobre seu corpo são dinâmicas e estão sendo construídas e reconstruídas constantemente.

**Palavras-chave:** Corpo. Transtornos Alimentares. Representações Sociais. Mulheres.

## **ABSTRACT**

This work aims at studying the body social representations for women who have been diagnosed with eating disorders such as anorexia, bulimia and Binge Eating Disorder (BED). The data were collected from 12 people through semi structured interview and qualitative methodology. The interviews were recorded and interpreted based on the Social Representation Theory and the data were subjected to content analysis. The answers were categorized into different groups based on the social, psychological and biological aspects of the body. Therefore it was possible to observe the importance of the body and what women with eating disorders dislike their bodies. As for anorexia, the social representations were associated with fear of getting fat. As for bulimia, they were associated with the clash between a slim body and food. And as for BED, the social representations were associated with hurting the own body through food. We could conclude that the representations women have about their own bodies are dynamic and constantly built and rebuilt.

**Keywords:** Body. Eating Disorders. Social Representations. Women.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo.....	84
Organograma 1	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo na anorexia nervosa.....	85
Organograma 2	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo na bulimia nervosa.....	86
Organograma 3	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo no TCAP.....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
<i>APA PsycNET</i>	Base de Dados da <i>American Psychological Association</i>
CCA	Comedores Compulsivos Anônimos
CID-10	Classificação Internacional de doenças, 10ª edição
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual, III edition</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual, IV edition</i>
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
TASOE	Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
<b>2.1 A Teoria das Representações Sociais</b> .....	15
<b>2.2 O corpo na atualidade</b> .....	23
<b>2.3 Os transtornos alimentares</b> .....	37
2.3.1 A anorexia nervosa.....	39
2.3.2 A bulimia nervosa.....	51
2.3.3 O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.....	63
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	70
<b>4 MÉTODO</b> .....	71
<b>4.1 Modelo do estudo</b> .....	71
<b>4.2 Amostra</b> .....	72
<b>4.3 Instrumento</b> .....	74
<b>4.4 Procedimento</b> .....	74
<b>4.5 Análise dos dados</b> .....	76
<b>5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	77
<b>5.1 Perfil das participantes da pesquisa</b> .....	77
5.1.1 Indicadores do perfil.....	82
<b>5.2 Categorias dos discursos</b> .....	84
5.2.1 Caracterização das representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de anorexia nervosa.....	88
5.2.2 Descrição das representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de bulimia nervosa.....	100
5.2.3 Identificação das representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica.....	111
5.2.4 Comparação das representações sociais do corpo entre mulheres com os transtornos alimentares.....	122
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	126
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	130
<b>ANEXOS</b> .....	141

# 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata das representações sociais do corpo para mulheres com transtornos alimentares. A popularidade desses distúrbios nos meios acadêmico e de comunicação e a relevância dada ao corpo no que se refere ao peso e à forma física são importantes pontos tratados neste estudo, que busca investigar o papel do corpo nesses transtornos, atento aos aspectos individuais e sociais.

Em uma pesquisa recente realizada na base de dados da *American Psychological Association (PsycINFO)*, com o termo indexado *eating disorders*, foram encontrados 8.223 referências. Dessas, 5.903 eram artigos baseados principalmente em pesquisas empíricas (4.951), realizadas na população adulta (4.142) e em mulheres (4.223), com 1.167 publicações de anorexia, 1.126 de bulimia e 635 de transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), com referências que datam de 2000 a 2009. Esses resultados são considerados importantes indicativos para a realização da presente pesquisa, pois confirmam a intensificação dos estudos sobre os transtornos alimentares nos últimos anos e trazem informações pertinentes sobre novas tendências.

Os estudos empíricos são uma modalidade comum de pesquisa sobre os transtornos alimentares, embora apresentem algumas dificuldades metodológicas, como a seleção dessa população e a identificação de casos. Por apresentarem baixa prevalência na população em geral – anorexia em torno de 0,3%; bulimia 1%, e TCAP no mínimo de 7% (Hoek & Hoeken, 2003) – pela tendência dos indivíduos ocultarem a doença e evitação da busca de profissionais qualificados para o tratamento, torna-se necessário estudar grandes populações para obter dados confiáveis, o que justifica o grande número de pesquisas empíricas. Dessa maneira, estes estudos são importantes à medida que apontam dados estatísticos sobre os transtornos alimentares. Os resultados demonstram que esses distúrbios acometem sobretudo mulheres (Nunes, 2006; De Zwaan, 2002), têm início na adolescência e é no decorrer dessa fase e início da vida adulta que os sintomas ficam mais evidentes – na anorexia dos 15 aos 19 anos, na bulimia dos 20 aos 24 anos (Nunes, 2006), no TCAP, a média de idade é de 35,2 anos (Hay & Fairburn, 1998). Essas características confirmam o grande número de referências a estudos com mulheres na fase adulta encontrados na base de dados da *PsycINFO*.

Os transtornos alimentares ganham espaço no meio acadêmico e também na mídia, que os populariza e se encarrega de divulgar os conhecimentos produzidos pela ciência. As

pesquisas científicas se preocupam em examinar as variáveis biológicas, psicológicas e culturais. Porém, tem ocorrido um movimento de relacionar o culto ao corpo propagado atualmente como fator de grande responsabilidade no desenvolvimento desses distúrbios. De fato, o culto ao corpo se tornou uma modalidade que vem chamando atenção por produzir uma obsessão pela forma e pela saúde. O discurso do corpo saudável se revela através da busca para atingir um ideal de beleza de acordo com padrões pré-determinados e, dessa maneira, o corpo passou a ser objeto de grande investimento, possibilitado pelas novas tecnologias, tratamentos, cosméticos, cirurgias plásticas, etc. (Fernandes, 2006; Sant'Anna, 2001).

Nesse ínterim, os transtornos alimentares aparecem associados à modernidade, pois, ao considerar a magreza como ideal de beleza, esse seria um fator de risco para seu desencadeamento. Entretanto, sabe-se da existência de registros de que a anorexia, por exemplo, é descrita desde a Idade Média. A bulimia, apesar de relatos de comportamentos de fome voraz desde a Antiguidade, só emergiu como diagnóstico isolado em 1979. Por outro lado, a identificação de novas desordens, como o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), estimula ainda mais os questionamentos no terreno da nosologia dos transtornos alimentares (Appolinario, Cordás & Claudino, 2002).

Apesar das crescentes pesquisas e de suas descobertas, o *Diagnostic and Statistical Manual, IV Edition* (DSM-IV, 1995)<sup>1</sup>, tornou-se o referencial de classificação dos transtornos alimentares utilizado nesta pesquisa, que inclui dois diagnósticos específicos – a anorexia e a bulimia nervosa. Contudo, é importante destacar que esse *Manual* estabelece separadamente os critérios para o que se denomina “Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação”, dentre eles o TCAP. Sobre esse último diagnóstico, destaca-se a importância de mais pesquisas para a sua melhor caracterização, assim como uma possível inclusão entre as categorias principais (anorexia e bulimia), uma que vez sua ocorrência vem sendo subestimada, conforme a busca realizada na *PsycINFO*.

Os alimentos se constituem em fator central entre essas desordens: na anorexia, pela sua restrição; na bulimia, pelo seu excesso e posterior purgação; e no TCAP, pelo excesso alimentar. No entanto, é no corpo e através dele que as consequências da falta ou do excesso de comida aparecerão. Nesse sentido, Claudino e Borges (2002) contribuem ao informar que em todos esses transtornos há uma preocupação com o peso e a forma corporal.

Desse modo, levando-se em consideração a popularidade desses fenômenos nos meios acadêmico e de comunicação, que questionam o papel do corpo e a incidência dos

---

<sup>1</sup> Versão em português.

transtornos alimentares na atualidade, principalmente entre mulheres, e enfatizam a relevância dada ao corpo no que se refere ao peso e à forma quando elas apresentam transtornos alimentares, pensa-se na seguinte questão: como são as representações sociais do corpo para mulheres com transtornos alimentares, classificados conforme o DSM-IV, em anorexia nervosa, bulimia nervosa e TCAP?

Parte-se do pressuposto que o corpo se constitui a partir de representações individuais e sociais, podendo ser desconstruído e reconstruído de maneira indefinida. Assim, estudar as representações sociais do corpo nas mulheres com esses transtornos permite entender suas vivências e os aspectos socioculturais ligados ao corpo. As representações sociais são construídas socialmente por diferentes pessoas, em diversos momentos, e são resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento erudito, na qual existe uma relação de influência mútua e permanente entre esses dois universos, resultando numa diversidade de significados que circulam através dos meios de comunicação formais e informais, assimilados e reelaborados socialmente (Moscovici, 2007).

Para tanto, foi utilizada a metodologia qualitativa, pois ela permite obter informações em profundidade, procura interpretar o que as pessoas dizem sobre os fenômenos, o que fazem e como lidam com eles. O desafio, portanto, consistiu-se em localizar as mulheres com diagnóstico de transtornos alimentares, que foi possível através da amostragem baseada na indicação sucessiva das participantes.

O segundo capítulo apresentou uma revisão de literatura, dividida em três partes. A primeira abordou os fundamentos e principais conceitos da Teoria das Representações Sociais sob a perspectiva de Moscovici (1978, 2001, 2007) e Jodelet (2001), com contribuições de Sá (1996, 1998, 2007), Jovchelovitch (2008) e Álvaro e Garrido (2006). Foram apresentadas ainda algumas considerações a respeito de estudos sobre representações sociais do corpo.

A segunda parte abordou o corpo na atualidade. Com base em estudos de Corbin, Courtine e Vigarello (2008), realizou-se um breve retorno ao século XX, época em que os médicos se tornaram os intermediários na gestão dos corpos, em função da valorização da saúde e dos avanços da medicina. O olhar antropológico de Mauss (1974), Nakamura (2004) e Rodrigues (1975, 2005) permitiram entender que o corpo veicula mensagens sobre a sociedade e a cultura. Discutiu-se ainda a passagem da disciplinaridade dos corpos (Foucault, 1984) para a noção de risco em Vaz (1999) e Guzzo (2005). Por fim, algumas discussões sobre a influência da cultura ocidental, nos transtornos alimentares, foram realizadas através de Morgan e Azevedo (1998a, 1998b), Fernandes (2006), Becker (2003), Hoek, Van Harten, Van Hoeken e Susser (1998) e Muris, Meesters, Van-de-Bom e Mayer (2005).

Na terceira parte, foram classificados os transtornos alimentares, sob a perspectiva do DSM-IV (1995), com importantes contribuições de Fairburn (2003, 2007a, 2007b). Aprofundou-se nas especificidades da anorexia, bulimia e TCAP, com abordagens relativas à prevalência e incidência na população (Hay, 2002; Hoek & Van Hoeken, 2003; Pinzon & Nogueira, 2004; Nunes, 2006; Bacaltchuk & Hay, 1999; Basdevant, Pouillon, Lahlou, Le Barzic, Brillant & Guy-Grand, 1995); seus antecedentes históricos (Cordás & Claudino, 2002; Habermas, 1986; Bruch, 1962; Bidaud, 1998; Gull, 1874; Binswanger, 1945; Stonehill & Crisp, 1977; Russell, 2004; Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing & Marcus, 1992; Stunkard, 1959); seus aspectos clínicos (Galvão, Claudino & Borges, 2006a; Busse & Silva, 2004; Stenzel, 2006; Cordás, Salzano & Rios, 2004), principalmente no que se refere aos aspectos psicológicos (Werebe, 1997; Oliveira & Santos, 2006; Turkiewicz, 2008; Fontenelle, Cordás & Sassi, 2002; Shea & Pritchard, 2007; Galvão, Pinheiro & Somenzi, 2006b; Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Fontenelle, Mendlowicz, Menezes, Papelbaum, Freitas, Godoy-Matos, Coutinho & Appolinário, 2003); hábitos alimentares (Alvarenga & Dunker, 2004; Barreto, Figueiró & Soares, 2006); complicações clínicas (Pomeroy, 1996; Busse & Silva, 2004) e evolução do diagnóstico (Cordás et al., 2004; Pinzon & Nogueira, 2004; Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000).

No terceiro capítulo, foram apresentados os objetivos desta pesquisa, ou seja, investigar, caracterizar, descrever, identificar e comparar as representações sociais do corpo para mulheres que possuem diagnóstico de transtornos alimentares.

O quarto capítulo abordou a metodologia escolhida para este estudo, explicitou a seleção da amostra, o instrumento utilizado e o procedimento para coleta de dados, além do tratamento dos dados, realizado através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008).

No quinto capítulo, foram apresentadas as informações coletadas. As perguntas fechadas permitiram traçar o perfil das participantes, enquanto as perguntas abertas possibilitaram que as falas fossem organizadas em três categorias: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Trouxe ainda as principais discussões acerca do corpo, tendo sido possível apresentar as representações sociais que as mulheres entrevistadas (diagnosticadas com anorexia, bulimia e TCAP) têm sobre seu corpo. Além disso, foi realizada uma comparação entre as representações sociais do corpo nesses transtornos alimentares.

Por fim, é apresentada a conclusão desta pesquisa, em que foi realizada uma análise relativa à revisão de literatura e ao tratamento dos dados, traçando-se, desse modo, novas perspectivas de estudo.

Ressalta-se, dessa maneira, que este trabalho assume importância acadêmica pela continuidade das pesquisas nessa área, em busca dos dados estatísticos, da melhor caracterização de novas classificações, pois, à medida que a sociedade avança, os estudos precisam acompanhar essas evoluções. Especificamente no caso desta pesquisa, permite interpretar as representações sociais das mulheres com transtornos alimentares acerca do corpo, objeto tão primordial nesse quadro clínico, buscando investigar como elas lidam com ele.

A relevância para a esfera social diz respeito não só à complexidade desses transtornos, que, normalmente, iniciam-se na adolescência, e podem evoluir para quadros patológicos na vida adulta, mas também principalmente pelo sofrimento vivenciado pelas mulheres com esses distúrbios. Vários aspectos de sua vida tornam-se envolvidos no transtorno alimentar, como os biológicos, sociais e psicológicos, em níveis diferenciados de comprometimento, mas com uma tendência ao prognóstico ruim.

Percebendo-se a importância das pesquisas sobre transtornos alimentares, esses distúrbios podem ser considerados como um problema de saúde pública, apontando, assim, para a necessidade de cuidados especializados no que diz respeito à prevenção e ao próprio tratamento.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo iniciou-se com o referencial teórico da Teoria das Representações Sociais para a compreensão do corpo nos transtornos alimentares. Aprofundou-se nas nuances do corpo na atualidade, para depois apresentar definições e classificações dos transtornos alimentares, mais especificadamente os quadros de anorexia, de bulimia e de TCAP.

### 2.1 A Teoria das Representações Sociais

Para fundamentar aspectos da construção do pensamento a respeito do corpo, utilizou-se, nesta pesquisa, a perspectiva teórica das representações sociais, uma vez que o corpo se constitui a partir de representações individuais e sociais.

O conceito de representação social aqui utilizado é o de Moscovici, psicólogo social da escola construtivista francesa, que, em 1961, publicou *La Psycanalyse: son image et son public*<sup>2</sup>, marco inicial dos estudos da Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1978). Nessa obra, o autor estudou a representação social da Psicanálise, observando como aquele novo corpo de conhecimento se disseminou e foi assimilado pela população da época na Europa. A pesquisa visava, por meio da análise de conteúdo das notícias publicadas na imprensa e dos resultados obtidos em um levantamento junto à grande amostra da população francesa, conhecer como os conceitos gerados na teoria psicanalítica eram utilizados no dia a dia por diferentes grupos sociais franceses. De fato, conceitos como *repressão*<sup>3</sup> ou *inconsciente*<sup>4</sup> tornaram-se ideias do senso comum, em um conhecimento acessível para dar sentido à realidade.

Na verdade, como aponta Jovchelovitch (2008), essa primeira obra já demonstrava que as representações sociais buscam compreender como pessoas comuns, comunidades e instituições produzem saberes sobre si, sobre os outros e sobre os objetos sociais que lhe são relevantes. De acordo com Vala (2000), desde esse momento o projeto de Moscovici envolvia

---

<sup>2</sup> A versão original pode ser encontrada nas seguintes obras:

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyses: son image et son public*. Paris: Press Universitaires de France.

Moscovici, S. (1976). *La psychanalyses: son image et son public* (2nd ed.). Paris: Press Universitaires de France.

A versão em português está disponível em Moscovici (1978) (*vide* referências).

<sup>3</sup> Repressão é uma operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno (Laplanche, 1998).

<sup>4</sup> Inconsciente designa um dos sistemas definidos por Freud no quadro de sua primeira teoria do aparelho psíquico. O termo é usado para exprimir o conjunto dos conteúdos não presentes no campo efetivo da consciência (Laplanche, 1998).

um problema de âmbito mais geral ou universal, pois propôs a análise dos processos através dos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais, que tornam viável a comunicação e a organização dos comportamentos.

Essas primeiras proposições vão ao encontro das origens teóricas das representações. Nesse sentido, Álvaro e Garrido (2006) destacaram a separação entre representação coletiva, apresentada por Durkheim, e representação social, apresentada por Moscovici. Durkheim considerou a sociologia como o estudo dos fatos sociais e os ponderava como algo externo à consciência individual exercendo domínio sobre esta: “Esses fatos sociais são formas de pensar, sentir e atuar externas ao indivíduo, formas de consciência coletiva cuja realidade não pode ser reduzida à psique individual” (Álvaro & Garrido, 2006, p. 287). Em Durkheim, a representação diz respeito a uma ampla classe de formas mentais (ciências, religiões, mitos, tempo) de opiniões e de saberes sem distinção. Seria o equivalente à ideia ou sistema, sem características cognitivas especificadas. Moscovici (2001) afirmou: “Tem certa constância, tratando-se de um conceito, e objetividade, já que é partilhada e reproduzida de modo coletivo. É o que lhe dá o poder de penetrar em cada indivíduo, como vindo de fora, e de se impor” (p. 47).

Na verdade, o conceito das representações sociais é uma transformação psicossocial do conceito de representações coletivas. Segundo Jovchelovitch (2008), a psicologia social de Moscovici deriva da sociologia de Durkheim, com sua ênfase na matriz social do pensar e do saber, sua tentativa de compreender a formação das crenças e dos rituais e o papel destes na sustentação da ordem social. Porém, na perspectiva de Álvaro e Garrido (2006), Moscovici se distancia do conceito de representação coletiva, pois, para ele, as representações coletivas são estáticas. Ele propôs, desse modo, mudar de coletivo para social, com intenção de dar às representações uma ideia de algo dinâmico. Assim, as representações sociais poderiam ser entendidas como explicações do senso comum, formas de entender e comunicar as teorias científicas.

Na verdade, Moscovici (1978, 2001, 2007) preocupou-se, principalmente, em explicar a persistência de pensamentos considerados irracionais nas sociedades contemporâneas que são regidas pela lógica e pela razão; ele interessou-se pelo conhecimento do senso comum, por considerar que esse conhecimento é que orienta a maior parte das comunicações e dos comportamentos da vida cotidiana.

Dessa maneira, as representações sociais derivaram da abordagem sociológica durkheimiana e, assim, a Teoria das Representações Sociais é considerada uma forma sociológica da Psicologia Social. Dentro da Teoria, entretanto, segundo Sá (1998), encontram-

se diferentes perspectivas de estudo que vão desde a psicologista da cognição até a sociologista das representações coletivas. Não se pode desconsiderar que todas provêm de uma matriz básica proposta por Moscovici, a qual reivindica uma explicação própria para o processo de construção das representações. Dessa forma, segundo o autor, a teoria básica de Moscovici desdobra-se em três correntes: Denise Jodelet (2001) em Paris, com uma perspectiva mais antropológica; Willem Doise (2001), em Genebra, com uma dimensão sociológica; e Jean Claude Abric (2001), em Aix-en-Provence, com uma dimensão cognitivo-estrutural das representações.

A perspectiva mais fiel à teoria original é a de Jodelet (2001), que também se torna um importante referencial para esta pesquisa, sobretudo no que se refere aos estudos sobre o corpo. Ela sistematizou a teoria, conferindo-lhe um caráter mais objetivo em relação à retórica francesa de Moscovici quanto às proposições básicas. Entretanto, a autora manteve a ênfase original de Moscovici sobre a necessidade de garantir uma ampla base descritiva dos fenômenos de representação social, dando continuidade à Teoria das Representações Sociais. Contribuiu, dessa forma, com a consideração dos suportes que vinculam as representações sociais à vida cotidiana. Seriam os discursos das pessoas e dos grupos que mantêm tais representações, mas também seus comportamentos e práticas sociais em que se manifestam. São também os documentos e registros, bem como as interpretações nos meios de comunicação de massa, que retroalimentam as representações, contribuindo para sua manutenção e transformação.

Jodelet (2001) considera que, hoje em dia, há necessidade de as pessoas estarem sempre informadas sobre o mundo à sua volta. É preciso, além disso, ajustarem-se a ele e saberem se comportar, dominá-lo física e intelectualmente, a fim de identificar e resolver os problemas que aparecem, motivo pelo qual os indivíduos criam as representações. Neste mundo de objetos, pessoas, acontecimentos, ideias, as pessoas não agem somente no automatismo nem estão isoladas num vazio social. Na verdade, elas partilham esse mundo com os outros indivíduos, que servem de apoio tanto para agir de forma convergente quanto pelo conflito, tentando compreendê-lo e enfrentá-lo. Esta é a explicação do motivo de as representações serem sociais e tão importantes na vida cotidiana.

As representações “guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva” (Jodelet, 2001, p. 17). Através das representações sociais podem ser tratados fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico. A observação das representações sociais é natural

em várias ocasiões, pois “elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas (...)” (Jodelet, 2001, p. 17).

Nesse sentido, Moscovici (2007) mostrou que as representações sociais são constituídas por processos sociocognitivos e têm implicações na vida cotidiana, influenciando a comunicação e os comportamentos. Na perspectiva de Sá (1998), “as representações sociais são uma modalidade de saber gerada através da comunicação na vida cotidiana, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas” (p. 68). Dessa maneira, a representação pode ser um sistema de interpretações da realidade, organizando as relações dos indivíduos com o mundo e orientando suas condutas e seus comportamentos no meio social.

A explicação psicossociológica da origem da representação social se dá nas mesmas circunstâncias e ao mesmo tempo em que se manifestam, ou seja, por meio da conversação, que abrange a existência cotidiana. Nesse contexto, há uma sociedade pensante, distante tanto de uma concepção estritamente sociológica quanto de uma concepção exclusivamente psicológica. Essa sociedade produz e comunica suas próprias representações, buscando solução para questões de si mesma. Desse modo, Moscovici (2007) considerou haver duas classes distintas de universos de pensamento que são próprias das culturas: os consensuais e os reificados:

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, como um ser humano. Em outras palavras, o ser humano é, aqui, a medida de todas as coisas. No universo reificado, a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade. Esta sociedade ignora a si e a suas criações, que ela vê somente como objetos isolados, tais como pessoas, ideias, ambientes e atividades. As várias ciências que estão interessadas em tais objetos podem, por assim dizer, impor sua autoridade no pensamento e na experiência de cada indivíduo e decidir, em cada caso particular, o que é verdadeiro e o que não é. Todas as coisas, quaisquer que sejam as circunstâncias, são, aqui, a medida do ser humano (p. 49-50).

Dessa maneira, no universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres, e, na medida em que cada um tem possibilidade de falar em nome do grupo, presume-se que nenhum membro possua competência exclusiva. A esses universos, correspondem as atividades intelectuais da interação cotidiana; nos bares e locais públicos, onde as pessoas podem falar à vontade, produzem-se e circulam as representações sociais. Nos universos reificados, produzem-se e circulam as ciências e o pensamento erudito,

o rigor lógico e metodológico. A sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais. Somente a competência adquirida determina seu grau de participação de acordo com o mérito, seu direito de trabalhar, por exemplo, como médico ou como psicólogo, ou de se abster, desde que eles não tenham competência na matéria.

De acordo com Moscovici (2007), ambos os universos atuam juntamente para moldar a realidade. Na sociedade moderna, o novo é trazido por meio dos universos reificados e de novas descobertas e invenções. A exposição ao novo introduz a não familiaridade. Dessa maneira, uma realidade social, segundo a Teoria das Representações Sociais, surge quando o novo ou não familiar são incorporados aos universos consensuais, passando a operar os processos pelos quais passa a ser familiar, tornando-se conhecido.

Por conseguinte, “a finalidade de todas as representações sociais é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade” (Moscovici, 2007, p. 54). Em seu todo, a dinâmica das relações é uma estratégia de familiarização, em que os objetos, as pessoas e os acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas.

Destaca-se que há dois mecanismos de processo de pensamento baseados na memória e em conclusões passadas e que geram as representações sociais: a ancoragem e a objetivação. A primeira “é a integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas em tal processo” (Sá, 1996, p. 46). A ancoragem, segundo Moscovici (2007), é um mecanismo que tenta ancorar ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. Transforma-se algo estranho e perturbador, que intriga, em um sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que as pessoas pensam ser apropriada. Já a objetivação “consiste em uma operação imaginante e estruturante pela qual se dá uma forma, ou figura específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, como que materializando a palavra” (Sá, 1996, p. 47).

Ressalta-se que tanto a ancoragem quanto a objetivação colaboram na maneira como o social transforma um conhecimento em representação e no modo como esta transforma o social, indicando a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais. A objetivação transforma uma abstração em algo concreto, é responsável pela transformação do que é estranho em familiar. Assim, é por meio desse processo que os elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade vista como natural (Moscovici, 2007).

As representações sociais são, dessa forma, conhecimentos do senso comum, construídos e mobilizados nos universos consensuais, que muitas vezes consistem em transformações operadas sobre informações oriundas dos universos reificados. Tais representações são, como foi visto, formadas através dos processos complementares de “ancoragem” e de “objetivação”. Se se acrescenta que tais processos são subordinados por Moscovici a um princípio básico – que ele sintetiza como “a transformação do não familiar em familiar” – tem-se aqui um esboço razoavelmente fidedigno do cerne da teoria das representações sociais, na sua versão original (Sá, 2007, p. 591).

Com base no processo de pensamento, os estudos de Moscovici (2007) apontaram para o fato de que as representações sociais são históricas em sua essência e influenciam o desenvolvimento do indivíduo desde a primeira infância, desde o dia em que a mãe, com todas as imagens e conceitos, começa a ficar preocupada com seu bebê. Essas imagens e conceitos são derivados de seus próprios dias de escola, de programas de rádio, de conversas com outras mães e com o pai e de experiências pessoais, sendo que elas determinam seu relacionamento com a criança, o significado que ela dará para seus choros, seu comportamento e como ela organizará a atmosfera na qual crescerá. A compreensão que os pais têm da criança modela sua personalidade e pavimenta o caminho para sua socialização. As representações dos corpos, das relações com outras pessoas, da justiça e do mundo, dentre outras, desenvolvem-se da infância à maturidade.

Dessa maneira, outro constructo importante na teoria de Moscovici (2007) é que toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado, não existindo representação sem objeto. Então, uma representação social não pode ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, uma vez que é reproduzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais. O autor observa ainda que o objeto – seja ele humano, social, material ou uma ideia – será apreendido por meio da comunicação. Os elementos da realidade, os conceitos, as teorias e as práticas são submetidos a uma reconstrução a partir das informações colhidas e da bagagem histórica (social e pessoal) do sujeito.

As pesquisas sobre representações sociais demonstram que a Teoria das Representações Sociais abre novas possibilidades porque, primeiramente, é contra uma epistemologia do sujeito “puro”, ou uma epistemologia do objeto “puro”. Assim, é justamente para a relação entre os dois que o olhar das representações sociais se volta. Num segundo momento, porque a Teoria estabelece uma síntese teórica entre fenômenos que estão ligados ao nível da realidade. As dimensões cognitivas, afetivas e sociais estão presentes na própria noção de representações sociais (Guareschi & Jovchelovitch, 1995).

Nessa perspectiva, a presente pesquisa buscou uma relação dos sujeitos – mulheres com transtornos alimentares – com o corpo, objeto de extrema importância nesses distúrbios. O corpo é um objeto ao qual se tem acesso através das representações, pelo fato de ser construído socialmente por diferentes pessoas, em momentos distintos. A representação social do corpo faz parte do cotidiano social, recebe significados individuais e sociais, de acordo com os grupos e o contexto social em que se encontram inseridos. Essas representações recebem influências históricas e culturais, do contato com os universos consensuais e reificados, do acesso à ancoragem e à objetivação, transformando o não familiar em familiar. Desse modo, as mulheres com transtornos alimentares constroem seu saber sobre o corpo através da comunicação na vida cotidiana, através das interpretações sobre suas realidades, orientando seus comportamentos sobre seu corpo.

A importância do estudo do corpo a partir da perspectiva das representações sociais é valorizada por Jodelet (como citado em Goetz, Camargo, Bertoldo e Justo, 2008). Segundo a autora, as representações sociais assumem papel importante na elaboração de maneiras coletivas de ver e viver o corpo, difundindo modelos de pensamento e de comportamento a ele relacionados. A autora afirma que a imagem externa do corpo aparece como um mediador do lugar social onde o indivíduo está inserido. Além disso, ela descreve o corpo como mediador do conhecimento de si e do outro, que se estabelece a partir das relações com o outro.

Para exemplificar, serão apresentadas, a seguir, algumas pesquisas sobre representações sociais do corpo. Ferreira e Mamede (2003) realizaram o estudo “Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia”. Os resultados indicam que os conteúdos da representação do corpo convergiram para quatro unidades de significação: corpos mutilados, sensação de impotência em diversos momentos do período pós-operatório, dor e limitação, principalmente no início de sua recuperação e cuidado com o corpo. Foi possível entender que o princípio do cuidado de si, para as mulheres, tomou a forma de uma atitude, desenvolvida em práticas que foram refletidas e ensinadas como um processo contínuo após a cirurgia. A percepção da relação entre corpo/físico/mente/espírito permearam todos os momentos de suas experiências. Na pesquisa intitulada “A mulher com alterações corporais: um estudo de representações sociais”, que visou analisar as representações sociais do corpo das mulheres portadoras de cirrose hepática, Barleta (2003) constatou que elas constroem suas representações atribuindo uma nova identidade para si e para seu corpo. A perfeição do corpo dá lugar à imperfeição, ao estranho e ao novo, traduzido nas marcas corporais que caracterizam a doença.

No estudo de Siqueira e Faria (2007), intitulado “Corpo, saúde e beleza: representações sociais nas revistas femininas” foram realizadas leituras de seis revistas brasileiras voltadas para o público feminino da segunda metade do século XX e início do XXI para ilustrar as mudanças nos conceitos de corpo saudável. Observou-se que, do corpo “naturalmente” belo dos anos 1960, passou-se para um corpo de músculos hipertrofiados nos anos 1980 e chegou-se aos anos 2000 com um corpo almejado que misture boa forma física com atividades que gerem bem-estar. Certamente, essas três categorias não dariam conta da variedade de corpos que as múltiplas sociedades e culturas contemporâneas comportam. Os autores alertam que as revistas parecem não saber disso, ou não querer ver, ou não têm condições nem interesses industriais, comerciais e tecnológicos de mostrar essa variedade.

Em outra pesquisa sobre “Representação social do corpo na mídia impressa”, Goetz et al. (2008) analisaram todos os números das revistas *Boa Forma*, *Estilo* e *Saúde* entre 2005 e 2006. Os resultados indicam que as representações sociais do corpo, nesses periódicos, destacam dois principais aspectos: o primeiro, prático, contempla aspectos eminentemente físicos, relativos à estética e à saúde corporal; e o segundo, de caráter mais subjetivo, representa o corpo como uma unidade físico-psíquica, que prioriza o equilíbrio e o bem-estar para se alcançar uma vida mais saudável.

Na pesquisa de Gama e Gama (2009), “O corpo como uma fábrica de sonhos: representações sociais de corpo entre mulheres praticantes de atividade físicas que fizeram intervenções cirúrgico-plásticas corretivas”, notou-se que a manutenção da autoestima aparece como algo priorizado pelas entrevistadas. Elas denotam a vigência de uma complexa relação de tensão entre saúde e beleza, no sentido de ambas co-existirem sem serem autoexcludentes. Há uma ideia recorrente às entrevistadas de que, se mudarem uma parte do corpo, aparecem efeitos que se desdobram para todo o resto. Desse modo, a cirurgia não é vista como mecanismo de emenda do que faltou ao treinamento, mas como o processo primário de modificação corporal de acordo com as referências e os critérios dessas mulheres.

Em outro estudo, intitulado “Representação social e imagem do corpo feminino”, Secchi (2006) procurou investigar como se constituem as representações sociais do corpo feminino de estudantes universitárias dos cursos de Psicologia, Educação Física e Moda, bem como a possível influência que essas formações profissionais poderiam ter nas representações sociais e na imagem do corpo feminino para esses grupos. Os resultados sugerem que as universitárias compartilham os conceitos da representação social de corpo: beleza e aparência física, tidas como a primeira característica pessoal que se destaca na relação social e enquanto objeto de atração entre as pessoas. Há ainda a existência de padrões e modelos de beleza,



relacionados ao corpo feminino, estipulados socialmente e simbolizados pela magreza. O corpo se mostra vinculado à saúde, sendo que o corpo bonito é sinônimo de *status* e poder direcionados ao campo pessoal e profissional. Constatou-se que as estudantes dos cursos de Psicologia, Educação Física e Moda têm preocupação com a imagem corporal e estão insatisfeitas com sua imagem corporal, apesar de perceberem seu corpo como normal (nem magro, nem gordo).

Goetz et al. (2008) esclareceram que Jodelet, Ohana, Basis-Moñino e Dannenmüller, em 1982, realizaram um estudo considerado clássico de investigação dos efeitos das mudanças culturais em relação ao corpo. Foram definidas três grandes categorias relacionadas às representações sociais do corpo: a primeira, citada pela maioria dos participantes, diz respeito à funcionalidade do corpo, na qual os indivíduos atribuem importância à preservação da saúde, da juventude, da forma física e à prevenção da deterioração para manter o equilíbrio psíquico e conservar a aparência estética; a segunda refere-se a considerações propriamente morais, em que os indivíduos enfatizam a necessidade de serem disciplinados, de terem boa vontade e controle, de manterem a dignidade e o respeito por si próprio e pelos outros, em conformidade com as normas sociais. A terceira categoria é definida como narcisista, sendo composta por indivíduos que consideram importante o próprio prazer e o do outro, que se preocupam em ter uma apresentação favorável e manifestam intenção sedutora.

As pesquisas sobre representações sociais do corpo remetem à explicação psicossociológica da origem da representação social, pois o corpo se constitui a partir de representações individuais e sociais, podendo ser desconstruído e reconstruído de maneira indefinida. Neste momento, torna-se necessário aprofundar os estudos quanto aos aspectos sociais do corpo, por meio de um breve histórico que vai do pequeno retorno ao século XX até o presente momento.

## **2.2 O corpo na atualidade**

Nas discussões sobre o corpo, os aspectos biológicos recebem um destaque nos dias atuais. Mas, para aprofundar na dimensão corporal, torna-se necessário pensá-lo não só no plano biológico ou individual, como também no sociocultural, uma vez que o corpo humano não existe e não é compreensível fora da construção da realidade: ele é um produto da socialização.

Dentro desse contexto, é importante voltar um pouco no tempo, aproximadamente no século passado, e posteriormente caminhar até a atualidade, para entender como a sociedade e

seus membros pensam e se comportam em relação ao corpo. É nesse sentido que, primeiramente, será contextualizado o corpo no século XX na perspectiva de Corbin et al. (2008).

Segundo os autores, enquanto o século XIX se ateuve à doença, o século XX reconheceu a saúde. Na virada do século, o corpo – objeto que tudo contribuía para lhe atribuir um papel secundário – tomou um novo contorno, relacionando-o com o próprio sujeito. Nesse momento, a relação entre o sujeito e seu corpo começou a ser definida em outros termos, colocando-o em lugar de corpo animado. Essa mudança pôde ser percebida, em primeiro lugar, através da psicanálise, em que o inconsciente fala por meio do corpo. Em um segundo momento, a partir da ideia de Edmund Husserl (como citado em Corbin et al., 2008) sobre o corpo humano como o “berço original” de toda significação. E em terceiro lugar, com Mauss (1974), que apresentou a noção de “técnicas corporais”, as quais seriam as maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos.

Corbin et al. (2008) esclareceram que o corpo foi ligado ao inconsciente, amarrado ao sujeito e inserido nas formas sociais de cultura” (p. 8). Dessa maneira, no século XX, o corpo conheceu grandes transformações em grandeza e profundidade: “Corpo orgânico, de carne e sangue, corpo agente e instrumento de práticas sociais, corpo subjetivo, eu-pele, envoltório material das formas conscientes e das pulsões inconscientes (p. 10).

O século XX concebeu um novo direito do homem, ou seja, o direito à saúde, entendendo-a, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (Corbin et al., 2008, p. 18). A palavra-chave do século XX torna-se, então, a saúde, e a preocupação com ela passa a ser primordial. Nessa perspectiva, o conceito de saúde privilegia a noção positiva no lugar da ausência de enfermidade. É um novo ideal proposto pela OMS, entretanto, dificilmente acessível, porque “a saúde passou a ser a verdade e também a utopia do corpo, aposta da ordem social e de uma ordem internacional, mais equitativa e mais justa, no conjunto do mundo” (p. 18).

Neste século, de acordo com os autores, a relação do sujeito com seu corpo eliminou as distinções entre são e enfermo, corpo normal e corpo anormal, a relação entre a vida e a morte. É possível observar os grandes avanços tecnológicos da medicina, como a radiografia, a cintilografia, a ultrassonografia, a ressonância magnética, entre outros, na tentativa de neutralizar os efeitos da enfermidade. Nota-se uma sociedade medicalizada de ponta a ponta e um corpo penetrado pelas técnicas de visualização médica. Muitas das considerações sobre o corpo e seus estados são vastamente influenciadas pelas normas médicas, uma vez que a

medicina traduz princípios e crenças morais. A medicalização fez dos médicos os intermediários obrigatórios na gestão dos corpos juntamente com uma rede de obrigações de socialização: “O médico se tornou um perito em todos os assuntos públicos e privados” (Corbin et al., 2008, p. 19), colocando toda pessoa saudável como um doente que se ignora. Dessa forma, todos são doentes em potencial e, ao menor sintoma de alguma doença ou herança genética, recorrem, imediatamente, ao saber médico.

A medicina ocidental é considerada como o principal recurso em caso de doença, funcionando como um guia de orientação para as pessoas, promulgando regras de comportamento, censurando os prazeres e aprisionando a vida das pessoas em cima de uma rede de recomendações. Ela assim se considera por se responsabilizar pelos progressos realizados no conhecimento do organismo e na vitória sobre as doenças, justificadas, sobretudo, pelo aumento da longevidade. Porém, como relataram Corbin et al. (2008):

(...) esse domínio da medicina encontrou o seu limite em uma resistência da população a abdicar de sua autonomia. A multiplicação de suas intervenções, algumas delas tocando a integridade da pessoa, seus modos de reprodução e sua maneira de morrer, suscitou a inquietação na própria corporação, que permitiu a seu lado um lugar para a sociedade civil e para as autoridades políticas e religiosas. A história do corpo no século XX é a de uma expropriação e de uma reapropriação que talvez chegue um dia a fazer de cada um o médico de si mesmo, tomando a iniciativa e as decisões com pleno conhecimento de causa. Sonho encorajado pela ideia de uma transparência do corpo, um corpo totalmente exposto, explorado em suas profundezas e, afinal, diretamente acessível ao próprio sujeito (p. 15-16).

Assim, ao mesmo tempo em que a medicina avançou em técnicas e intervenções, ela aproximou-se da intimidade do ser humano, sendo, muitas vezes, até invasiva. Mas foi nesse sentido também que essa ciência contribuiu para que o indivíduo tivesse novas maneiras de lidar com o próprio corpo, uma vez que este se tornou mais conhecido e mais próximo.

Desse modo, não se admite mais o exibicionismo da doença, segundo Corbin et al. (2008). A medicina preventiva insiste em mostrar que há uma desordem secreta e constante, levando o sujeito à realização regular de exames. Assim, surge uma nova maneira não de dizer o prognóstico dos próximos dias, mas de adivinhar o futuro. Em suma, acaba desaparecendo a distinção entre saudável e enfermo. E foi a epidemiologia do século XX que contribuiu para a dissolução da distinção entre saudável e enfermo. Considerando a noção de risco que pertence a determinados grupos, propuseram a diluição do patológico. Não se buscam causas e sim fatores das doenças em que se conjugam vários aspectos, como genética, elementos ligados ao meio natural, sociocultural ou profissional. Essa dimensão localiza a

responsabilidade do indivíduo em seu processo de saúde e de doença, estimulando-o a ter cuidado consigo mesmo:

Propõe-se ao homem de bem da modernidade, intimado a uma prestação de contas de seu corpo, tal como antigamente da alma, um cálculo de probabilidades. Como o Estado ocidental instituiu uma ordem dos corpos, cujas energias e competências contabiliza, pretende otimizar o seu funcionamento. Se a intervenção dos poderes em matéria de saúde pública comprova aquilo que Michel Foucault denominava governamentalidade da vida, estimula também o cuidado consigo mesmo” (Corbin et al., 2008, p. 21).

A modernidade se caracteriza pela solidão dos indivíduos, que são forçados a enfrentar aquilo que não sabem mais nomear, a doença. As pessoas se tornam, segundo os autores, doentes em potencial. Isso mostra os riscos aos quais os indivíduos estão expostos, o que implica as responsabilidades que cada pessoa tem em relação à sua saúde. Outra constatação é percebida no desejo de mudança no corpo por meio das cirurgias plásticas, do uso de cosméticos, da ginástica, entre outros meios, na tentativa de se ter mais saúde e juventude. Essa é a busca que ocorre no século XX e que parece ser reforçada pela medicina: “A história do corpo no século XX é a de uma intervenção crescente da medicina, enquadrando os acontecimentos comuns da vida, deslocando os prazos e multiplicando as possibilidades” (Corbin et al., 2008, p. 79).

Pode-se perceber o quanto o século XX contribuiu no sentido de envolver o corpo físico com o próprio sujeito. Observa-se que os riscos estão à mostra, mas cabe aos indivíduos tomar as rédeas de sua vida. Não se pode, contudo, perder de vista a importância dada à ordem médica quanto ao fato de disciplinar o corpo de acordo com aquilo que lhe convém.

Essa tendência do século passado ainda permanece até os dias atuais, uma vez que esta ainda é a primeira década do século XXI, e novas maneiras de entender e perceber o corpo ainda estão surgindo, mas não podendo perder de vista as influências recebidas nessas vivências passadas. Nesse sentido, a cultura ganha um lugar de destaque para compreender os fenômenos relacionados ao corpo.

Uma grande contribuição nessa pesquisa foi a de Mauss (1974), ao afirmar que o corpo humano é fisiológico, psicológico e sociologicamente determinado, pelo fato de haver uma inter-relação única do físico, do social e do individual no corpo. O corpo é sempre tratado como uma imagem da sociedade, não podendo, assim, descaracterizar sua dimensão social.

Esse pensamento é complementado por Nakamura (2004) ao assegurar que a imagem do corpo se refere ao modo como os indivíduos conceituam e experimentam seu corpo, seja consciente ou não, incluindo atitudes coletivas, sentimentos e fantasias, e também através do aprendizado de organizar e integrar as experiências corporais: “O corpo humano, assim como as roupas e os adornos, veiculam informações e mensagens sobre a sociedade e cultura. Da mesma maneira, noções de beleza, tamanho e formas ideais do corpo são culturalmente definidas” (p. 22). A autora considera que:

A cultura determina certos comportamentos e hábitos alimentares, assim como as representações sobre o corpo e os padrões estéticos que o tornam socialmente aceito, e nesse movimento imprime sua marca nos indivíduos, ao mesmo tempo que define sua possível integração ou seu estigma social (Nakamura, 2004, p. 21).

Percebe-se que é através dos ditames da cultura, por exemplo, sobre o corpo, que o indivíduo está ou não inserido no social. Conforme a autora, a perspectiva sociocultural sobre o corpo e sobre os padrões estéticos e de beleza corporal complementam a perspectiva médica, “que define um aspecto patológico da percepção do corpo, fornecendo-lhe novas ferramentas e permitindo que, pela compreensão de outras formas de representação sobre o mesmo, seja possível apreender um pouco mais sobre a nossa própria sociedade” (Nakamura, 2004, p. 21). Nesse sentido, pode-se afirmar que tanto a cultura quanto a medicina exercem uma forte influência sobre o corpo.

As colocações de Rodrigues (2005) apontaram o corpo como um fenômeno cultural. O autor contribuiu, por meio da antropologia do corpo, para o entendimento a respeito dos aspectos corporais do ser humano. Em primeiro lugar, esclareceu que a Escola Sociológica Francesa ensinou que o corpo humano é menos biológico do que se acreditava. Em segundo, que o corpo humano é muito menos individual do que se costuma considerar. Em terceiro, que o corpo humano é socialmente construído. Em quarto, afirmou que se ele é fruto de construção social, então apresenta características de fenômenos culturais, variando entre as sociedades e dentro delas segundo os grupos e os indivíduos. Em quinto lugar, mostrou que as sociedades constroem os corpos, pois uma sociedade se forma fazendo os corpos em que existe: “corpos de seus membros constituem a única materialidade efetiva de qualquer sociedade” (p. 172).

Dentro desta última perspectiva, o autor citado considerou um importante progresso das dimensões aplicadas da antropologia do corpo, mais especificamente a antropologia “médica” ou “da saúde”. Sabe-se que as medicinas variam entre as sociedades, assim como

suas respectivas concepções e técnicas terapêuticas. Também é notável que as diferentes medicinas apresentam interpretações próprias do corpo e das doenças, além, é claro, das questões relacionadas às doenças, à saúde e aos tratamentos. As medicinas também traduzem, em cada cultura, os princípios e as crenças morais, políticas e cosmológicas que presidem os demais domínios da experiência nessa sociedade. A medicina, ao mesmo tempo, absorve e irradia religião, moral e economia, entre outros. Mas, cabe lembrar que isso em nada diminui a eficácia das várias medicinas.

Entretanto, Sant'Anna (2001) considera que as pessoas estão tentando libertar seus corpos de antigos vínculos religiosos, temporais, morais, genéticos. Esse processo não ocorre de uma hora para outra, pois, nos últimos 50 anos, vem ganhando muitos adeptos na tentativa de as pessoas tornarem seu corpo independente do patrimônio cultural e genético. Segundo a autora, há várias razões para entender essa nova tendência. Uma delas é a hipótese de o corpo ser o último território a ser explorado, em que o genoma humano assume ares de aventura de descobrimento. Assim como a união da informática com a genética permitiu novas pesquisas sobre a qualidade e o prolongamento da vida, também levou a um comércio de partes do corpo. Dessa maneira, quanto mais o corpo é explorado e investigado, menos é preservado dos interesses comerciais.

A segunda razão destacada pela autora seria a hipótese de que o corpo é o único território do exercício da liberdade individual, pois é considerado a última posse que resta ao indivíduo para exercer sua liberdade de transformação. A terceira hipótese explícita que é pelo corpo que se mostra o melhor de si, entendendo o corpo como aquilo mais próximo da identidade do ser humano, em vez de ser pela alma. Assim, devido à proporção significativa que é dada ao corpo, é pela aparência física que o sujeito comprova o que quer mostrar de sua subjetividade. Dessa forma, torna-se difícil resistir às dietas, às cirurgias plásticas e aos cosméticos, pois tudo isso age na tentativa de neutralizar os efeitos que estão fora do padrão sociocultural. As pessoas estão tentando libertar seus corpos de certas normas, porém essa é uma tarefa nada fácil, como mostrou Rodrigues (1975):

(...) a cultura dita normas em relação ao corpo; normas a que o indivíduo tenderá, à custa de castigos e recompensas, a se conformar, até o ponto de estes padrões de comportamento se lhe apresentarem como tão naturais quanto o desenvolvimento dos seres vivos (p. 45).

Então, nota-se que a cultura interfere nesses padrões, e a busca para se enquadrar em algo pré-estabelecido transformou-se em uma ditadura. Essa busca independe, hoje, das

consequências, pois o importante é sentir-se pertencente ao padrão de corpo que a sociedade determina e privilegia.

Nesse sentido, Costa (2005) complementou que o culto ao corpo é uma modalidade que vem chamando atenção por produzir uma obsessão pela forma e pela saúde, marcado pelas imagens corporais da moda e estimulada pela publicidade. Afirmou ainda que:

(...) o culto ao corpo vem sendo condicionado por vários fatores, entre os quais dois são especialmente importantes: o remapeamento cognitivo do corpo físico e a invasão da cultura pela moral do espetáculo. O primeiro fenômeno fornece as justificativas racionais para redescritção do que somos; o segundo, as normas morais do que devemos ser (p. 204).

Desse modo, os padrões que a cultura dita, ou pelo menos vem ditando, influenciados principalmente pelas mudanças no século XX, levam na direção do cuidado excessivo com o corpo, no sentido de enquadrar dentro de um modelo socialmente aceito e disciplinado às normas de um saber superior.

Dentro dessa perspectiva, Vaz (1999) também contribuiu ao situar a experiência subjetiva de cuidado do corpo com a sociedade. Segundo ele, é possível historicizar a experiência ao situar o corpo como nó de múltiplos investimentos e inquietações sociais. Vive-se, hoje, uma transformação nos valores que leva à mudança no ser cuidado, no modo de cuidar e no que se espera ser ao cuidar-se de si, ou seja, é descrever uma mudança em si mesmo. Segundo o autor, é possível perceber essa diferença histórica por meio de dois vetores de mudança: as novas tecnologias e a mudança no capitalismo, havendo um fator de ajuste entre esses dois, que seriam as relações de poder e que remete à produção de subjetividade.

O primeiro vetor de mudança na experiência corporal, segundo o autor, são as novas tecnologias biomédicas e de comunicação. Estas últimas apontam para uma mediação nas relações dos homens com o mundo, entre si, e de cada um consigo mesmo. Elas transformaram a experiência de corpo: a distinção entre real e imaginário, definição do próximo e longe no espaço e no tempo.

Um exemplo da comunicação pode ser exposto na pesquisa realizada por Siqueira e Faria (2006), sobre o espaço que o corpo encontra na mídia. Anúncios publicitários, textos jornalísticos, fotos e ilustrações na televisão, na Internet e na mídia impressa veiculam discursos, vozes sobre o corpo e sobre como ele é visto, desejado, vendido. Na mídia impressa, as capas de revistas são síntese de representações, de imaginários, explorando largamente o corpo feminino. Reprodutoras, divulgadoras, formadoras de conceitos de corpo saudável, as revistas femininas estampam, em suas capas, há décadas, “modelos” de mulheres,

exemplos a serem seguidos para alcançar um objetivo: o corpo ideal de cada época. A mídia tornou-se, assim, importante forma de divulgação e capitalização do chamado “culto ao corpo”, comportamento estimulado tanto pelos meios de comunicação quanto pela “indústria da beleza”.

Já as tecnologias biomédicas, para Vaz (1999), mostram que a questão ética orientou a relação dos seres humanos com seus corpos durante milênios: “O corpo era visto como marca da finitude e lugar do desejo, trazia a experiência da necessidade: sua forma, suas obstinações e sua duração não dependiam de nossa ação, ao contrário, a determinavam” (p. 160). Aceitava-se ou recusava-se o corpo. Hoje, entretanto, como já foi discutido anteriormente, o corpo passou a habitar o campo da liberdade, podendo-se transformá-lo em sua capacidade de perseverar no ser e na sua forma.

De acordo com o autor, o segundo vetor de transformação da experiência de corpo é a nova articulação entre este e o mercado, uma vez que o corpo entrava no mercado como força de trabalho durante o capitalismo de produção. O corpo era pesquisado como força que precisa ser domada e preservada. Hoje, porém, é diferente. O capitalismo agora é o da superprodução, em que o sujeito consome em excesso em comparação com sua necessidade. Dessa maneira, “o corpo entra no mercado como capacidade de consumir e ser consumido” (Vaz, 1999, p. 162). O corpo que consome não é mais investido como força; quem dita o consumo é o prazer e não a necessidade. Outra característica importante na capacidade de consumir do corpo é a possibilidade de se permanecer vivo e belo, aumentando a indústria farmacêutica e levando o corpo a consumir a si mesmo.

Segundo Vaz (1999), há um terceiro vetor que ajusta as possibilidades tecnológicas e a padronização de comportamentos exigida pelo capitalismo de superprodução. É a transformação nas relações de poder, a passagem da norma ao risco: “O poder é uma ação sobre a ação possível do outro visando produzir uma resposta desejada ou, ao menos, delimitar o leque de respostas possíveis de modo a evitar o imprevisível” (p. 163). O poder, nesse sentido, seria uma antecipação do comportamento. O alvo do poder não é o sujeito verdadeiro, mas o processo de constituição do sujeito, fazendo com que o poder seja uma interferência contínua no processo de subjetivação. O indivíduo pensa a sua singularização a partir de crenças e valores gerados pela sua sociedade.

Nesse contexto, no que se refere à norma, Costa (2005) apontou que o corpo e seus sentidos foram submetidos a rigorosas disciplinas, entre as quais as mais analisadas foram as sexuais, as intelectuais, as higiênicas e as de apresentação social. As disciplinas visavam ao



aprimoramento sentimental a partir do físico. A finalidade da educação corporal era levar os indivíduos a controlar tensões e impulsos físicos, aperfeiçoando os sentimentos.

O modo de poder funcionar na sociedade ganha importância ao se comparar com a sociedade disciplinar descrita por Foucault, segundo Vaz (1999). As técnicas disciplinares estavam ligadas ao capitalismo de produção na tentativa de produzir um corpo dócil, eficaz economicamente e submisso politicamente. As técnicas de poder da disciplina são modos de produzir a culpa. Para o autor, o primeiro objetivo das técnicas disciplinares é a produção de uma experiência singular de tempo e espaço. As instituições disciplinares, normalmente, são fechadas, onde cada corpo deve ocupar um lugar determinado que define o seu ser, com o objetivo de corrigir para formar. Nas instituições disciplinares, para haver formação, é necessário cuidado:

O exercício do poder na Modernidade supõe a separação dos homens entre si, sua distribuição entre normais e anormais, distribuição que produz no interior de cada indivíduo uma cisão e um esforço de se conformar aos valores sociais, tensão culpabilizadora que provoca a homogeneização dos comportamentos (Vaz, 1999, p. 166).

Ao se pensar na homogeneização dos comportamentos como reflexo do exercício de poder e relacionando-o ao corpo, torna-se importante fazer referência a Foucault (1984), o qual afirmou que, dentro da sociedade disciplinar, é possível encontrar a prática da dieta, considerada como uma inflexão da medicina, uma vez que o regime era considerado um modo de viver. Isso porque, por meio dele, pode-se pensar a conduta humana, permitindo fixar um conjunto de regras. Segundo o autor, “o regime problematiza a relação com o corpo e desenvolve um modo de viver cujas formas, escolhas e variáveis são determinadas pelo cuidado com o corpo” (p. 93). Assim, o regime tem por objetivo evitar os excessos: “(...) o regime se dirige à alma e lhe inculca princípios” (p. 97). Dessa maneira, o regime tem a função de disciplinar os corpos.

No século XX, sobretudo na segunda metade, Corbin et al. (2008) declararam nascer um novo discurso dietético, autônomo, a partir de uma normalização. É a dietética moderna, com um discurso sobre vitaminas, de uma racionalidade nutricional. Esse movimento teve dimensões maiores nos países ocidentais, surgindo uma nova profissão, a de dieteticista. Os autores consideraram que:

(...) enquanto discurso que centra a conservação da boa saúde e a cura das enfermidades em torno da obediência a uma “dieta” que, etimologicamente,

constitui todo um estilo de vida, todo um modo de relacionar-se com o cosmos, a dietética não é apenas tão antiga quanto a medicina, em particular sob suas formas gregas e medievais: confunde-se plenamente com ela (p. 162).

Com essa afirmação, pode-se perceber a associação direta entre a medicina e a dietética, seja uma complementando a outra, ou até mesmo agindo dentro do mesmo propósito: através delas, as normas estão estabelecidas, e o corpo torna-se disciplinado.

Para Corbin et al. (2008), a oferta dietética aponta resultados supostamente rápidos e decisivos. Há um constante sucesso nessa proposta, comprovada por meio de uma procura em larga escala, sem se cansar. Segundo eles:

(...) essa preocupação crescente das sociedades desenvolvidas, tendendo em certos indivíduos à ansiedade, ou até à obsessão, ainda mais quando combinada com o diagnóstico complexo, e de difícil tratamento, da anorexia, alimenta, logo, uma vulgata dietética sempre mais difundida e, em função dos avanços do conhecimento biológico, sempre mais sofisticado, como o comprova a passagem da temática da “celulite” à do “colesterol”, depois à da distinção entre o colesterol “bom” e “mau”, etc. (p. 164).

O começo de popularização desse novo saber dietético, de acordo com os autores, corresponde ao apogeu do modelo de magreza extrema, trazido pela moda da boneca Barbie, um modelo europeu para adultos. A boneca foi transformada em um ícone para meninas americanas. O critério do esguio continua predominante, apoiado por um discurso médico. Em sua forma extrema, a iniciativa dietética vai culminar em um grande número de pacientes, apelando para as manipulações físicas, como é o caso das cirurgias plásticas.

A respeito das disciplinas, Foucault (1984) afirma que esses métodos, ao automatizarem gestos, posturas e movimentos, permitem o minucioso controle das operações do corpo, não só para incrementar seu rendimento, controlar a sujeição das forças, impondo uma relação de utilidade/docilidade, mas também para submetê-lo politicamente. Para ele, esse controle político do corpo não está explícito nas leis e muito menos generalizado de forma homogênea pela sociedade. Ele é exercido, sutilmente, pelas instituições e por aqueles que detêm o poder econômico.

Vaz (1999) considera que o início do século XX foi o ápice da sociedade disciplinar. Mas, em meados desse século, entra em crise até os anos 1990. Mudando as técnicas de poder, mudam o sentido da vida e, assim, o sujeito. Há uma passagem da disciplina ao controle, que é também da norma ao risco. Os valores da sociedade parecem estar ligados ao bem-estar, à juventude prolongada, ao autocontrole, à tolerância, à segurança, à preservação

ecológica. Esses valores mostram o cuidado que se deve ter para evitar o risco, diante do qual experimenta-se a estetização do cotidiano e a cientificação da vida e da morte. Assim, o indivíduo avaliará os hábitos de vida e os riscos que corre.

Na definição de Guzzo (2005), “o risco é entendido como um perigo ou ameaça objetiva que é inevitavelmente mediado por processos culturais, históricos e sociais e não pode ser reconhecido com o isolamento dos mesmos” (p. 141). O risco está diretamente ligado à possibilidade de perder; é olhar para o futuro e prever o que pode dar errado ou quais são os perigos que, possivelmente, podem ser encontrados pela frente. Segundo a autora, com o advento das novas tecnologias e o acúmulo de incertezas, complexidades e transparências do corpo, é possível refletir que o futuro é uma responsabilidade humana: “O ser humano é o único agenciador do tempo, fundamentado por tecnologias e conhecimentos científicos” (p. 145). Desse modo, através das novas intervenções e técnicas, o corpo se faz conhecido para o próprio indivíduo:

Na área da saúde, o corpo pode ser minuciosamente transparente e translúcido, visível em sua interioridade orgânica. Novas tecnologias médicas e científicas, objetos cada vez menores (as nanotecnologias) e mais eficazes são capazes de explorar esse espaço fluido, antes cheio de segredos (Guzzo, 2005, p. 145).

Esse excesso de conhecimento sobre o próprio corpo e essa busca desenfreada para localizar alguma coisa que caracterize um possível problema configuram o risco. É nessa direção que Vaz (1999) complementou o estudo ao considerar o risco como uma advertência constante sobre as consequências dos atos das pessoas.

O risco se tornou um importante gestor dos corpos; portanto, gerenciá-los e prever o seu futuro foi o que determinou a entrada da sociedade no período moderno, pois o risco sempre esteve presente na História. Vive-se hoje na sociedade dos riscos, tornando o risco uma construção estética. Segundo Guzzo (2005):

(...) essa tem como pressuposto a configuração de uma sociedade de riscos, recortada pela sensibilidade humana pelo ponto de vista da vertigem e da incerteza. Essa estética permite a criação de manifestações do risco como espetáculo, como ingrediente para vendagem de corpo e vidas, transformando as formas de beleza, potência e humanidades (p. 145).

Essa afirmativa contribui para a compreensão do que seja a sociedade disciplinar ou a noção de risco. De qualquer modo, os corpos estarão submetidos a normas impostas pelos

aspectos socioculturais. Acrescenta-se ao risco, contudo, a responsabilidade de cada indivíduo.

A autora complementa que a noção de risco não se baseia somente nas experiências científicas ou nas opiniões médicas; ela é construída culturalmente, de modo que, em cada contexto social, destaca-se um risco e ignora-se outro. Segundo Vaz (1999), no modo de lidar com o indivíduo, a passagem da disciplina ao controle implicou o movimento de objetivação do perigo por meio do conceito de fator de risco.

Observa-se o quanto a sociedade vai caminhando histórica e culturalmente em relação ao corpo. As vivências passadas vão influenciando novas maneiras de entender o corpo, mas este vai tomando novos contornos. Nesse movimento, as normas médicas exerceram forte influência, colocando o corpo vulnerável aos riscos. É nesse sentido que se volta para a temática dos transtornos alimentares.

Sobre esses distúrbios, Nakamura (2004) apontou a importância de se considerar, de um lado, sua referência a uma patologia, e, de outro, a manifestação de certos padrões culturais, que estão presentes nas noções de representação sobre o corpo, os hábitos e as condutas alimentares. Morgan e Azevedo (1998b) corroboraram com essas ideias ao considerarem a influência dos aspectos socioculturais nos transtornos alimentares bem marcante e com grandes discussões na atualidade. A pressão cultural para emagrecer é considerada um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares, gerando uma preocupação excessiva com o corpo.

Fernandes (2006) relatou que alguns estudos epidemiológicos demonstram que o aumento na incidência dos transtornos alimentares ocorreu juntamente com a evolução e a valorização da magreza como padrão de beleza feminino. A autora coloca que “esses achados epidemiológicos apontavam na direção de uma concepção dos transtornos alimentares como ‘síndromes ligadas à cultura’ (*culture-bound syndromes*), particularmente à cultura ocidental” (p. 49). Essas síndromes dizem respeito aos sinais e sintomas que se restringem a determinadas culturas de acordo com as características de si mesmas. Porém, a partir dessa consideração, atualmente percebe-se que os transtornos alimentares não estão restritos às sociedades ocidentais, não podendo, assim, ser compreendidos como síndromes ligadas à cultura.

Em estudo realizado em Curaçao, local que tem uma população negra e miscigenada e onde o ideal de beleza não é baseado na magreza, Hoek et al. (1998) encontraram um número significativo de casos de anorexia, com taxa de incidência parecida com a de países ocidentais, apesar de não terem sido encontrados casos de bulimia. As pesquisas de Fernandes

(2006) sobre os estudos transculturais, desde a década de 1990, mostraram a evidência de transtornos alimentares em sociedades orientais e países menos desenvolvidos. Percebem-se esses transtornos em minorias raciais de países ocidentais e em todos os estratos sociais. É possível observar casos atípicos de anorexia na cultura ocidental que não apresentam o medo de engordar. Outras culturas podem ter diferente apresentação desses transtornos. Um bom exemplo é que “na Idade Média, as anoréxicas paravam de comer para se purificar” (p. 50). Segundo Cordás e Claudino (2002), os transtornos alimentares costumam estar associados à influência da modernidade, porém o que se observa na História é que existiram casos relatados de anorexia e bulimia. As pessoas que sofriam desses transtornos estavam muito ligadas às questões religiosas, com intuito, por exemplo, de obter uma salvação divina. Nesse sentido, Fernandes (2006) afirmou que:

À medida que os ideais de magreza vêm assumindo, nos últimos tempos, uma significação amplificada que não tem passado despercebida aos olhos daqueles que se interessam pelo assunto. Esses ideais parecem se impor particularmente às mulheres para as quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal. Embora a aparência física seja um elemento fundamental na imagem da mulher em diversas épocas e culturas, a magreza nem sempre foi o ideal almejado (p. 51).

Os estudos da autora constataram que, na Renascença, as mulheres valorizavam o corpo farto, quadris grandes e abdômes avantajados. Com o início do movimento de libertação feminina, por volta de 1920, já se começa a falar em exigência da magreza. Em 1940 e 1950, contudo, os seios fartos e os corpos curvilíneos já eram valorizados. Por volta de 1960, a exigência da magreza se intensifica, e a imagem do corpo ideal diz respeito a um corpo adolescente, magro e de formas menos arredondadas. Os anos 1970 acentuam esse padrão, e os transtornos alimentares começam a ocupar um lugar de destaque.

Muris et al. (2005) afirmaram que, na sociedade atual, “ser magra” é uma condição altamente valorizada entre as mulheres, e “ser sarado” e musculoso é muito apreciado entre os homens. Segundo os autores, há evidências indicando que esses valores culturais estão relacionados com o ideal de imagem corporal, os quais já estão presentes nas crianças e nos adolescentes. Muitos jovens associam seus sentimentos subjetivos de insatisfação com sua aparência física: as meninas descrevem a si mesmas como pessoas que já estão acima do peso e querendo ser magras; já os meninos manifestam um padrão menos consistente da imagem corporal, em que alguns querem ser magros e outros, mais musculosos.

Mas é na sociedade do novo milênio, segundo Fernandes (2006), que a magreza torna-se objeto de verdadeiro culto. O convite ao permanente consumo aponta para a grande oferta de produtos para emagrecer, reafirmando o quanto a imagem e a aparência são maciçamente investidas. Dessa maneira, parece óbvio que as questões ligadas à cultura contemporânea ocupam um lugar importante no desencadeamento e na manutenção dos transtornos alimentares. Uma importante constatação é a da incidência de transtornos alimentares em todo o mundo, colocando em discussão os efeitos da globalização. Segundo a autora:

(...) o mal-estar decorrente dos processos de homogeneização da cultura, através de uma espécie de ocidentalização do mundo, encontra na emergência dos transtornos alimentares uma de suas formas de expressão, entre outras. Talvez uma forma privilegiada, por engajar diretamente o corpo, alvo do ideal de completude, abundância e progresso veiculado pela pós-modernidade (Fernandes, 2006, p. 52).

Esse ideal parece encontrar no corpo uma forma de expressão privilegiada através da valorização da magreza, da boa forma e da saúde perfeita. Assim, os transtornos alimentares colocam em cheque os ideais da pós-modernidade, porque denunciam o desconforto e a falta numa sociedade consumista em que imperam o conforto e a abundância: “Evidencia-se o paradoxo do excesso e da falta numa cultura marcada pela busca da linearidade anestesiada dos ideais” (Fernandes, 2006, p. 53). Nesse sentido, é importante lembrar que o corpo é construído culturalmente, e, nessa busca de ideais que acontece hoje, o corpo encontra forte expressão.

A ideia de que os transtornos alimentares são síndromes ligadas à cultura, mais especificamente à cultura ocidental, vem sendo um dos pontos centrais da discussão sobre os aspectos socioculturais na opinião de Morgan e Azevedo (1998a). Observa-se uma preocupação muito mais com a dieta e a magreza, como valores culturais que influenciam o surgimento dos transtornos, do que fazer uma análise cuidadosa sobre o quê, de fato, compõe a cultura ocidental. É comum utilizar o termo “cultura” de maneira simplista, como se fosse sinônimo de fronteiras geográficas e não da construção de significados ou mecanismos sociais de controle do comportamento.

Para as autoras, é importante entender os transtornos alimentares em relação à modernização e não à ocidentalização. A modernização é o fenômeno que permite melhor entender o aparecimento desses transtornos em quase todos os países do leste asiático e nas cidades da costa chinesa, onde eram considerados inexistentes há 10 anos, assim como sua

ausência nas cidades do oeste chinês, que se mantém até hoje como uma região essencialmente rural. Com a globalização, processo que dilui as fronteiras nacionais, há uma ameaça à noção de identidade nacional, que pode, em si mesma, dar origem a um sentimento de confusão cultural e à busca da afirmação da identidade individual através de comportamentos patológicos.

Dentro dessa perspectiva, Becker (2003) considerou que os dados epidemiológicos sugerem os fatores socioculturais como risco para transtornos alimentares. Porém, apesar da alta prevalência em sociedades ocidentais e pós-industriais, os transtornos alimentares têm uma distribuição global, favorecida pela modernização em diversos contextos étnicos e sociais.

Assim, é possível perceber que as discussões socioculturais sobre o corpo tornam-se importantes, principalmente no que se refere aos transtornos alimentares, na tentativa de entender suas influências no desenvolvimento desses distúrbios. Porém, ao se estudarem os transtornos alimentares, nota-se que vários fatores se mostram interligados.

### **2.3 Os transtornos alimentares**

“Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujos critérios têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia” (Claudino & Borges, 2002, p. 7). Nesse sentido, Oliveira e Santos (2006) esclareceram que a origem e o desenvolvimento dos transtornos alimentares é multifatorial, com hipótese da influência combinada da dinâmica familiar, do meio cultural e de aspectos da personalidade do indivíduo como fatores concorrentes para a predisposição, instalação e manutenção desses distúrbios. Mcgilley (2006) confirmou essa ideia, pois, segundo o autor, o modelo Biopsicossocial interage com os fatores genéticos, temperamentais, fenômenos biológicos e influências socioculturais como a etiologia do desenvolvimento desses distúrbios.

Para melhor entendimento desses quadros, Cordás et al. (2004) assim o definiram: “os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que afetam, em sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos e aumento de morbidade e mortalidade” (p. 39). Essas ideias são corroboradas por Fairburn e Harrison (2003), ao esclarecerem que os transtornos alimentares são uma importante causa de morbidade física e psicossocial em meninas adolescentes e mulheres

jovens. Eles são divididos em três categorias diagnósticas: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos alimentares atípicos.

No DSM-IV (1995), referencial usado nesta pesquisa, os transtornos alimentares encontram definição e classificação bem precisas. Eles são caracterizados por perturbações severas no comportamento alimentar, incluindo dois diagnósticos específicos: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Uma categoria de Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE) também é oferecida para fazer a codificação de transtornos que não satisfazem os critérios para um transtorno alimentar específico<sup>5</sup>.

Fairburn e Cooper (2007a) e Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll, Palmer, (2007b) esclareceram que os TASOEs são bem encontrados na prática clínica e muitas vezes se encontram subestimados entre os esquemas classificatórios (DSM e CID). As pesquisas indicam que esses diagnósticos são comuns, graves e persistentes e, assim, propõe-se que, no DSM-V, esses quadros apareçam reclassificados como formas específicas de transtornos alimentares. Sobre os transtornos alimentares, Claudino e Borges (2002) esclareceram:

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition*, APA, 1994) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição, OMS, 1993), ressaltam duas entidades nosológicas principais: a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Embora classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas (p. 7).

Dentre os TASOEs, o diagnóstico mais pesquisado nesse grupo é o TCAP, que é considerado um transtorno alimentar pelo DSM-IV (1995), mas que é incluído no Apêndice B, no conjunto de critérios e eixos oferecidos para estudos adicionais. O TCAP se caracteriza por episódios recorrentes de compulsão alimentar com ausência de uso regular de comportamentos compensatórios inadequados. Em pesquisas recentes, Grilo, Hrabosky, White, Allison, Stunkard e Masheb (2008) e Claudino e Borges (2002) observaram que pacientes com TCAP apresentam uma supervalorização do corpo e peso corporal similar à anorexia e à bulimia.

---

<sup>5</sup> Ver em DSM-IV (1995, p. 521-522).



Dessa maneira, observa-se que os três transtornos alimentares considerados nesta pesquisa, ou seja, anorexia, bulimia e TCAP, apresentam preocupação excessiva com o peso e a forma corporal. A supervalorização do corpo torna-se, portanto, um importante elo entre esses distúrbios, mesmo que a manifestação de seus sintomas esteja fortemente na esfera alimentar.

No que se refere ao corpo, é comum que os conceitos de imagem corporal<sup>6</sup> e de distorção da imagem corporal<sup>7</sup> estejam associados aos quadros de transtornos alimentares. Apesar de os estudos relacionarem esses distúrbios com essas definições, a presente pesquisa não pretende se ater a esses constructos, uma vez que esta pesquisa busca investigar as representações sociais que as mulheres com transtornos alimentares têm sobre seu corpo.

Sabe-se que diversos fatores estão relacionados ao desenvolvimento de um transtorno alimentar, mas o culto ao corpo propagado atualmente através dos meios de comunicação e das tecnologias biomédicas são influências consideráveis no processo de construção das representações sociais. Entretanto, ao investigar as representações sociais do corpo, interessa-se também pelos aspectos individuais, que podem ser melhor aprofundados inicialmente no quadro de anorexia e, em seguida, de bulimia e de TCAP.

### 2.3.1 A anorexia nervosa

A anorexia nervosa é classificada pelo DSM-IV e pela CID-10 como um transtorno alimentar. A mulher, vítima de um medo intenso de engordar, recusa-se a manter-se com um peso normal. Ao se proibir de comer, ao jejuar ou ao restringir drasticamente a alimentação, a anoréxica fica muito magra. Considera-se, assim, ser este um transtorno extremamente severo e de difícil condução terapêutica, por ser um quadro psiquiátrico que pode levar as pacientes à morte e também pela grande resistência ao tratamento.

“A palavra anorexia origina-se do grego (*ann*= sem; *orexis*= desejo ou apetite), ou seja, designa inapetência” (Busse & Silva, 2004, p. 32). Essa significação, contudo, é, por vezes, questionada, dado que, nas fases iniciais, não há perda de apetite (Lask & Frampton, 2009). Somente quando estão extremamente magras, as anoréxicas podem deixar de ter apetite. Assim, o termo “anorexia” não é o mais adequado psicopatologicamente, porquanto a

---

<sup>6</sup> A imagem corporal é a representação mental da identidade corporal, formulada durante toda a existência do indivíduo. Ela recebe influências sociológicas, fisiológicas e libidinais (Schilder, 1999).

<sup>7</sup> A distorção da imagem corporal trata-se de um distúrbio da dimensão perceptiva; envolve o julgamento do tamanho do próprio corpo (Thompson, 1996).

perda do apetite não é um sintoma inicial, apesar de elas fazerem de tudo para anulá-lo e, conseqüentemente, emagrecer.

Nas pesquisas de Hay (2002), “a anorexia nervosa provavelmente ocorre em menos de 0,5% das pessoas, não é comum na população geral” (p. 14). Em sua pesquisa, que visou fornecer uma avaliação do progresso da epidemiologia na área de transtornos alimentares, ela não observou um crescimento na incidência atual nos transtornos, exceto por um pequeno aumento de anorexia nervosa em mulheres jovens. Hoek e Van Hoeken (2003) afirmaram haver uma estimativa média de 0,3% de prevalência de anorexia nervosa em mulheres jovens. Nos estudos de Pinzon e Nogueira (2004), observa-se que “a prevalência de anorexia nervosa varia entre 0,5 e 3,7%” (p. 158).

A anorexia nervosa é uma condição rara, segundo Nunes (2006), uma vez que possui uma “estimativa de prevalência de 0,5% em mulheres jovens” (p. 53). Ela se inicia por volta dos 12 aos 15 anos, e as taxas de incidência são maiores em mulheres na faixa de 15 a 19 anos. Em estudos sistemáticos sobre a incidência da doença, “mostrou uma estimativa de incidência média anual na população de 18,46 por 100.000 em mulheres e de 2,25 por 100.000 em homens” (p. 53). A anorexia nervosa pode ocorrer em homens, mas ainda são poucos os estudos sobre o assunto; a proporção entre os gêneros feminino e masculino estão em uma razão de 10:1. Mulheres de determinadas profissões como atletas, modelos e bailarinas também parecem ter risco aumentado de anorexia nervosa, possivelmente porque, nessas atividades, existe uma pressão ainda maior para obtenção e manutenção do corpo magro. Cordás et al. (2004), em sua prática clínica com anorexia, consideraram que “cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino, com maior incidência nos indivíduos da raça branca e pertencentes às classes socioeconômicas média e alta” (p. 42). Entretanto, a experiência dos autores no AMBULIM<sup>8</sup> demonstrou que as pacientes podem pertencer a qualquer classe social e também podem ser encontradas tanto na cidade quanto na área rural (Fernandes, 2006).

Para melhor entender esse quadro, torna-se necessário aprofundar os estudos em seus aspectos históricos, com o intuito de perceber a evolução que esse diagnóstico teve até se tornar uma nosologia, podendo, assim, apresentar suas definições na atualidade e discutir suas características clínicas.

Os primeiros relatos de anorexia, entre os séculos V e XIII, conforme as colocações de Galvão et al. (2006a), estão associados ao jejum voluntário ou à inanição autoimposta que

---

<sup>8</sup> Ambulatório de Bulimia Nervosa e Transtornos Alimentares, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

costumavam ser interpretados como uma possessão demoníaca ou um milagre divino. Como exemplo, um caso descrito por Habermas (1986): uma serva chamada Friderada, que viveu no ano de 895, apresentou sintomas de histeria<sup>9</sup>, e posteriormente passou a apresentar um grande apetite e, para diminuí-lo, foi viver em um convento, tendo desencadeado sintomas de anorexia. Com o tempo, foi restringindo sua dieta e passou a jejuar, fato que a levou à morte por desnutrição.

No século XIII, as mulheres se autoimpunham um rigoroso jejum como uma forma de se aproximar de Deus, as chamadas santas anoréxicas. A anorexia sagrada era o comportamento anoréxico realizado por santas italianas aparentemente em resposta à estrutura social patriarcal à qual estavam submetidas. Além de se imporem ao jejum, suprimiam suas necessidades físicas e sensações básicas (como cansaço, impulso sexual, fome e dor) para liberarem o corpo e alcançarem metas espirituais superiores. Porém, as crenças religiosas pareciam se misturar a outras intenções das jovens, como a perda dos atributos femininos (Cordás et al., 2004; Cordás & Claudino, 2002).

Nos estudos dos autores, um caso bastante conhecido é o de Catarina Benincasa, conhecida, posteriormente, como Santa Catarina de Siena, que, ainda bem jovem, após a morte de sua irmã e diante de projetos futuros de casamento, iniciou restrição alimentar, preces e práticas de autoflagelamento, chegando a induzir vômito quando forçada a alimentar-se. Catarina havia feito um voto de castidade quando ainda era criança e considerava-se uma ascética<sup>10</sup>, pois negava os prazeres mundanos, tais como alimentação e casamento, para louvar a Deus. A inanição haveria gerado um estado psicológico de constante vigília e experiências místicas, o que provocou sua morte por desnutrição aos 32 anos.

Foi com o inglês Morton (como citado em Bruch, 1962), aproximadamente em 1689, que surgiu o primeiro relato médico de quadros correspondentes à anorexia nervosa, quando publicou um livro, intitulado *Tisiologia sobre a doença da consunção*, no qual descreveu a consunção<sup>11</sup> ou atrofia nervosa como uma patologia que se baseava em três sintomas básicos: perda do apetite, amenorreia e emagrecimento importante. De acordo com Bidaud (1998), Morton surpreendeu-se ao se deparar com uma jovem que não se alimentava, tinha as feições

---

<sup>9</sup> Histeria é uma classe de neuroses que apresentam quadros clínicos muito variados. As duas formas sintomáticas mais bem identificadas são a histeria de conversão, em que o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos, paroxísticos (exemplo: crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (exemplo: anestésias, paralisias histéricas, sensação de “bola” faríngea, etc.), e a histeria de angústia, em que a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior (fobias) (Laplanche, 1998).

<sup>10</sup> Ascetismo é a moral que desvaloriza os aspectos corpóreos e sensíveis do homem (Ferreira, 1975).

<sup>11</sup> Consunção é o definhamento progressivo e lento do organismo produzido por doença (Ferreira, 1975).

cadavéricas, os pêlos tinham sido substituídos por lanugo<sup>12</sup>, apresentava um quadro de bradicardia, hipostenia e hipotensão, embora não demonstrasse nenhuma doença orgânica que pudesse justificar esses sintomas. O médico demonstrou estar intrigado pela indiferença que as pacientes denotam em relação a seu estado de desnutrição e pela preservação de suas faculdades mentais básicas, o que o faz relacionar o quadro à influência mútua entre processos mentais e físicos, ressaltando o papel patogênico das emoções.

Na segunda metade do século XIX, a anorexia nervosa emerge como uma entidade clínica independente, com sintomatologia e patogenia distintas, através dos relatos quase que simultâneos, por volta de 1873, do médico inglês Gull e do psiquiatra francês Lasègue (Bidaud, 1998; Galvão et al., 2006a).

Em texto de Bruch (1962), a autora expôs que Gull, em 1868-73, propôs o termo “anorexia histérica” e, posteriormente, “anorexia nervosa” para essa patologia. Segundo Bidaud (1998), “A anorexia se define como uma privação – em caráter privado – do apetite: do grego *orexis*, que significa o desejo em geral” (p. 16). Nesse mesmo momento, Lasègue (como citado em Bidaud, 1998) estabelece a doença no território da histeria, através do artigo intitulado “De l'anorexie hystérique”, realizado a partir da observação de oito mulheres entre 18 e 32 anos. Para o autor, ao descrever a experiência clínica, Lasègue ressaltou a origem psíquica como causa primária da doença, enfatizando os aspectos emocionais, as características relativas à insegurança pessoal, à negação da doença e à contribuição familiar para a perpetuação dos sintomas. Vale lembrar que Lasègue é o primeiro a perceber a dimensão de prazer e gozo como força fundamental da organização psíquica da anoréxica.

Gull (1874) descreveu o caso de duas pacientes que apresentavam uma forma particular de doença caracterizada por perda intensa de peso, ausência de menstruação e hipotermia, sem evidência de uma patologia subjacente, caracterizando a primeira descrição desta síndrome, hoje conhecida como anorexia nervosa. Segundo Herscovici e Bay (1997), Gull já destacava a típica aparição da doença na adolescência, a predominância em mulheres e a importância de um tratamento especializado.

Bidaud (1998) relata que, em 1893, Freud contribuiu para a questão da anorexia, ao analisar a história de uma mulher que se tornou anoréxica com o nascimento do primeiro filho, denominando a doença de “histeria ocasional”. Em outra paciente, o psicanalista fala em anorexia histérica, aproximando a recusa alimentar de sua paciente a um sintoma de conversão e associando a comida a lembranças não satisfatórias da infância. Em uma carta destinada a Fliess, em 1899, Freud comentou sobre o fato de a anorexia mental derivar do

<sup>12</sup> Lanugo são pêlos finos (Ferreira, 1975).

autoerotismo da histeria e interpreta-a como um sintoma de conversão, incidindo o recalque sobre o erotismo oral. A repulsa alimentar nada mais é do que uma inversão na erotização da zona buco-labial. Essa declaração é corroborada por Galvão et al. (2006a), ao afirmarem que Freud considerou a anorexia nervosa como uma forma de melancolia da pré-adolescência, causada por conflitos sexuais reprimidos. Assim, a jovem anoréxica sentia aversão aos alimentos porque a comida representava, simbolicamente, impulsos sexuais, transformando os conflitos emocionais em sintomas físicos.

Janet, em 1903, segundo os estudos de Cordás et al. (2004) e Galvão et al. (2006a), relatou o caso de uma jovem de 22 anos, que apresentava manifestações de repulsa a seu corpo com constante desejo de emagrecer, quadro que denominou “anorexia mental”; ele relacionou a busca intensa da magreza à necessidade de protelar a maturidade sexual. Janet distinguiu duas formas de anorexia: a obsessiva, na qual a sensação de fome estava mantida e a recusa em se alimentar era em função do medo de engordar, crescer e se tornar uma mulher adulta; e a histérica, menos comum, na qual havia perda real do apetite, com queixas de sintomas somáticos, além da presença de vômitos e regurgitação.

Em 1914, ocorre uma mudança marcante na compreensão da anorexia nervosa, conforme as pesquisas de Cordás e Claudino (2002). O transtorno passa a ser visto como uma doença puramente orgânica e surge a hipótese biológica de Simonds, atribuindo a anorexia nervosa a lesões da hipófise, o que não se comprovou no decorrer dos anos.

Contudo, por volta de 1940, ressurgem as teorias que relacionam as causas psicológicas da anorexia, influenciadas, principalmente, pelas formulações psicanalíticas. Galvão et al. (2006a) esclareceram que, nessa época, desenvolveram-se duas tendências: uma relacionava-se com o sintoma central, o componente oral do distúrbio e seu significado simbólico; a outra voltava-se para a personalidade dos pacientes e seus estilos de vida.

A partir de 1960, o número crescente de pacientes com anorexia nervosa e as tentativas de distinguir diferentes tipos de pacientes com o quadro parecem ter contribuído para o reconhecimento da doença como síndrome psiquiátrica específica, com aspectos característicos que a distinguem de outros transtornos.

Nas considerações de Herscovici e Bay (1997), as pesquisas de Bruch, a partir de 1960, contribuíram de maneira grandiosa para os estudos da anorexia, sobretudo do ponto de vista da psicopatologia individual. Robell (1997) considerou que Bruch foi a primeira autora a reconhecer a especificidade do tratamento da anorexia nervosa. De fato, Bruch (1962), no texto “Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa”, traz a psicopatologia central da anorexia, que era compreendida por uma constelação específica de deficiências do

ego e da personalidade, consistindo em três áreas de perturbação do funcionamento: os transtornos da imagem corporal; os transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais (como reconhecimento da fome); e uma sensação paralisante de ineficiência, que invade todo o pensamento e atividades da paciente. Thompson (1996) complementou o estudo, afirmando que Bruch estudou o papel da imagem corporal nos transtornos alimentares, mais especificadamente a distorção dessa imagem.

Já em 1970, Russell (como citado em Galvão et al., 2006a) sugeriu três critérios diagnósticos para a anorexia os quais são válidos até hoje, embora com algumas modificações: “comportamento dirigido a produzir perda de peso; medo mórbido de engordar, como característica psicopatológica central; e distúrbio endocrinológico, amenorreia em mulheres e perda de potência sexual em homens” (p. 35).

Em sua evolução, a pesquisa se libertou da concepção primeira de inscrever a anorexia na histeria, colocando-a, hoje, como uma problemática autônoma. Assim, a anorexia tornou-se uma entidade depois de ter sido um sintoma. A compreensão teórica acerca desse fenômeno e seu tratamento ainda são um desafio. Isso estimula o investimento dos profissionais em abordagens múltiplas na tentativa de dar conta das diversas perspectivas referentes à heterogeneidade do funcionamento psíquico das jovens anoréxicas. Segundo os estudos de Cordás et al. (2004), a etiologia da anorexia é multifatorial, ou seja, é determinada por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença.

Segundo Fernandes (2006), apesar da heterogeneidade, os autores concordam em grande parte com os quadros clínicos. Trata-se, em geral, de uma jovem que, sem problemas psíquicos e orgânicos evidentes, apresenta um emagrecimento superior a 10% do seu peso e está sem menstruar há pelo menos três meses consecutivos. Essas características fazem parte de um primeiro indício acerca desse transtorno. Para entender mais detalhadamente o quadro clínico, segundo o DSM-IV (1995), os critérios diagnósticos para anorexia nervosa são:

(...) recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (...); medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal; perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos nas mulheres (...) (p. 516).

Ainda de acordo com o DSM-IV (1995), a anorexia é classificada em dois tipos:

Tipo restritivo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo compulsão periódica/purgativo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) (p. 516).

Essa diferença nos subtipos de anorexia diz respeito à presença ou não de métodos compensatórios, os quais são aqui definidos como a autoindução de vômito, o uso de medicamentos, como os laxantes e diuréticos, ou até mesmo o enema, que seria uma lavagem intestinal.

Já para a CID-10 (OMS, 1993), os critérios para a classificação da anorexia se baseiam em: perda de peso (o peso corporal é mantido 15% abaixo do esperado); a perda de peso é autoinduzida pela evitação de alimentos que engordam; há uma distorção da imagem corporal, na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar; um transtorno endócrino generalizado, envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado nas mulheres através da amenorreia e nos homens, como uma perda de interesse e potência sexuais.

É possível entender que a restrição alimentar, a busca pela magreza, a distorção da imagem que a mulher tem do próprio corpo e, conseqüentemente, a amenorreia são características peculiares ao quadro de anorexia. Podem apresentar variações quanto à classificação nos manuais diagnósticos recentes, mas não há como negar um aspecto principal envolvido na anorexia: a preocupação excessiva com o corpo e o conseqüente desejo de estar magra.

Nesse sentido, Galvão et al. (2006a) consideraram que o aspecto psicopatológico característico da anorexia envolve não só a busca implacável pela magreza e distorção da imagem corporal, descritas por Bruch (1962), como também a fobia de peso de Crisp (1970). Segundo Galvão et al. (2006a):

(...) são preocupações excessivas com a comida, peso e forma corporais (distorção da autoimagem) que ocupam o pensamento de pacientes anoréxicos na maior parte do tempo, preocupações nas quais costumam basear sua autocrítica e que os levam a perseguir um corpo magro ideal (p. 38).

As preocupações com o peso e com a forma física levam a jovem anoréxica a ter comportamentos alimentares cada vez mais restritos, a fim de atingir o ideal corporal que está

buscando. Muitas vezes, o início dos sintomas costuma aparecer cedo, no final da infância e início da adolescência, pois, já nessa época, as meninas apresentam insatisfações com o próprio corpo, por isso iniciam uma dieta alimentar.

Com a chegada da puberdade, a jovem precisa “readaptar-se à sua imagem corporal, juntamente com sua imagem global e seu papel na sociedade” (Cordás, Cobelo, Fleitlich, Guimarães & Schomer, 1998, p. 18). Porém, as adolescentes anoréxicas não conseguiram readaptar-se, e suas imagens corporais estão alteradas, “fazendo-as sentir-se com as formas maiores do que são na realidade” (p. 18). Mesmo extremamente magras, ainda se sentem gordas, o que confirma a distorção da imagem corporal.

Essa característica é um ponto central na anorexia, convergente entre vários estudiosos do assunto. A distorção da imagem corporal já era apontada por Bruch em 1962 e é confirmada por Werebe (1997), segundo o qual, o aspecto psicopatológico fundamental do quadro clínico da anorexia é a distorção na avaliação da própria imagem do corpo. Essa característica pode ser explicada por meio do sentimento de se sentir gorda, mesmo estando abaixo do peso esperado para sua altura e idade. Frequentes consultas ao espelho ocorrem, e a anoréxica examina-se o tempo todo com a percepção errônea de estar gorda e ter algumas partes do corpo com as formas aumentadas, mesmo com importante perda de peso. Sobre o assunto, Busse e Silva (2004) assim se expressam:

O que norteia essas pacientes é o medo intenso e inexplicável de engordar, mesmo em se tratando de mulheres extremamente emagrecidas ou caquéticas. Questionadas sobre seu regime, procuram dissimular, não assumindo realmente o que estão fazendo. Quando lhe são ofertados alimentos, elas não os recusam, porém escondem-nos, como se tivessem comido, na fronha dos travesseiros, embaixo da cama, etc. Não têm crítica com relação a seu esquema corpóreo, embora, mesmo estando extremamente magras ou ainda caquéticas, sintam-se gordas (p. 36-37).

Ressalta-se, que, para atingir o ideal desejado, a jovem anoréxica inicia alguns comportamentos, dentre os quais destacam-se realização de exercícios físicos em excesso, evitação de alimentos muito calóricos, jejum, uso de laxantes e moderadores de apetite ou diuréticos, além do vômito autoinduzido, que surge como forma de compensar a ingestão de grandes ou até mesmo de pequenas quantidades de alimentos.

Um aspecto que se torna importante na anorexia, além da preocupação com o corpo, diz respeito à alimentação, pois, em grande parte, é por intermédio da restrição alimentar que tentam atingir a magreza. Para conseguir a acentuada perda de peso, a anoréxica estabelece



uma relação com a comida extremamente rígida, de evitação dos alimentos, sem, no entanto, justificar uma inapetência.

Dessa maneira, Alvarenga e Dunker (2004) afirmaram que o padrão e o comportamento alimentar da anorexia nervosa estão seriamente comprometidos. As autoras apontaram o jejum progressivo para uma restrição dietética autoimposta, excluindo, inicialmente, os alimentos calóricos e depois estendendo a outros tipos de alimentos. Na prática clínica das autoras, observa-se um consumo diário menor que 700 kcal. Em razão do baixo consumo de calorias, as vitaminas e os minerais ficam comprometidos.

Segundo as pesquisas de Cordás et al. (2004), as anoréxicas recusam-se a ingerir alimentos, sobretudo os ricos em carboidratos e gorduras. A irregularidade das refeições é algo incontestável. De acordo com Alvarenga e Dunker (2004), na prática, as anoréxicas comem em horários diferentes, costumam realizar menos de três refeições diárias e ainda costumam jejuar. Segundo Busse e Silva (2004), as anoréxicas ingerem pequenas quantidades de comida e não o fazem em lugares públicos: costumam demorar horas para completar uma refeição, por exemplo, o almoço e os alimentos levados até a boca ficam vários minutos sem ser mastigados. Essas mulheres podem chegar a alguns extremos como acreditar que sentir o odor da comida leva ao aumento de peso ou que as calorias podem ser transmitidas para outra pessoa pelo ar.

A evitação fóbica de alguns alimentos, além de atitudes distorcidas e práticas extravagantes em relação à comida, são alguns comportamentos descritos por Alvarenga e Dunker (2004). As práticas distorcidas vão aumentando de acordo com a evolução da doença. As pacientes criam conceitos de alimentos “bons” e “ruins”, ou seja, as frutas, as saladas são permitidas, e os doces e as frituras são proibidos. Já as atitudes estranhas em relação à alimentação, segundo Barreto et al. (2006), caracterizam-se, por exemplo, pelo hábito de esconder alimentos no armário, dividir os alimentos em pequenas porções, preparar pratos para as pessoas, sem prová-los, mastigar lentamente pequena quantidade de alimentos, evitar comer na presença das pessoas, ter grande interesse e conhecimento pelos alimentos, sabendo tudo a respeito das calorias, ser incapaz de se alimentar fora de casa, ou seja, em locais onde não há controle sobre o preparo dos alimentos.

Para Cunha (2008), “a anorexia nervosa não começa quando se quer perder peso, mas quando, sem se dar conta, a pessoa não consegue fazer nada além de emagrecer, resultado do pânico e da angústia de engordar e tornar-se obesa” (p. 11). Nesse sentido, todos os esforços se intensificam para a perda de peso. Os exercícios físicos também se tornam uma obsessão, sendo realizados regularmente e com uma sequência rígida: “Há uma estreita

ligação entre se alimentar e exercitar-se: o paciente se torna merecedor da comida se fizer bastante exercício, ou, ao contrário, terá que realizar seções extras se comer mais do que acha que deve” (p. 11). Assim, a rotina de atividades físicas torna-se uma prática diária para as anoréxicas, funcionando como uma mediadora entre a jovem e a comida.

De acordo com estudos de Fernandes (2006), na jovem anoréxica, há ausência de preocupação com a perda de peso significativa. Ao contrário, a jovem estabelece um programa de restrição alimentar, aplicando, com sucesso, um regime de emagrecimento cada vez mais restrito. A perda de peso, na verdade, é uma conquista importante, pois mostra a eficácia de seus métodos e de sua autodisciplina, enquanto que o ganho de peso é vivenciado como fracasso de seu autocontrole. A ausência de menstruação sugere uma síndrome endócrina complexa através da paralisação da hipófise. A amenorreia costuma ser uma consequência da perda de peso. A autora descreve algumas fases na evolução do quadro de anorexia:

A primeira fase parece instalar-se em reação a um evento, como um luto, uma separação, uma sedução, um traumatismo, etc. Entretanto, observa-se também que uma decepção, vivida geralmente em relação ao pai ou a mãe, pode ser um ponto de partida para o início do quadro. Em geral a restrição alimentar inicia-se em silêncio, via de regra alicerçada numa suposta falta de apetite, num desejo de emagrecer ou, mais raramente, noutros sintomas somáticos como as náuseas e as gastralgias. A modificação do humor deixa entrever, já nessa ocasião, o componente depressivo. A segunda fase é descrita como a do otimismo. O componente depressivo do início dá lugar a certo equilíbrio conquistado às custas da restrição alimentar e do emagrecimento. As interferências, advertências e opiniões do meio familiar quanto à evidência do emagrecimento só fazem aumentar a determinação da jovem anoréxica na continuidade do seu projeto. O sentimento de controle de si, de suas necessidades corporais e, conseqüentemente, dos outros, parece ser nesse momento uma fonte de satisfação. Em geral, se a família ainda não procurou ajuda profissional na primeira fase, é durante essa segunda fase que se evidencia a urgência de uma intervenção profissional. É marcante a angústia da família diante da inquietante indiferença ou mesmo do inquietante ‘bem-estar’ apresentado por grande parte dessas jovens com o próprio emagrecimento (Fernandes, 2006, p. 65-66).

Os fatores emocionais ganham um contorno próprio ao se considerar que o que leva ao quadro de anorexia, muitas vezes, decorre das vivências dessas jovens anoréxicas. Ao se pensar nos fatores psicológicos, Busse e Silva (2004) consideraram que eles possuem pesos preponderantes na anorexia nervosa. A conversão de conflito emocional em sintoma físico seria uma hipótese para explicar esse transtorno. Os conflitos psíquicos são importantes

componentes desse quadro e podem levá-las a ter sentimentos inadequados em relação a si mesmas. Como mostraram Oliveira e Santos (2006):

A baixa autoestima, bem como a distorção da imagem corporal, estariam relacionadas com a origem da anorexia nervosa. Pacientes com anorexia do subtipo purgativo tenderiam a ser mais impulsivos do que os restritivos, que seriam mais perfeccionistas e obsessivos. Como características psicológicas salientes, esses pacientes tendem a apresentar: baixa autoestima, sentimento de desesperança, desenvolvimento insatisfatório da identidade, tendência a buscar aprovação externa, hipersensibilidade à crítica e conflitos referentes às questões de autonomia *versus* independência (p. 354).

Os autores consideraram que os principais aspectos emocionais das pacientes com anorexia nervosa seriam: baixa autoestima, ansiedade alta, perfeccionismo, pensamento como “tudo ou nada”, incapacidade de encontrar formas de satisfação, alta exigência e incapacidade de ser feliz. Entretanto, essas características, muitas vezes, aparecem camufladas, pois, em geral, segundo Fernandes (2006) e Turkiewicz (2008), a adaptação social das jovens anoréxicas apresenta-se como aparentemente normal. Seus pais as descrevem como boas filhas, meninas exemplares, perfeccionistas e exigentes consigo mesmas. Observa-se, entretanto, um aparente desinteresse por toda forma de sexualidade genital, hiperatividade intelectual e motora.

Nesse sentido, observa-se que a anorexia pode estar associada a algumas comorbidades psiquiátricas. É caracterizada pelo perfeccionismo, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)<sup>13</sup>, neuroticismo, emocionalidade negativa. Fontenelle et al. (2002) e Castilho e Castilho (2004) concordaram haver uma relação próxima entre transtornos alimentares e TOC, uma vez que os pacientes costumam ser atormentados por ruminções incessantes sobre comida e forma corporal, vários comportamentos ritualizados, como a restrição da ingestão alimentar, a contagem de calorias e os exercícios físicos em excesso. A anorexia também pode estar associada a outras perturbações mentais como esquizofrenia (Kuczyński, 2004). Os quadros psiquiátricos costumam estar relacionados, em função de comportamentos que as jovens anoréxicas apresentam. Morgan, Vecchiatti & Negrão (2002) contribuem nesse sentido, relatando os traços como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão, comuns em pacientes com anorexia nervosa e que podem permanecer estáveis, mesmo após a recuperação do peso.

---

<sup>13</sup> “Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva é um padrão de preocupação com organização, perfeccionismo e controle” (DSM-IV, 1995, p. 593).

Na concepção de Pinzon e Nogueira (2004), as patologias afetivas ocorrem em 52% a 98% das pacientes com anorexia, sendo o episódio depressivo maior e a distímia os mais comuns (50% a 75%). Para Fontenelle et al. (2002), “a incidência ao longo da vida dos sintomas de transtornos de humor na anorexia nervosa é quase universal, podendo chegar a 98%” (p. 25). Os autores complementam que a depressão maior é a mais comum, com 50 a 68% dos casos. Os transtornos ansiosos são igualmente prevalentes nessa população, com índices que variam em torno de 65% em anoréxicas (Pinzon & Nogueira, 2004). Segundo Pinzon (2008), “os transtornos afetivos mais comuns são depressão unipolar e distímia. TOC, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada são os ansiosos mais prevalentes nessa ordem de importância” (p. 85). Esses autores demonstraram ser unanimidade que as síndromes de humor estão quase sempre relacionadas ao quadro de anorexia.

Segundo Fernandes (2006), o quadro de anorexia evolui e vai se organizando de forma cada vez mais variada, de acordo com as especificidades de cada mulher. Em alguns casos, há o retorno da angústia e da depressão; em outros, o aparecimento de condutas bulímicas. Ela acredita ser importante considerar os riscos não só do emagrecimento, como também os de vida, presentes nos casos mais graves. Em um prognóstico a curto prazo, devem-se considerar os riscos somáticos da desnutrição. Já em longo termo, percebe-se um prognóstico mais favorável aos quadros de anorexia com início precoce, logo após a puberdade. Os quadros de incidência mais tardia, por volta dos 18 e 20 anos, bem como sua evolução, podem estar associados à bulimia e aos vômitos, aos comportamentos aditivos e à permanência de uma preocupação excessiva com o corpo.

De acordo com Cordás et al. (2004), a medicina tradicional preocupa-se muito mais com o emagrecimento e a amenorreia do que com a gravidade total do quadro anoréxico. Contudo, sem um acompanhamento rigoroso a longo prazo, pode haver recaídas frequentes, chegando, até mesmo, a requisitar internações hospitalares (Pomeroy, 1996; Guimarães, Salzano & Abreu, 2002; Nunes & Ávila, 2006). A desnutrição decorrente da anorexia, segundo Assumpção e Cabral (2002), leva a uma fraqueza e a outras complicações clínicas. A amenorreia é uma das consequências e está associada à osteopenia, podendo levar à osteoporose, favorecendo o aparecimento de fraturas. A arritmia cardíaca é uma das causas principais de morte súbita entre os pacientes anoréxicos. Segundo Busse e Silva (2004), a pele fica seca e amarelada, os cabelos finos e quebradiços, conferindo à paciente aspecto envelhecido.

As taxas de recuperação desse transtorno variam. Cordás et al. (2004) afirmaram que “em torno de 30 a 40% dos pacientes têm recuperação completa” (p. 47). Outros 30 a 40%

têm uma recuperação mediana, variando em períodos de melhora e de retorno à doença, podendo evoluir para bulimia nervosa. O restante tem uma evolução grave, com sérias complicações físicas e psicológicas: “O índice de mortalidade aproxima-se de 20%, decorrente de complicações da própria doença e de suicídio” (p. 48). De acordo com Freitas (2006), dentre os transtornos psiquiátricos, a anorexia detém a maior taxa de mortalidade.

Evidencia-se que o quadro clínico da anorexia é bem complexo, observado pela sua evolução histórica, suas características clínicas, o comportamento alimentar e os aspectos de personalidade. Neste momento, considera-se importante aprofundar o estudo também nas especificidades da bulimia nervosa.

### 2.3.2 A bulimia nervosa

A bulimia nervosa, também considerada como um transtorno alimentar pelo DSM-IV e pela CID-10, caracteriza-se por excessos alimentares, compulsões que aliviam estresse, depressão, raiva, entre outros sentimentos. Porém, depois da orgia alimentar, é comum que as bulímicas sintam culpa e mal-estar, o que as leva a compensar esse excesso de comidas através de jejum, vômitos provocados, exercício físico intenso ou abuso de diversos medicamentos.

“O termo bulimia deriva de ‘bou’ (grande quantidade de) ou ‘boul’ (boi) e ‘limos’ (fome), designando fome raivosa ou fome tão grande a ponto de levar alguém a comer um boi” (Galvão et al., 2006a, p. 35). Essa definição é um importante ponto de partida para entender a bulimia: a jovem ingere uma grande quantidade de alimentos, muitas vezes, em função de problemas emocionais; visa matar não só a fome, mas também os estados emocionais ou situações estressantes.

Hoek e Van Hoeken (2003) afirmaram que a prevalência de bulimia encontra-se por volta de 1% em mulheres jovens. De acordo com Nunes (2006), a prevalência da bulimia situa em torno de 1% na população geral, sendo que o grupo de mulheres de maior risco situa-se na faixa etária dos 20 aos 24 anos. Hay (2002) reafirmou que a “bulimia nervosa ocorre em cerca de 1% das mulheres jovens e ocidentais” (p. 14). Esse número superestima esse transtorno em relação à anorexia. Para Cordás et al. (2004), “os estudos epidemiológicos de bulimia mostram uma prevalência entre 1% a 4%” (p. 51), podendo-se perceber que o aparecimento da doença é mais tardio que na anorexia nervosa, ocorrendo no final da adolescência e começo da vida adulta.

Cordás et al. (2004) afirmaram que, na bulimia, “há maior acometimento do sexo feminino, sendo 90% de mulheres e 10% de homens” (p. 42). Esses dados são confirmados por Nunes (2006): “a incidência da bulimia nervosa revela taxas de 26,5 para mulheres e 0,8 para homens por 100.000 indivíduos, mostrando uma proporção de 33:1, respectivamente” (p. 54). Em outro estudo, Bacaltchuk e Hay (1999) consideraram que a bulimia é encontrada em todas as classes sociais e afeta sobretudo mulheres jovens. Sua prevalência é de 1% a 2% na população feminina com idade variando entre 18 e 48 anos, ou seja, atingindo uma parcela grande desta faixa etária. Para Busse e Silva (2004), a prevalência da bulimia nas populações femininas universitárias é de 5 a 15%, enquanto que, na população adolescente, situa-se em torno de 2 a 3%. Isso comprova que a ocorrência da bulimia é mais tardia do que a da anorexia. No trabalho de Pinzon e Nogueira (2004), a prevalência de bulimia nervosa varia de 1,1% a 4,2%. Eles observaram também que, entre as mulheres atletas, modelos e bailarinas, há risco aumentado da doença. Segundo Fernandes (2006), a incidência da bulimia é seis vezes maior na área urbana. Observa-se não só haver distinção do aparecimento da doença nas diferentes classes sociais, como também ter ocorrido um aumento nos casos de bulimia em países em desenvolvimento e na região oriental.

Para entender um pouco mais sobre a bulimia nervosa, considera-se importante aprofundar a pesquisa em suas bases históricas, a fim de saber quando foi identificada, bem como foi sua evolução até se tornar uma síndrome específica com *status* de transtorno. Posteriormente, torna-se necessário definir e caracterizar esse quadro.

Durante muito tempo, segundo os estudos de Busse e Silva (2004) e Cordás et al. (2004), a bulimia nervosa foi descrita como um sintoma de fome voraz. As primeiras descrições aconteceram antes de Cristo. O termo *boulimos*<sup>14</sup> foi usado por Hipócrates para caracterizar uma fome doentia, mas que não era fisiológica, e Aristófanes a designou como um apetite voraz, desencadeado por algo pouco comum.

O ato de induzir o vômito, na perspectiva de Cordás e Claudino (2002), pode ser descrito desde a Antiguidade e observado como uma prática valorizada por muitos anos. Na medicina grega, recomendava-se a indução de vômitos por dois dias seguidos todo mês como uma maneira de evitar as doenças. Seguindo as ideias de Cordás et al. (2004), os egípcios vomitavam por acreditar que as doenças vinham da comida. Os romanos criaram o *vomitorium*, que era um lugar destinado ao vômito depois da grande ingestão de alimentos

---

<sup>14</sup> Aprofundar os conhecimentos em Bowman (1998).

que ocorria durante os banquetes. Durante algum tempo, na História, os eméticos (que fazem vomitar) e os purgantes constituíam uma das prescrições para qualquer tipo de doença.

A bulimia nervosa, como parte da anorexia nervosa, foi observada por Gull (1874) por volta de 1870, mas, depois disso, há poucos registros sobre bulimia nos 60 anos seguintes. Nesse sentido, Galvão et al. (2006a) esclareceram que os estudos sobre anorexia nervosa sugerem que a bulimia, enquanto um sintoma, é conhecida há alguns séculos, mas o reconhecimento dela, enquanto uma síndrome, é mais recente, por volta de 1940.

É nessa época que as descrições mais intensas surgiram através de Binswanger (1945) sobre o caso “Ellen West”, no qual foram observadas estratégias para perder peso, além de episódios de compulsão alimentar e de vômitos autoinduzidos. Os estudos de Cordás e Claudino (2002) apontaram que a paciente apresentava medo de engordar, um andar exagerado, apetite voraz, alternando-se com dietas restritivas. Ela apresentava períodos de melancolia, descrevia-se como alguém com "compulsão de ter de pensar em comer" (p. 5). Foi internada em um sanatório, mas cometeu suicídio com ingestão de veneno.

Nesse momento, de acordo com os estudos de Galvão et al. (2006a), começam a surgir alguns relatos de pessoas que apresentavam um padrão alimentar diferente, com ataques de comer acompanhado de vômitos. Em 1970, Bruch (como citado em Busse & Silva, 2004), ao revisar suas consultas, concluiu que menos de 25% das pacientes anoréxicas experimentaram também episódios bulímicos. Stonehill e Crisp (1977) descreveram comportamentos bulímicos, como vômitos autoinduzidos, em algumas de suas pacientes anoréxicas. Essas pesquisas tentavam abrir caminho para o reconhecimento de uma nova síndrome alimentar.

A descrição de bulimia nervosa partiu de Russell (2004), por volta de 1979. Ele observou suas pacientes que tinham o peso normal, com impulsos de comer, mas pavor de engordar e apresentavam vômitos autoinduzidos. Contudo, algumas haviam sido diagnosticadas com anorexia, fato que o levou a pensar na possibilidade de a bulimia ser uma seqüela. Posteriormente, ele observou seu caráter autônomo e descreveu um grupo de pessoas que ele acreditava ter uma variante da doença, nomeando-a “bulimia nervosa”.

No ano seguinte, em 1980, segundo Galvão et al. (2006a), o *Diagnostic and Statistical Manual, III Edition* (DSM-III, 1980) caracterizou a bulimia como uma síndrome independente, introduzindo-a como um novo transtorno alimentar. Nas classificações diagnósticas seguintes, no DSM-IV, os critérios se aproximam dos sugeridos por Russell, com algumas modificações, mas sendo denominada bulimia nervosa.

Os impulsos irresistíveis descritos por Russell (2004) correspondem à sensação de perda de controle que leva o indivíduo ao excesso alimentar. O episódio bulímico refere-se à ingestão descontrolada de uma quantidade exagerada de alimentos, levando, posteriormente, aos métodos compensatórios (Galvão et al., 2006a). Com o intuito de melhor entender as características desse quadro, recorre-se ao DSM-IV (1995), em que os critérios diagnósticos para a bulimia nervosa são:

(...) episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos: ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definidamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares; e um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (...). Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa (p. 521).

Ainda segundo o DSM-IV (1995), a bulimia é classificada em dois tipos:

Tipo purgativo: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo sem purgação: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas (p. 521).

Os episódios de compulsão alimentar que ocorrem na bulimia são sempre seguidos de algum tipo de compensação. Esses métodos compensatórios variarão de acordo com o subtipo de bulimia e costumam ser, principalmente, os vômitos induzidos, mas podem ser também uso de medicamentos, atividade física e jejum prolongado. É importante ficar claro que a finalidade do uso desses métodos serve tanto para aliviar um mal-estar físico, causado pelo excesso de alimentos, quanto para evitar o ganho de peso.

Para a CID-10 (OMS, 1993), o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, consumindo grandes quantidades de alimento em um pequeno período de tempo. Há uma preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão por



comer. O paciente tenta amenizar os efeitos engordativos dos alimentos por meio de vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas, tais como anorexígenos ou diuréticos. O paciente tem uma autopercepção de que está muito gordo, então fica com pavor intenso de engordar, e, na tentativa de mudar o quadro, faz jejuns e pratica exercícios em excesso.

A definição de Claudino e Borges (2002) sobre os episódios de hiperfagia reafirmam as classificações apresentadas e ajudam a localizar a importância dessa característica no quadro de bulimia. Para as autoras, “o episódio bulímico refere-se à ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos (...) e corresponde ao aspecto central do diagnóstico da bulimia” (p. 9). É a partir da grande ingestão de alimentos que começa o ciclo compulsão/purgação: “A literatura inglesa utiliza o termo *binge-eating*<sup>15</sup> para descrever esse comportamento, traduzido para o português como compulsão alimentar periódica” (p. 9). Trata-se de episódios de ingestão alimentar descontrolada, em geral, secretos e rápidos. Nesse sentido, Busse e Silva (2004) afirmaram que:

As orgias alimentares (*binge*) são traços marcantes do comportamento da bulimia nervosa, em que grandes quantidades de alimentos são ingeridas de maneira compulsiva, não havendo discriminação entre doces e salgados, externado em consequência de forte sentimento de culpa pelo ato efetuado, o que determina vômitos provocados ou auto-induzidos, trazendo uma sensação de alívio à paciente (p. 44-45).

O *binge eating* ou *binges*, nos estudos de Galvão et al. (2006a), referem-se ao comer compulsivo. São episódios de ingestão alimentar descontrolada e rápida, orgias alimentares que só cessam ao surgir um mal-estar físico, interrupção externa com a chegada de alguém, por exemplo, ou se os alimentos acabarem. Os *binges* também caracterizam os quadros de TCAPs, mas distinguem-se da bulimia, pois nesta última, há a utilização de métodos para aliviar os efeitos engordativos, o que não ocorre nos TCAPs.

Nessa perspectiva, Claudino e Borges (2002) esclareceram que “o diagnóstico de bulimia nervosa exige o engajamento em métodos compensatórios inadequados seguindo-se aos episódios bulímicos. O vômito autoinduzido é o método mais frequente, de mais fácil identificação e que melhor delimita o final de uma compulsão” (p. 10). Mesmo assim, outras compensações podem ser identificadas como uso de laxantes, diuréticos e até mesmo um tempo prolongado de jejum. Cordás et al. (2004) informaram que:

---

<sup>15</sup> O termo não tem tradução adequada para o português, mas vem sendo referido como o comer compulsivo ou episódio de compulsão alimentar (Galvão et al., 2006a).

(...) a bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos (p. 155).

Os autores complementaram o estudo esclarecendo que a principal característica psicológica da bulimia nervosa é uma excessiva preocupação com o peso e com a forma corporal, sendo assim, por causa dessa ansiedade em relação ao próprio corpo, muitas vezes, os métodos compensatórios são utilizados depois que há uma grande ingestão de alimentos. Busse e Silva (2004) acrescentam que, na bulimia, há um pavor mórbido de engordar.

Stenzel (2006) afirmou que as mulheres com bulimia apresentam insatisfação com o peso e a forma corporal, e os episódios de compulsão alimentar têm consequência direta na forma como elas percebem e avaliam sua imagem corporal. Elas estão mais distantes do “peso ideal” fantasiosamente estabelecido pelas mesmas, por isso sentem-se desmotivadas a suspender as compulsões alimentares.

A bulimia se inicia a partir de uma excessiva preocupação em relação ao corpo e à forma física de uma pessoa: “Nesse momento, o paciente pode estar com seu peso normal ou ligeiramente acima do peso adequado, porém com pavor de engordar ou querendo perder alguns quilos” (Cordás et al., 2004, p. 52). Inicia-se, a partir daí, uma restrição alimentar, mas sem a obstinação comum aos pacientes anoréxicos. O corpo vai sentindo as mudanças nos hábitos nutricionais e, em determinado momento, ao sentir uma fome incontrolável e deparar-se com a geladeira, o sujeito come rapidamente tudo que está ali. Em seguida, contudo, surge um mal-estar físico e uma sensação de culpa, fato que o leva à ideia de induzir o vômito para evitar engordar. Esse comportamento vem acompanhado de satisfação e alívio.

A dieta é o comportamento precursor que, geralmente, antecede a instalação de um transtorno alimentar. Assim, Morgan et al. (2002) esclareceram que:

A tendência à obesidade parece estar associada aos transtornos alimentares, algo que, na verdade, parece ser mediado por uma maior tendência a fazer dieta. A obesidade também prediz um aumento das brincadeiras relacionadas ao peso, aumentando a pressão social para emagrecer. Consequentemente, a obesidade pode também ter efeitos deletérios na autoestima e na satisfação corporal, especialmente em adolescentes com autoimagem negativa, vulneráveis às pressões culturais pela magreza (p. 19).

Os autores consideraram que a tendência à obesidade e à dieta são relevantes para precipitar a anorexia, contudo, é mais importante para o desenvolvimento de bulimia, uma vez

que as bulímicas são mais pesadas, podendo torná-las mais sensíveis à sua aparência física e mais propensas a começar uma dieta. Os autores ainda salientaram que:

O desenvolvimento da bulimia está associado a uma propensão para a obesidade e para dificuldades no controle dos impulsos. Outra possibilidade é que a restrição alimentar favorece o aparecimento de compulsões alimentares, o que inicia o ciclo compulsão/purgação da bulimia. Algumas pessoas em restrição alimentar, no entanto, conseguem aumentar cada vez mais a restrição sem ter compulsão. Assim, instala-se a desnutrição, que aumenta a distorção da imagem corporal e, conseqüentemente, aumenta também o medo de engordar e o desejo de emagrecer, perpetuando assim a anorexia nervosa (Morgan et al., 2002, p. 21).

Evidencia-se que, por mais que a dieta aumente consideravelmente o risco para o desenvolvimento de bulimia, ela sozinha não é suficiente para desencadeá-lo, tornando-se necessário fazer uma interação entre os fatores de risco e outros eventos precipitantes.

Cordás et al. (2004) acreditaram que a etiologia da bulimia nervosa inclui fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. Ao se considerarem os fatores genéticos, os estudos de Turkiewicz (2008) demonstraram que a incidência de bulimia é até oito vezes maior em parentes de primeiro grau de indivíduos afetados do que na população geral, estudo confirmado por Fairburn, Cowen e Harrison (1999); Busse e Silva (2004).

Morgan et al. (2002) sugeriram que a puberdade precoce pode ser um fator de risco para os transtornos alimentares, principalmente a bulimia, facilitada pelo aumento de gordura corporal nas meninas, necessitando de uma reorganização da imagem corporal e podendo, assim, reforçar as preocupações com o peso. Ao se pensar nas questões individuais, um ponto importante diz respeito à autoestima. Nesse sentido, Shea e Pritchard (2007) analisaram, em seu estudo, se a autoestima pode vir a ser o primeiro precursor de transtornos alimentares. Os resultados da pesquisa indicaram, porém, que ela é um precursor sim, mas não o primeiro. A autoestima é considerada o segundo precursor da bulimia.

As experiências interpessoais, segundo Galvão et al. (2006b), têm sido, frequentemente, associadas ao desenvolvimento dos transtornos alimentares, como por exemplo, abuso sexual, trauma e comentários depreciativos quando criança. São as vivências da infância, e até mesmo da adolescência, que deixaram marcas emocionais e que podem estar relacionadas aos quadros de transtornos alimentares. É o que demonstraram Busse e Silva (2004), ao reafirmarem que são observados, na bulimia, como fator desencadeante, os abusos sexuais na infância e em idade pré-pubiana. Os pacientes com história de abuso físico ou

sexual focam sua atenção no peso e na forma do corpo, numa tentativa de lidar com os problemas emocionais. Nesse sentido, Morgan et al. (2002) complementaram:

(...) eventos envolvendo uma desorganização da vida ou uma ameaça à integridade física (doença, gravidez, abuso sexual e físico), são mais frequentes em indivíduos com bulimia nervosa (...) e podem ter um papel desencadeador do transtorno por reforçar sentimentos de insegurança e inadequação (p. 21).

A bulimia, desse modo, parece ter uma associação bem significativa com as vivências ocorridas durante a vida, relacionando os eventos estressantes com consequentes dificuldades emocionais, que vão se desencadear nos problemas com o peso e a forma física.

Os estudos de Cordás et al. (2004) mostraram que a paciente bulímica acredita ter encontrado a maneira ideal de manter o peso sem deixar de comer. Mas a sucessão desses comportamentos não é nada boa, pois, “após o vômito, surge a sensação de estar fazendo algo fora do normal. Sente-se ansioso, culpado e com piora na autoestima” (p. 53). A bulímica, então, retoma a dieta de maneira mais intensa, acreditando deter o controle sobre esse processo. Porém, ao aumentar a restrição, facilita novos episódios bulímicos, o que a leva a um círculo vicioso.

A comida torna-se, então, um aspecto importante no quadro de bulimia, de acordo com Alvarenga e Dunker (2004), os quais consideraram que seu padrão alimentar é frequentemente descrito como caótico. Isso ocorre porque as bulímicas estão sempre insistindo em começar uma nova dieta, ingerindo pequenas quantidades de alimentos, que são também restringidos em sua qualidade e chamados de “alimentos proibidos”. Entretanto, logo em seguida, desencadeia um episódio bulímico, no qual o valor calórico ingerido é altíssimo e com consumo dos alimentos proibidos. Essa atitude desencadeia ansiedade e medo de engordar, levando a paciente a utilizar os recursos purgativos e/ou recursos compensatórios, como um novo período de restrição. Assim, “instala-se o ciclo dieta, episódio, purgação, que serve para ilustrar o fluxo da patologia alimentar” (p. 139).

Essas ideias são confirmadas por Barreto et al. (2006), que vão além ao considerarem que as mulheres com bulimia estão prejudicadas em relação à percepção dos mecanismos envolvidos na regulação do comportamento alimentar, demonstrando dificuldades em detectar a fome e controlar a saciedade. Juntamente, vários padrões de comportamento são observados entre as bulímicas, entre os quais se destacam a divisão em alimentos permitidos e proibidos; o incômodo em comer na presença de outras pessoas; o planejamento da próxima compulsão alimentar, pois a bulímica está sempre preocupada com o que vai comer; o hábito de estocar

alimentos em lugares estranhos, para que possa ter a compulsão; a procura de alimentos quando tem problemas, entre outros.

Alvarenga e Dunker (2004) afirmaram que a bulimia pode vir a ser um método de prevenir absorção calórica por purgação; o problema não seria comer de mais e sim de menos, e a bulímica não se permite comer o suficiente quando não purga. O comer de menos é percebido no início da doença, que costuma ocorrer em razão de uma dieta para emagrecimento por causa de excesso de peso real ou imaginário. Tem conhecimento de que, em torno de 83% dos casos, as dietas precedem as compulsões.

É nesse sentido que, ao definir bulimia, Cunha (2008) esclareceu haver uma perda de controle, desencadeada pela compulsão alimentar, em que uma enorme quantidade de alimento é ingerida rapidamente, muitas vezes, às escondidas: “O episódio não visa apenas saciar uma fome exagerada, mas muitas vezes compensar um estado emocional descontrolado” (p. 20-21).

De acordo com Fernandes (2006), a paciente apresenta uma série de medos e preconceitos em relação ao alimento e ao controle de peso. Os alimentos ingeridos costumam ser acessíveis, podendo ser qualquer coisa, misturados sem distinção. Segundo a autora:

(...) em sua forma típica, a bulimia se caracteriza pela ingestão impulsiva e voraz, geralmente às pressas e às escondidas, de uma grande quantidade de alimento, frequentemente hipercalórico. Os acessos bulímicos são geralmente precedidos de um período de excitação particular e seguidos de mal-estar e vergonha. Podem ser acompanhados de adormecimento e de vômitos provocados, que se tornam, com o passar do tempo, mais ou menos automáticos. Esses episódios bulímicos podem durar muitas horas e se repetir várias vezes ao dia (Fernandes, 2006, p. 76).

Seguindo as ideias da autora, o que desencadeia esses acessos costuma estar ligado a sentimentos de desamparo, fracasso, solidão, ou até mesmo o contrário, como excitação e prazer. É comum que as jovens bulímicas tenham consciência do caráter patológico dessas condutas, ao relatarem o medo de não mais poder se controlar e de não mais poder se livrar de tais acessos. O único limite de parar de ingerir alimento está na impossibilidade física do estômago. Esse limite é experimentado no próprio corpo por meio da dor. Surge, assim, o vômito como uma possibilidade de alívio da dor e do acesso bulímico. Destaca-se que é durante o acesso bulímico que as jovens declaram a sensação de ter um comportamento que escapa totalmente ao próprio controle, aparecendo o fracasso de si mesmas como sujeitas de suas ações. Abreu e Cangelli Filho (2004) afirmaram que:

(...) as pacientes com BN apresentam uma autoestima flutuante, fazendo-as acreditar que uma das maneiras de resolver os problemas de insegurança pessoal é através de um corpo bem delineado e, para alcançar seu objetivo, acabam por desenvolver dietas impossíveis de serem seguidas. Em outras palavras, procuram “sanar” um problema emocional através da adoção de estratégias imperativas de emagrecimento e, neste sentido, desenvolvem atitudes radicais baseadas na ideia de que estar magra é um dos caminhos mais curtos para se obter a felicidade. Creem, erroneamente, que ter o controle de suas medidas lhes proporcionará uma condição de segurança emocional (p. 179).

As bulímicas possuem uma preocupação excessiva com seu corpo, com o peso e com a forma física. Por razão de inseguranças consigo mesmas, elas acreditam que pelo corpo e pela beleza física podem atrair interesses das pessoas para si. É como se pela boa forma física todos os problemas estariam resolvidos e só assim sentiriam que está tudo bem. Mas, na realidade, o que acontece é bem diferente, pois vários sentimentos negativos surgem em relação a si mesmas.

“Contrariamente ao ascetismo, à força de vontade e à determinação da anorexia, a bulimia aparece como diametralmente oposta, caracterizada pela fraqueza, pela vergonha e pelo pecado” (Fernandes, 2006, p. 77). Para a autora, essa reprovação de cunho moralista deve estar relacionada à dificuldade de as pacientes relatarem seus sintomas bulímicos, o que pode ter contribuído para que a frequência deles tenha sido subestimada pela literatura por tanto tempo.

Os sentimentos de insegurança e a baixa autoestima são bem marcantes na bulimia nervosa, pois, ao detectarem os sintomas bulímicos, em sua grande maioria, essas mulheres estão passando por problemas emocionais. A ingestão excessiva de comida pode surgir na tentativa de resolver algum problema, mas o que parece acontecer é que os sentimentos negativos, como culpa e vergonha, vêm com força total.

Por sua vez, Turkiewicz (2008) considerou que “a impulsividade é o traço de personalidade mais frequentemente associado à bulimia” (p. 66), já que as jovens costumam se colocar em situações de risco como abuso de álcool e drogas, promiscuidade sexual e comportamentos autodestrutivos. Nas pesquisas de Cordás et al. (2004) e Morgan et al. (2002), também encontra-se um aumento na impulsividade, associada com outros quadros psiquiátricos, como cleptomania, tricotilomania e outras automutilações, abuso de drogas ilícitas e álcool, promiscuidade sexual e risco de suicídio. Esses comportamentos são bem frequentes e possuem um alto prejuízo da saúde física e psíquica. Nessa perspectiva, Fernandes (2006) também aponta a associação da bulimia com o alcoolismo e a farmacodependência, percebendo o comportamento dependente.

Segundo Fontenelle et al. (2002), a incidência de depressão maior pode variar de 38 a 63% em pacientes bulímicos. Assim como na anorexia, a diminuição do apetite, os caóticos hábitos alimentares e as alterações metabólicas podem ajudar a justificar a associação entre bulimia e depressão. De acordo com Fernandes (2006), a bulimia se encontra no cruzamento de diversos eixos psicopatológicos, como o neurótico, o psicótico, o perverso. Comumente, está associada à depressão ou a tendências depressivas, podendo fazer parte de um quadro psicótico ou *boderline*<sup>16</sup>. As práticas purgativas podem ser graves e colocar em risco a vida da pessoa. Para Pinzon (2008), prevalece a fobia social, seguida de TOC e do transtorno de ansiedade generalizada. É importante aguardar a melhora dos sintomas na bulimia para a determinação de transtorno psiquiátrico comórbido, que tem tendência a melhorar com a evolução do tratamento. Os transtornos ansiosos são igualmente prevalentes nessa população, com índices que variam de 36% a 58% em bulímicas, com predomínio de fobia social e TOC, respectivamente. Segundo as autoras, “o abuso de substâncias ocorre entre 30% e 37% na bulimia nervosa” (Pinzon & Nogueira, 2004, p. 159). Pode-se perceber, assim, que vários sintomas se encontram associados ao quadro de bulimia. Oliveira e Santos (2006) esclareceram que:

Pacientes com bulimia nervosa apresentariam pensamentos e emoções desadaptativas, autoestima flutuante, sendo comum encontrar aqueles que apresentam atitudes caóticas, não somente no tocante aos hábitos alimentares, mas também em outros aspectos da vida, como os estudos, a vida profissional e as relações amorosas (p. 354).

Esses sentimentos negativos revelam o quanto os estados emocionais e as vivências estão relacionados na bulimia. Além de ter que lidar com todas as complicações desse quadro, a bulímica se vê, muitas vezes, com dificuldades para administrar as situações que fazem parte de sua vida. Afeta não só sua saúde física, mas principalmente sua saúde psíquica.

Fernandes (2006) confirmou que as mulheres bulímicas apresentam peso corporal normal, apesar de poderem mudar rapidamente em função dos acessos bulímicos. Esclarece, contudo, que essas inconstâncias de peso costumam ser mal suportadas devido à vergonha, ao medo de engordar e às perturbações com o próprio corpo. A imagem corporal, normalmente, é desvalorizada, sendo percebida como imprecisa e até como exterior a si mesma. Em certo número de casos, é possível observar a existência de problemas alimentares na infância, tendências antigas à obesidade, problemas de caráter com condutas delinquentes,

---

<sup>16</sup> “Transtorno da Personalidade *Boderline* é um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como acentuada impulsividade” (DSM-IV, 1995, p. 593).

comportamentos de automutilação, entre outros. Romaro e Itokazu (2002) informaram que a bulímica:

Comumente sente vergonha de seu transtorno e tenta primeiramente negar, depois ocultar, dissimular os sintomas, apresentando dificuldades marcadas no âmbito dos relacionamentos interpessoais. Pode ainda apresentar tendências perfeccionistas, dificuldade em assumir compromissos e responsabilidades e uma organização sexual, em geral, conturbada e confusa, sendo comum a promiscuidade (p. 408).

Em razão dessa diversidade de sentimentos negativos que a bulímica possui em relação a si mesma, mas que não são assumidos publicamente, como consequência, em geral, elas apresentam comportamentos que prejudicam a própria vida. Elas tentam passar uma imagem que não condiz com a realidade, que seria de um controle sobre si mesmas. Muito pelo contrário, atitudes delinquentes, uso de drogas, impulsividade, promiscuidade sexual demonstram uma desagregação emocional.

Nos estudos de Fernandes (2006), juntamente com a anorexia, a bulimia tem um lugar de destaque na psicopatologia da adolescência, ocupando lugar de interesse para pesquisadores de diversas áreas. Diferente da jovem anoréxica, a bulímica não tem o desejo de emagrecer cada vez mais, a ponto de ficar extremamente magra. Também pode haver irregularidades menstruais, mas não ocorre a amenorreia.

Porém, outras consequências físicas são bem marcantes na bulimia, deixando marcas no corpo por toda a vida. As pacientes têm faces de lua cheia, em razão da hipertrofia das glândulas paratiróidas por causa dos vômitos constantes, lesão da pele do dorso da mão, causada pelo atrito faríngeo para estimular o reflexo do vômito, desgaste dentário e presença de cáries por causa do suco gástrico (Busse & Silva, 2004; Assumpção & Cabral, 2002).

O prognóstico da bulimia é muito diverso. O comportamento bulímico leva a um empobrecimento da vida relacional, afetiva e atividade psíquica como um todo (Fernandes, 2006). Para a autora, a bulímica apresenta dificuldades no relacionamento interpessoal, em razão de seus comportamentos de risco e de seu jeito de ser. Segundo Cordás et al. (2004), o critério de melhora na bulimia é variado. Os autores destacam que alguns estudiosos acreditam na recuperação da bulimia mesmo quando houver um episódio bulímico uma vez por mês, enquanto outros acreditam na extinção da compulsão e das práticas purgativas como melhora do quadro. De qualquer maneira, “há uma boa recuperação em 60% dos pacientes bulímicos, sendo 30% com evolução mediana e 10% com um curso ruim” (p. 59).



Pinzon e Nogueira (2004) contribuíram com a pesquisa ao afirmarem que:

A bulimia nervosa parece ter evolução mais favorável que a anorexia nervosa, embora as pesquisas com bulimia nervosa ainda tenham pouco tempo de seguimento. Os trabalhos indicam índices de recuperação total entre 50% e 70%, conforme seus períodos de acompanhamento após manejo terapêutico. Todavia, as taxas de recaída situam-se em torno de 30% a 50% (p. 159).

A evolução da bulimia costuma ser melhor reconhecida do que a da anorexia nervosa. Porém, devido à dificuldade de um consenso na literatura, se os episódios bulímicos precisam cessar para caracterizar um quadro de melhora, ainda não se pode afirmar se esse prognóstico é realmente melhor. De qualquer forma, é comum observar que, mesmo com algumas melhoras e conquistas em relação ao quadro tanto de bulimia quanto de anorexia, as pacientes que sofrem desses transtornos costumam lidar para o resto da vida com essas patologias. Na grande maioria, são desencadeadas na adolescência, mas podem permanecer durante toda a vida, uma vez que os problemas emocionais estão sempre presentes, e como foi visto, a anorexia e a bulimia estão, comumente, atreladas a dificuldades emocionais.

Passa-se agora a aprofundar no quadro do transtorno da compulsão alimentar periódica, buscando entender suas especificidades e semelhanças com os quadros de anorexia e bulimia nervosa.

### 2.3.3 O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

O comportamento de compulsão alimentar, ou em inglês *binge eating* é atualmente um comportamento específico, definido por um excesso alimentar acompanhado de perda de controle. Esses episódios de compulsão alimentar, quando ocorrem pelo menos dois dias por semana em um período de seis meses, e não são acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, compõem uma síndrome denominada atualmente “Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica”, o TCAP (Freitas, Lopes, Coutinho, Appolinario, 2001; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

Estima-se a prevalência em TCAP numa dimensão variada, em parte devido à variação das definições de compulsão. Estimativas recentes de prevalência do TCAP, na população americana, indicam que 2% a 3% dos adultos em amostras comunitárias são portadores do comer compulsivo (Azevedo et al. 2004; Dobrow et al., 2002). Em pesquisa realizada nos EUA para avaliar a prevalência do TCAP, Spitzer et al. (1992) encontraram: 2%

na comunidade, 30% em programas para perda de peso e 71% nos Comedores Compulsivos Anônimos. Na França, Basdevant et al. (1995) encontraram 0,7% de TCAP em mulheres na comunidade e 15% em mulheres que procuraram programa para perda de peso em hospital público. No Brasil, Borges (1998) encontrou uma frequência de 16% de TCAP em mulheres obesas de um programa dos Vigilantes do Peso<sup>17</sup>. Hoek e Hoeken (2003) consideraram a prevalência de TCAP no mínimo de 7%.

A prevalência geral de TCAP, de acordo com o DSM-IV (1995), varia de aproximadamente 15 a 50% (com uma média de 30%). O início da compulsão alimentar periódica tipicamente se situa no final da adolescência e início da vida adulta, por volta dos 20 anos. Em estudo com grande amostra populacional, Hay e Fairburn (1998) encontraram uma média de idade dos casos de TCAP por volta dos 35,2 anos. Observa-se que as mulheres com TCAP apresentam uma tendência 1,5 vezes maior para este padrão alimentar do que os homens (De Zwaan, 2002).

Mesmo se tratando de um diagnóstico recente, considera-se importante conhecer os primeiros estudos sobre o assunto para possibilitar um melhor entendimento desse transtorno, muitas vezes confundido com quadros de bulimia e obesidade.

Na verdade, nas primeiras descrições, datadas do século XV, o TCAP era um sintoma que podia estar presente em diversos transtornos. Desde essa época, aparecem descrições de uma forma de apetite voraz, designada com o nome “bulimia” (Busse & Silva, 2004; Cordás et al., 2004). Atualmente, utiliza-se o termo “compulsão alimentar”, mas não raramente encontra-se ainda como sinônimo o termo “comportamento bulímico”.

Ao identificar episódios de compulsão alimentar em obesos, que ingeriam enormes quantidades de comida em um curto espaço de tempo, seguida por sentimentos de desconforto físico e de autocondenação, observa-se, a partir daí, a primeira descrição de TCAP nos anos 1950 por Stunkard (1959). Mas, já nessa época, surgiu a necessidade de discriminar indivíduos obesos com compulsão daqueles sem compulsão alimentar e também dos bulímicos (Claudino & Borges, 2002).

O estudo dessa possível categoria diagnóstica ganhou mais ênfase a partir da década de 1990, quando Spitzer et al. (1992) propuseram o primeiro conjunto de critérios diagnósticos. Os autores realizaram um estudo multicêntrico para avaliação dessa nova proposta diagnóstica. Essas discussões dos critérios sugeridos envolvem alguns tópicos semelhantes ao da bulimia nervosa.

---

<sup>17</sup> Programa de redução de peso. Recuperado em 10 de setembro de 2009, de <http://www.vigilantesdopeso.com.br>

Mas sua elevação à categoria diagnóstica ocorreu apenas em 1994, quando foi incluído no apêndice B do DSM-IV (1995), onde se encontra até o momento, entre os “Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação”. Apesar dessa recente e ainda não tão bem definida classificação, esse diagnóstico é atualmente bastante observado na clínica. Galvão et al. (2006a) afirmaram que o TCAP é uma categoria diagnóstica recente e ainda apresenta aspectos controversos.

Mesmo assim, o DSM-IV (1995) apresentou os seguintes critérios para pesquisas que tratam do transtorno da compulsão periódica:

Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes critérios: ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares; um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo). Os episódios de compulsão periódica estão associados com três (ou mais) dos seguintes critérios: comer muito mais rapidamente que o normal; comer até sentir-se incomodamente repleto; comer grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente faminto; comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome; sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente. Acentuada angústia relativamente à compulsão periódica. A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos 2 dias por semana, por 6 meses. A compulsão periódica não está associada com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, purgação, jejuns, exercícios físicos), nem ocorre exclusivamente durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa (p. 689-690).

Os critérios para o diagnóstico de TCAP demonstram a necessidade de pesquisas, na tentativa de colocá-lo como uma entidade clínica, diferenciando dos outros quadros de transtorno alimentar, principalmente a bulimia, e também em indivíduos obesos.

Brody, Walsh e Devlin (1993) e Striegel-Moore, Cachelin, Dohm, Pike, Wilfley e Fairburn (2001) mostraram que pode ser feita uma distinção entre o TCAP e a bulimia em alguns pontos: os portadores de TCAP apresentaram baixos relatos de dietas restritivas quando comparados a pacientes com bulimia, que alternam entre compulsões e restrições alimentares; os portadores de TCAP costumam apresentar Índice de Massa Corporal (IMC) superior aos portadores de bulimia nervosa; além disso, a história natural da bulimia, em geral, revela a ocorrência de dietas e perda de peso, enquanto que os comportamentos prévios do TCAP são mais variáveis.

Em relação à obesidade, há evidências de que pacientes com TCAP ingerem significativamente mais alimentos do que as pessoas obesas sem compulsão alimentar (Goldfein, Walsh, Lachaussee, Kissileff & Devlin, 1993). O TCAP pode ocorrer em mulheres com peso normal e em obesas. A maioria tem uma longa história de repetidas tentativas de fazer dietas e sentem-se desesperadas acerca de sua dificuldade de controle da ingestão de alimentos. Algumas continuam tentando restringir o consumo de calorias, enquanto outras abandonam quaisquer esforços de fazer dieta, em razão de fracassos repetidos. Brody et al. (1993) diferiram pacientes com TCAP de obesos no que se refere a dietas e histórias de peso. De acordo com Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus, Stunkard et al. (1993), em clínicas para o controle de peso, as mulheres são, em média, mais obesas e têm uma história de flutuações de peso mais acentuada do que as sem este padrão alimentar.

Em estudo para estimar a herdabilidade no TCAP, Javaras, Laird, Reichborn-Kjennerud, Bulik, Pope Jr. e Hudson (2008) concluíram que esse transtorno possui um significativo componente genético. Os estudos de Hudson et al. (2006), para saber se o TCAP está agregado às famílias independentemente da obesidade, os autores destacaram que essa síndrome recente tem atraído atenção científica, sendo comum aparecer em obesos, sobretudo nos casos severos. Entretanto, os autores concluíram que o TCAP é uma desordem causada, em parte, por fatores distintos dos outros fatores familiares da obesidade. Além disso, os fatores familiares específicos dos TCAPs independem do aumento do risco de obesidade, principalmente os casos severos.

Ressalta-se que, quando o assunto abordado é compulsão, Borges e Jorge (2000) consideraram que a maioria dos obesos acredita apresentar esse comportamento, o que na realidade não se evidencia. Outro problema é o uso da palavra “compulsão” indicando ser este um comportamento compulsivo. Porém, falar na compulsão alimentar como algo compulsivo não se mostra totalmente adequado, pois esse comportamento mais se assemelha a um problema de impulso.

Na observação dos autores, há ainda mais uma questão a ser abordada: a ocorrência de duas denominações, ou seja, compulsão alimentar e “Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica”. Um indivíduo apresenta compulsão alimentar quando tem pelo menos o excesso alimentar com perda de controle, mas não preenche todos os critérios diagnósticos para o transtorno. A compulsão alimentar pode ser um comportamento eventual, que não apresenta incômodo ao indivíduo; pode também ser ela um quadro parcial (não preenche todos os critérios para o transtorno), que traz desconforto e geralmente leva o indivíduo a procurar tratamento. Por fim, tem-se o transtorno, que é assim denominado quando o paciente, além de

preencher todos os critérios diagnósticos, apresenta sofrimento e impedimentos na vida decorrentes dessa patologia.

Na concepção de Borges e Jorge (2000), a caracterização do comportamento de compulsão alimentar mudou desde a primeira vez em que aparece na literatura. Porém, uma característica sempre presente, sendo hoje a mais importante, é a qualidade do comer: como um “ataque”, fazendo o indivíduo sentir-se sem liberdade para optar entre comer ou não, como se fosse refém de um impulso que lhe é incontrolável. Em um primeiro momento, esse impulso lhe dá prazer e, em um segundo momento, traz muita culpa e sofrimento.

Nota-se, então, que a característica primordial no quadro do TCAP é essa associação entre o episódio de compulsão com indicadores subjetivos e comportamentais de prejuízo no controle e sofrimento significativo relacionado aos ataques de hiperfagia, com ausência de uso regular de comportamentos compensatórios inadequados.

No diagnóstico de TCAP, como afirma Claudino e Borges (2002), essas duas características principais se confirmam: excesso alimentar e perda de controle. É importante lembrar que o tempo de duração dessa orgia deve ser limitado em torno de duas horas no máximo. Porém isso se torna um pouco difícil na prática, uma vez que, por não apresentar métodos compensatórios, as pacientes de TCAP têm dificuldades de circunscrever os episódios, em delimitar o final e a quantidade de episódios em um dia. Então, sugere-se que sejam contados os dias nos quais ocorre a compulsão periódica, em vez da quantidade de episódios.

No que diz respeito a esse excesso, torna-se importante considerar a quantidade de alimentos/calorias, de acordo com Galvão et al. (2006a), pois precisam ser melhor definidas para haver um consenso sobre o que é, de fato, excessivo para as circunstâncias que, em geral, é uma ingestão superior a 1.500 calorias. Com base nesses dados, excluem do diagnóstico de TCAP as pacientes que “beliscam” durante todo o dia pequenas quantidades de alimentos.

Em relação ao prejuízo no controle, o DSM-IV (1995) e Barreto et al. (2006) incluíram comer muito rapidamente, comer até se sentir incomodado fisicamente (estar cheio), comer grandes quantidades de alimentos quando não se tem fome, comer sozinho pela dificuldade do quanto se está comendo e sentir repulsa, culpa ou depressão após comer demais. Ocorre um sofrimento acentuado que é exigido pelo diagnóstico, o qual inclui não só sentimentos desagradáveis durante e após os episódios de excesso, como também preocupações com efeito a longo prazo dos episódios repetidos de compulsão alimentar periódica sobre o peso e a forma corporal.

Percebe-se que essa síndrome possui um impacto negativo sobre a vida das pacientes, pois o comportamento alimentar é motivo de sofrimento para elas. Seguindo as classificações, as pessoas com esse padrão alimentar podem relatar que seu consumo alimentar ou peso interferem nos relacionamentos, no trabalho e na capacidade de se sentirem bem consigo mesmas. De acordo com Azevedo et al. (2004) e Dobrow et al. (2002), em termos dos componentes psicológicos do transtorno, os pacientes com TCAP possuem autoestima 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.

Stenzel (2006) esclareceu que o problema da imagem corporal não é mencionada no TCAP, porém essa omissão deve ser revista, uma vez que, na prática clínica, a insatisfação com o corpo é observada tal como na bulimia. A grande contribuição, nesse aspecto, deve-se à pesquisa de Grilo et al. (2008) sobre a supervalorização do corpo no TCAP. Os autores relataram que, assim como na anorexia e na bulimia, no TCAP, há uma considerável importância do peso e forma corporal, o que facilita sua inclusão dentro dos transtornos alimentares. Essas ideias são corroboradas por Claudino e Borges (2002) ao afirmarem que a autoavaliação baseada no peso e na forma do corpo parece diferenciar obesos com e sem TCAP.

Numa pesquisa para avaliar a associação de comorbidades psiquiátricas em pacientes com TCAP, Grilo, White e Masheb (2009) descobriram números significativos de transtornos de humor (54,2%), de ansiedade (37,1%) e uso de substâncias (24,8%). O TCAP pode ocorrer associado a várias condições clínicas e psiquiátricas, de acordo com Papelbaum e Appolinario (2001). Apesar de pouco frequente, a associação entre TOC e TCAP tem sido relatada. Nos estudos de Galvão et al. (2006a), o TCAP associa-se, com frequência, a quadros de sintomatologia depressiva e ansiosa, fato confirmado por Fontenelle et al. (2003), que, ao estudarem pacientes brasileiros com TCAP, concluíram que eles, juntamente com pacientes de países desenvolvidos, possuem aumento na taxa de comorbidades psiquiátricas, em especial os transtornos de humor e ansiedade.

Na perspectiva do DSM-IV (1995), entre os indivíduos que procuram tratamento, a evolução do quadro parece ser crônica. Freitas (2006) considerou que o TCAP é um transtorno instável, com tendência à remissão. Em uma pesquisa com mulheres com diagnóstico de bulimia e TCAP, Fairburn et al. (2000) perceberam que o prognóstico deste último é melhor que o da bulimia, pois a grande maioria dos pacientes se recuperaram.

Ao se pensar nos aspectos individuais que marcam o quadro de TCAP, de bulimia e de anorexia, como a personalidade, as experiências de vida, as vivências familiares e o padrão

alimentar, igualmente importantes são os aspectos culturais, que se constituem como um forte moderador do corpo. Dessa maneira, torna-se viável estudar as representações sociais nos transtornos alimentares, ilustradas pelas pesquisas seguintes.

Grando (2000), em seu estudo sobre as representações sociais da equipe de enfermagem acerca dos transtornos alimentares, observou que as representações sociais desses profissionais mostraram-se ancoradas em um discurso médico-científico, numa interface com o conhecimento prático da vivência cotidiana, além de um sofrimento frente ao risco iminente do suicídio. Em outro estudo da autora, realizado em 2005, a preocupação era investigar as representações sociais da família da pessoa com transtorno alimentar. Os familiares apontam uma vivência sofrida que lhes impõe carga objetiva e subjetiva, que se traduz numa difícil tarefa que é o cuidado possível. A autora chama atenção para o adoecer psíquico nesses transtornos, ancorado na perspectiva psicológica e social.

Cardoso (2002), em sua pesquisa, expôs as principais conclusões retiradas quanto à forma como os distúrbios alimentares (anorexia e bulimia) são socialmente representados tanto na opinião pública quanto por diferentes grupos de indivíduos (ex-pacientes, familiares de pacientes e ex-pacientes e técnicos de saúde especializados e não especializados na área). Apesar das diferenças entre os grupos, parece existir uma representação comum, global, fundamentada no discurso da ciência médica. Esta situação evidencia um elevado grau de enraizamento das explicações médicas na sociedade em geral.

Desse modo, levando-se em consideração essas influências individuais e sociais, propõe-se investigar as representações sociais de corpo em mulheres com esses transtornos.

### 3 OBJETIVOS

#### OBJETIVO GERAL

Investigar as representações sociais do corpo para mulheres que possuem diagnóstico de transtornos alimentares.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de anorexia nervosa.
- Descrever as representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de bulimia nervosa.
- Identificar as representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.
- Comparar as representações sociais do corpo entre mulheres com os transtornos alimentares citados acima.



## 4 MÉTODO

Neste capítulo, pretendeu-se definir o modelo de estudo utilizado na pesquisa, bem como as ações que viabilizaram sua execução. Para se alcançar os objetivos propostos, a metodologia da pesquisa foi a qualitativa, fundamentada na perspectiva da Teoria das Representações Sociais. Na continuidade do capítulo, procurou-se descrever, ainda, a amostra e os sujeitos, os instrumentos e os procedimentos da coleta, além de apresentar o tratamento dos dados através da análise de conteúdo de Bardin (2008).

### 4.1 Modelo do estudo

As buscas iniciais desta pesquisa apontaram para a necessidade de um estudo exploratório que, conforme Lüdke e André (1986), “(...) é o que se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada” (p. 18). Essa metodologia permite obter informações em profundidade do fenômeno estudado.

A pesquisa qualitativa não tem o objetivo de “generalizar resultados, mas de dar possibilidades de generalizar novos conceitos e pressupostos (...)” (Turato, 2003, p. 369). Ela volta sua atenção para o específico, o peculiar, buscando a compreensão e não a explicação dos fenômenos. Procura ainda interpretar o que as pessoas dizem sobre tal fenômeno e o que fazem ou como lidam com isso.

A opção pela modalidade de pesquisa se deve à natureza subjetiva do objeto de estudo. Segundo Sá (1996), a pesquisa qualitativa focaliza as relações sociais que são essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, a qual pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum. Dessa forma, a pesquisa qualitativa pode aprofundar nessa interação entre as pessoas e suas vidas, permitindo conhecimentos específicos de acordo com cada contexto.

O método qualitativo está mais relacionado com os propósitos desta pesquisa, ao se considerar, na perspectiva de Jodelet (2001), a entrevista de profundidade como o principal instrumento para levantamento das representações, indispensável em qualquer estudo sobre este tema. Uma importante contribuição foi realizada por Sá (1998), ao destacar as representações sociais como uma prática de pesquisa que “(...) combina a coleta de dados

através das entrevistas individuais com a técnica para o seu tratamento conhecida como análise de conteúdo” (p. 86).

Partindo-se desse paradigma e utilizando-se a entrevista como instrumento de coleta de dados, partiu-se para a estratégia de interpretação dos depoimentos do estudo, permitida através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008):

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 44).

A autora afirma que o objetivo da análise de conteúdo é a fala, ou seja, o aspecto individual e atual da linguagem. A análise de conteúdo procura desvendar aquilo que está por trás das palavras; é a busca de outras realidades por meio das mensagens. Dessa maneira, tudo que é comunicação pode ser passível de análise, tendo sido, nesse contexto, que essa pesquisa se desenvolveu.

## 4.2 Amostra

A amostra pode ser definida como “uma parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, constituindo assim num subconjunto do universo” (Turato, 2003, p. 352). Já o sujeito, por sua vez, designa-se para qualquer pesquisa que tem o ser humano como objeto de estudo. Com base nesses aspectos, a presente pesquisa definiu sua amostra estratificada pelo sexo feminino cujos sujeitos possuem o diagnóstico de transtornos alimentares. Dessa maneira, os critérios de inclusão da amostra foram definidos com base nos seguintes critérios: ser mulher, ter acima de 18 anos, ter sido diagnosticada com anorexia, bulimia ou TCAP e demonstrar motivação para participar deste estudo.

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Juiz de Fora, MG. Dessa forma, por não encontrar, nesse local, um grupo especializado de atendimento a essa população, houve a necessidade de realizar uma seleção da amostra por meio da técnica conhecida como “bola de neve” ou *snowball technique*<sup>18</sup>, na qual o primeiro entrevistado indica o próximo e assim sucessivamente (Lopes & Coutinho, 1999). De acordo com os autores, ela se caracteriza por

---

<sup>18</sup> Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. 32 (1), 148-170.

uma seleção aleatória de um grupo inicial de pesquisados. Estes elementos, após terem sido entrevistados, identificam outros indivíduos que pertençam à mesma população-alvo. Esse processo pode ser executado em ondas sucessivas, obtendo-se referências ou informações.

Essas afirmações são complementadas por Turato (2003), o qual apontou que “na literatura das metodologias qualitativas comporta também o modo denominado amostragem bola de neve, na qual o pesquisador inicia-se igualmente movido pelo interesse por determinado assunto/tema, que se constitui em seu tópico geral e o foco” (p. 364). Em um primeiro momento, faz-se uma entrevista em profundidade com um indivíduo indicado. Com o material coletado, transcrito e já examinado, o pesquisador faz um esboço teórico que permite a compreensão do problema. Em seguida, volta a campo e seleciona um segundo sujeito, indicado pelo primeiro, realizando uma entrevista similar, mas já mais elaborada. Assim ocorre sucessivamente, e ele vai recebendo indicações de outros entrevistados.

Esse tipo de amostragem é muito utilizado para estimar características raras na população. Sua principal vantagem é aumentar, substancialmente, a possibilidade de localizar a característica desejada nas pessoas. Segundo Lopes e Coutinho (1999), essa técnica tem sido utilizada em estudos qualitativos em populações escondidas: “O acesso a tais populações requer o conhecimento de pessoas que possam localizar indivíduos de interesse da pesquisa, e este método parece ser particularmente aplicável quando o foco de interesse é uma área de comportamento desviante ou ilegal” (p. 480). Esse procedimento também foi utilizado nessa pesquisa, pois, além da indicação dos próprios entrevistados, percebeu-se a necessidade de localizar esses sujeitos através da recomendação de profissionais da área da saúde que trabalham com transtornos alimentares.

Ao se considerar o objetivo do estudo, a metodologia aplicada e a técnica de amostragem, o número de participantes não precisou ser definido *a priori*, uma vez que, na abordagem qualitativa, a análise das descrições vai sendo processada até que ocorra invariância dos dados. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), nem sempre é possível afirmar o número certo de participantes envolvidos. Nesse sentido, Turato (2003) complementou que, na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra não é uma preocupação, uma vez que o importante é o aprofundamento e a compreensão.

Desse modo, obedecendo à técnica de amostragem e à metodologia utilizada na pesquisa, foi possível chegar a 12 entrevistadas residentes em Juiz de Fora e região, conforme será explicado nos procedimentos.

### **4.3 Instrumento**

A entrevista possui uma natureza interativa, apontada nos estudos de Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), pois as autoras consideram que ela permite abordar assuntos complexos que são difíceis de investigar por meio de questionários explorados em profundidade. Dessa maneira, observa-se que as entrevistas qualitativas costumam ser pouco estruturadas e se parecem com uma conversa.

Nesse sentido, na presente pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (anexo A), com perguntas abertas e fechadas. O instrumento foi elaborado e revisado pela pesquisadora e pela orientadora, tendo sido também submetido a uma avaliação feita por seis juízes doutores na área.

A entrevista versou sobre dados pessoais e sobre a representação social do corpo das mulheres com transtornos alimentares. Em um primeiro momento, apresentou dados pessoais de identificação da entrevistada, de modo sucinto e breve, a fim de localizar o sujeito em sua trajetória pessoal e a posição que ocupa na estrutura social. Foram feitas perguntas fechadas sobre nível de escolaridade, constituição familiar, saúde, uso de medicamentos, peso e altura, entre outras.

Num segundo momento, porém, apresentou perguntas disparadoras, ou seja, o entrevistador convidou o sujeito a falar livremente sobre a relação do tema central da pesquisa com outros aspectos ligados à sua vida. Foram feitas perguntas abertas referentes aos transtornos alimentares, ao corpo, à alimentação e aos relacionamentos familiares/afetivos.

No que diz respeito às entrevistas, uma declaração importante realizada por Moscovici (2007) destaca que a conversação molda e anima as representações sociais porque lhes dá vida própria. Evidenciou-se que, por meio de um burburinho e de um diálogo permanente entre indivíduos, as representações tomaram vida. É isso que o pesquisador precisa acessar, ou seja, o material espontâneo que emerge. Desse modo, as técnicas verbais são a forma mais comum de acesso às representações.

### **4.4 Procedimento**

O projeto intitulado “O corpo representado por mulheres anoréxicas e bulímicas” foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em setembro de 2008, uma vez que envolve sujeitos humanos e foi submetido à "Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa" de acordo com a Resolução nº. 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado ainda em setembro de 2008, sob o parecer n°. 325/2008 (anexo B), quando foi iniciado o trabalho, procedendo-se às entrevistas em outubro de 2008, sendo que estas foram encerradas em maio de 2009.

O contato direto foi realizado pela pesquisadora através de uma amostra não probabilística oriunda do tipo “bola de neve”, a partir de indicações das próprias entrevistadas e de profissionais que possuíam pacientes nas condições da pesquisa. Essa técnica permite atingir o ponto de saturação facilitada pela invariância dos dados.

De acordo com Sá (1998), denomina-se saturação o critério que permite ao pesquisador chegar a um número limite no decorrer da pesquisa, não precisando defini-lo previamente. Quando começa a repetir os temas e/ou argumentos, demonstra que entrevistar um maior número não acrescentaria muito mais ao conteúdo da representação. Assim, quando isso acontece, realizam-se mais algumas entrevistas e pode cessar o trabalho de pesquisa. A amostragem por saturação, segundo Turato (2003), permite ao pesquisador fechar o grupo de sujeitos entrevistados quando começa a repetir o conteúdo de suas entrevistas. Dessa maneira, ao observar o conteúdo das entrevistas, analisou-se a saturação dos dados e completou-se a amostra quando se chegou a 12 (doze) entrevistas.

É importante lembrar que, num contato inicial, antes mesmo de começar a entrevista, a participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C). No decorrer da pesquisa, as entrevistas foram realizadas em local privativo. O uso de local reservado e adequado propicia a manutenção da privacidade na relação entrevistador-entrevistado (Turato, 2003). Outro fator importante na coleta de dados é o registro das entrevistas, que, no caso deste trabalho, foi realizado por meio de gravação. O uso do gravador é um recurso bem difundido, porém controverso, uma vez que pode inibir as comunicações feitas pelo entrevistado. Entretanto, na experiência do autor, a presença do gravador não tem afetado negativamente a naturalidade e espontaneidade do sujeito. A gravação permitiu que as entrevistas fossem transcritas na íntegra. Considera-se um trabalho árduo para o pesquisador que se aventura nesse caminho, porém permite uma aproximação com seu objeto de pesquisa, o que possibilitou uma análise rigorosa.

A primeira etapa consistiu na pré-análise, uma fase de organização do material. Iniciou-se uma leitura flutuante das entrevistas transcritas para tomar contato com esses documentos a serem explorados. Passou-se, a seguir, para a definição do *corpus* de análise, quando foram formuladas as categorias e, depois, partiu-se para a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.

Na segunda etapa, ocorreu a exploração do material. A codificação é a transformação dos dados brutos do texto em unidades sistemáticas e agregadas. As unidades de registro correspondem ao segmento de conteúdo considerado como unidade de base, visando à categorização. Esta pode ser definida como uma “espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem” (Bardin, 2008, p. 39). Este pode ser considerado como um método taxionômico, pois atende às necessidades dos pesquisadores preocupados em estabelecer uma ordem, de acordo com certos critérios, na aparente desordem.

#### **4.5 Análise dos dados**

Após a coleta de dados por meio das entrevistas semiestruturadas, e uma vez transcritas na íntegra, iniciou-se a análise dos conteúdos dos relatos, dentro da proposta de Bardin (2008). A análise de conteúdo é definida pela autora como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p. 33). Um comentário de Henry e Moscovici (como citados em Bardin, 2008, p. 34) explicita que “tudo que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

Para a autora, a análise de conteúdo é um método empírico que depende do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Oliveira (2008) complementou o estudo ao afirmar que a análise de conteúdo possui múltiplas aplicações e seus procedimentos podem variar conforme a função de seus objetivos.

Segundo a autora, a manipulação das mensagens é o objetivo principal da análise de conteúdo e permite inferir sobre uma realidade que não é a mesma da mensagem. Para Bardin (2008), a análise do conteúdo não pode ser considerada somente uma pesquisa descritiva. Ao contrário, ela tem uma função ou até mesmo o objetivo de permitir a inferência: “A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (p. 40).

Ao se perceber que tudo o que é transformado em texto é passível de ser analisado, nota-se, então, o caráter de múltiplas aplicações da análise de conteúdo. Sua finalidade tornou-se, assim, interpretar as comunicações. É nesse sentido que este estudo buscou interpretar o conteúdo dos relatos das mulheres com transtornos alimentares, com o intuito de conhecer as representações sociais que elas possuem sobre o corpo.

## **5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, os resultados da pesquisa foram apresentados com o objetivo de aprofundar as representações sociais do corpo para mulheres com transtornos alimentares. Para isso, iniciou-se uma análise sistematizada dos dados coletados pelas entrevistas semiestruturadas. As perguntas fechadas permitiram traçar o perfil das participantes através da trajetória pessoal, da posição que ocupa na estrutura social e dos dados antropométricos. As perguntas abertas possibilitaram às participantes falar sobre o tema central da pesquisa, o corpo, ligado a outros aspectos de sua vida. As entrevistas foram transcritas na íntegra, para posterior leitura exaustiva das mesmas. Foi realizado um recorte nos depoimentos coletados, para que fornecessem significados e sentidos válidos no que dizia respeito ao corpo, o que inspirou o surgimento de subcategorias. Os resultados foram interpretados com base na revisão de literatura sobre corpo e transtornos alimentares e na Teoria das Representações Sociais, para entender como as mulheres com esses distúrbios produzem saberes sobre si e sobre o corpo.

### **5.1 Perfil das participantes da pesquisa**

Durante a coleta de dados, houve maior dificuldade em localizar as pacientes com anorexia. Além de ter uma prevalência menor na população, apontada por Hay (2002) como 0,5%, nem sempre os sujeitos estão dispostos a falar sobre seu transtorno. Houve indicações de outras mulheres com anorexia, mas as mesmas não quiseram contribuir com a pesquisa. Em contrapartida, as pacientes com bulimia e TCAP tiveram mais disponibilidade em participar. A prevalência desses transtornos é maior nessas duas últimas populações. Na bulimia, há uma prevalência entre 1% a 4% (Cordás et al., 2004), já no TCAP a prevalência varia de aproximadamente 15 a 50%, com uma média de 30% (DSM-IV, 1995).

Através das perguntas fechadas, foi possível ter acesso a alguns indicadores, o que permitiu traçar o perfil das entrevistadas. Os dados apontam os transtornos pesquisados, a idade das participantes, a cidade em que moram, o estado civil, o fato de possuir ou não filhos, o nível de escolaridade, se atualmente estão estudando, se trabalham e com o quê, se fazem tratamentos especializados, se fazem uso de medicamentos, qual é o peso, a altura e o IMC. Para avaliar o IMC (calculado pela divisão do peso pela altura ao quadrado), foi utilizada a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), que se

divide em quatro parâmetros: abaixo do peso (IMC menor que 18,5 Kg/m<sup>2</sup>), peso normal (IMC de 18,6 kg/m<sup>2</sup> até 24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC de 25,0 kg/m<sup>2</sup> até 29,9 Kg/m<sup>2</sup>), e acima do peso (IMC maior que 30 kg/m<sup>2</sup>).

Dentre os transtornos alimentares, três entrevistadas possuíam o diagnóstico de anorexia nervosa, cinco de bulimia nervosa e quatro de TCAP. Por se tratar de transtornos diferenciados, optou-se por descrever o perfil de cada participante que será apresentado a seguir.

a) Participante 1

Mulher com diagnóstico de anorexia, 31 anos, residente em Juiz de Fora, casada há um ano, sem filhos. Possui Ensino Fundamental completo, trabalha como cabeleireira autônoma na própria residência. Declara não possuir nenhum problema de saúde atualmente, porém faz tratamento com psiquiatra, além de usar medicação controlada (Citalopram<sup>19</sup>). A altura da participante é 1,54 m, e o peso máximo que ela atingiu até hoje, aos 31 anos, é de 54 kg e IMC de 22,76 kg/m<sup>2</sup>. Aos 30 anos, chegou aos 38 kg, com queda do seu IMC para 16,02 kg/m<sup>2</sup>.

b) Participante 2

Entrevistada com diagnóstico de anorexia, 28 anos, natural de Juiz de Fora, solteira, sem filhos. Autônoma, atualmente trabalha como Assistente Administrativo em clínica médica, possui curso superior em Administração e Pós-Graduação na área. Relata não possuir nenhum problema de saúde, com exceção do quadro de anorexia. Realiza somente acompanhamento com nutricionista e faz uso de medicação controlada (Paroxetina<sup>20</sup>). A participante possui altura de 1,71 m e relata que seu peso máximo foi 70 kg aos 12 anos de idade, atingindo IMC de 23,93 kg/m<sup>2</sup>. Porém, aos 21 anos, seu peso mínimo chegou aos 36 kg, abaixando seu IMC para 12,31 kg/m<sup>2</sup>. Atualmente, a entrevistada está com 44,6 kg e seu IMC é de 15,25 kg/m<sup>2</sup>.

---

<sup>19</sup> Medicamento antidepressivo que atua como inibidor seletivo de recaptura de serotonina (Moreno, Moreno e Soares, 1999).

<sup>20</sup> Medicamento antidepressivo que atua como inibidor seletivo de recaptura de serotonina (Moreno et al., 1999).



## c) Participante 3

Mulher com diagnóstico de anorexia, 25 anos, residente em Viçosa, MG, mas com vínculos em Juiz de Fora, solteira, tem uma filha. Possui o Ensino Médio completo e trabalha como telefonista. Declara não ter nenhum problema de saúde e não realizar acompanhamento especializado no momento, porém faz uso de medicação controlada (Pamelor<sup>21</sup>). Sua altura é 1,55 m, e seu peso máximo, aos 16 anos, foi de 66 kg, com IMC de 27,47 kg/m<sup>2</sup>. Por outro lado, seu peso mínimo foi de 33 kg aos 18 anos, chegando a um IMC de 13,73 kg/m<sup>2</sup>. A participante possui o peso atual de 54 kg e IMC de 19,97 kg/m<sup>2</sup>.

## d) Participante 4

Jovem de 23 anos, com diagnóstico de bulimia, solteira, sem filhos, residente em Juiz de Fora, estudante do último período de Educação Física e estagiária em academia de ginástica. A entrevistada relata não possuir problema de saúde atualmente, apesar de realizar acompanhamento com nutricionista, psicólogo e psiquiatra, fazendo uso de medicação controlada (Fluoxetina<sup>22</sup>). Sua altura é 1,63 m com peso máximo de 65 kg aos 15 anos, atingindo IMC de 24,46 kg/m<sup>2</sup>. O peso mínimo foi de 53 kg aos 20 anos, com IMC de 19,94 kg/m<sup>2</sup>. Atualmente, pesa 60 kg e IMC de 22,58 kg/m<sup>2</sup>.

## e) Participante 5

Entrevistada com diagnóstico de bulimia, 21 anos, solteira e sem filhos, residente em Juiz de Fora, cursando Geografia e realizando estágio na área. Declara não ter nenhum problema de saúde atualmente e realizar tratamento somente com nutricionista. Faz uso de cigarro, bebidas alcoólicas e maconha regularmente. Sua altura é 1,71 m e já atingiu 91 kg aos 18 anos (IMC de 31,12 kg/m<sup>2</sup>), e com 19 decaiu para 56 kg (IMC de 19,15 kg/m<sup>2</sup>). Hoje relata que seu peso aproxima-se de 63 kg, com IMC de 21,54 kg/m<sup>2</sup>.

---

<sup>21</sup> Medicamento antidepressivo tricíclico (Moreno et al., 1999).

<sup>22</sup> Medicamento antidepressivo que atua como inibidor seletivo de recaptura de serotonina (Moreno et al., 1999).

## f) Participante 6

Jovem de 18 anos, com diagnóstico de bulimia, residente em Oliveira Fortes (MG), mas com vínculo em Juiz de Fora através da faculdade de Fisioterapia. A entrevistada declara que seu único problema de saúde atualmente é anemia e realiza acompanhamento médico de controle. Sua altura é 1,68 m. Aos 16 anos, tinha o peso máximo de 58 kg e IMC de 20,54 kg/m<sup>2</sup>, enquanto que, aos 17 anos, obteve o peso mínimo de 49 Kg com IMC de 17,36 kg/m<sup>2</sup>. Seu peso atual é de 51 kg e IMC de 18,06 kg/m<sup>2</sup>.

## g) Participante 7

Mulher com diagnóstico de bulimia, mora em Santos Dumont, MG, mas com vínculo em Juiz de Fora através da faculdade de Psicologia. A entrevistada tem 31 anos, é casada e não possui filhos. Declara não ter nenhum problema de saúde e não realizar acompanhamento especializado, contudo faz uso de medicação controlada (Fluoxetina). A altura é 1,65, e o peso máximo é de 69 kg com a idade atual, atingindo IMC de 25,34 kg/m<sup>2</sup>. O peso mínimo foi de 45 kg aos 22 anos e IMC de 16,52 kg/m<sup>2</sup>. O peso atual é de 66 kg, com IMC de 24,24 kg/m<sup>2</sup>.

## h) Participante 8

Jovem de 23 anos, casada, com diagnóstico de bulimia, possui uma filha e reside em Rochedo de Minas, MG, mas com vínculos em Juiz de Fora. Possui o Ensino Médio completo e não trabalha. Declara não possuir problema de saúde atualmente, com exceção de anemia, portanto faz acompanhamento médico. Faz uso de Fluoxetina por conta própria. Sua altura é 1,64 m e já atingiu o peso máximo de 72 kg e IMC de 26,76 kg/m<sup>2</sup> aos 14 anos, e peso mínimo de 50 kg com IMC de 18,59 kg/m<sup>2</sup> aos 17 anos. Atualmente, seu peso é de 56 kg kg/m<sup>2</sup>, mantendo-se IMC de 20,82 kg/m<sup>2</sup>.

## i) Participante 9

Jovem com diagnóstico de TCAP, 26 anos, solteira e sem filhos, mora em Juiz de Fora, estudante de nutrição. Declara ter problemas alérgicos, faz tratamento médico, apesar de ter relatado fazer uso de cigarro regularmente. Realiza também acompanhamento com

nutricionista. Sua altura é 1,67 m, e, aos 20 anos, obteve seu peso mínimo de 74 kg e IMC de 26,53 kg/m<sup>2</sup>. O peso máximo atingido foi de 97 kg aos 25 anos e IMC de 34,78 kg/m<sup>2</sup>. Seu peso atual é de 91 kg e IMC de 32,62 kg/m<sup>2</sup>.

j) Participante 10

Mulher com diagnóstico de TCAP, 29 anos, residente em Juiz de Fora, casada, tem um filho. Possui o Ensino Médio completo e, atualmente, não está trabalhando. Relata ter pressão alta e realizar acompanhamento médico com cardiologista e endocrinologista, fazendo uso de medicação para controle da pressão (Enalapril<sup>23</sup> e Hidroclorotiazida<sup>24</sup>). Sua altura é 1,62 m e o peso mínimo, aos 18 anos, era 68 kg e IMC de 25,91 kg/m<sup>2</sup>. Porém, já atingiu o peso de 109 kg aos 27 anos e IMC de 41,53 kg/m<sup>2</sup>. Atualmente, seu peso é 94 kg e IMC de 35,81 kg/m<sup>2</sup>.

k) Participante 11

Mulher com diagnóstico de TCAP, residente em Juiz de Fora, 35 anos, casada, tem um filho e reside em Juiz de Fora. Possui o Ensino Médio completo e trabalha como autônoma de manicure. Relata não possuir problema de saúde atualmente, mas faz tratamento com endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Sua altura é 1,61 m, com peso mínimo, aos 21 anos, de 58 kg e IMC de 22,37 kg/m<sup>2</sup>. O peso máximo foi, aos 26 anos, de 86 kg e IMC de 33,17 kg/m<sup>2</sup>. O peso atual é de 73 kg e IMC de 28,16 kg/m<sup>2</sup>.

l) Participante 12

Entrevistada com diagnóstico de TCAP, residente em Juiz de Fora, 55 anos, casada, tem dois filhos. Possui graduação em Contabilidade. Atualmente é aposentada, mas trabalha em escritório de contabilidade da própria família. Declara ter problemas de artrose e realizar acompanhamento com nutricionista e psicólogo. Sua altura é 1,67 m e já obteve peso mínimo de 57 kg e IMC de 20,43 kg/m<sup>2</sup> aos 26 anos. Porém, atingiu 170 kg aos 49 anos e IMC de 60,95 kg/m<sup>2</sup>. No momento, seu peso é 110 kg e IMC de 39,44 kg/m<sup>2</sup>.

---

<sup>23</sup> Medicamento utilizado no tratamento da hipertensão (Goodman & Gilman, 2005).

<sup>24</sup> Medicamento diurético usado principalmente na hipertensão arterial (Goodman & Gilman, 2005).

### 5.1.1 Indicadores do perfil

Desse modo, traçado o perfil de cada participante, é possível ter acesso a alguns indicadores. Em relação à idade, nota-se uma variação que vai dos 18 até os 55 anos. A amostra foi definida a partir dos 18 anos e não esteve fechada na idade limite. Mas é importante lembrar que, entre os transtornos, há uma variância no tocante à idade de ocorrência. Entre as entrevistadas, as participantes com anorexia tinham 31, 28 e 25 anos, as mulheres com bulimia tinham 23, 21, 18, 31, 23 anos, enquanto as entrevistadas com TCAP tinham 26, 29, 35, 55 anos.

Segundo Nunes (2006), as taxas de incidência de anorexia são maiores em mulheres na faixa de 15 a 19 anos e na bulimia situa-se entre 20 e 24 anos. No TCAP, a idade é em torno de 35,2 anos (Hay & Fairburn, 1998). Nota-se, assim, que a idade das participantes com bulimia e TCAP esteve mais próxima da média geral desses transtornos, o que não aconteceu com a anorexia.

Nota-se que cinco entrevistadas possuem curso superior incompleto e, atualmente, estão estudando, sendo que quatro delas estão se graduando em cursos da área de saúde. Alguns estudos estabelecem relação desses cursos com fatores de risco para sintomas de transtornos alimentares. Em sua pesquisa, Secchi (2006) constatou que estudantes do curso de Psicologia e Educação Física têm maior preocupação com a imagem corporal. Em outro estudo no qual buscou identificar, em mulheres universitárias, aquelas que apresentavam fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares, Fiates e Salles (2001) encontraram 22,17% das estudantes universitárias com fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbio alimentar, sendo que, no grupo de alunas do curso de Nutrição, o percentual foi maior (25,43%) do que no grupo de estudantes de outros cursos de saúde (18,69%).

No que se refere ao IMC, as participantes com anorexia designadas pelos números 1, 2 e 3 (P1, P2 e P3) apresentaram IMC máximo de 22,76 kg/m<sup>2</sup>; 23,93 kg/m<sup>2</sup> e 27,47 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, demonstrando que elas se encontravam com peso normal. A exceção ficou por conta da Participante 3, que já atingiu sobrepeso. Por outro lado, o IMC mínimo foi de 16,02 kg/m<sup>2</sup>; 12,31 kg/m<sup>2</sup> e 13,73 kg/m<sup>2</sup> apontado como abaixo do peso nas três participantes. Atualmente, as entrevistadas P1, P2, e P3 com anorexia apresentaram IMC de 22,76 kg/m<sup>2</sup>, 15,25 kg/m<sup>2</sup> e 19,97 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. Confirma. Nota-se que a Participante 2 encontra-se abaixo do peso, confirmado pelo estado atual da anorexia. Confirmou-se, portanto, que o diagnóstico de anorexia pode se perpetuar na vida adulta, conforme colocado por (Weinberg,

2008; Galvão et al., 2006b; Morgan et al., 2002). Pode-se perceber que as demais entrevistadas com anorexia estão com o IMC dentro da normalidade por estarem em uma fase de recuperação da doença. Observa-se ainda que, embora muitas delas já estejam recuperadas, a maioria ainda intercala períodos com peso normal e alimentação adequada com outros em que o transtorno alimentar domina a rotina da participante, sendo este um episódio muito comum.

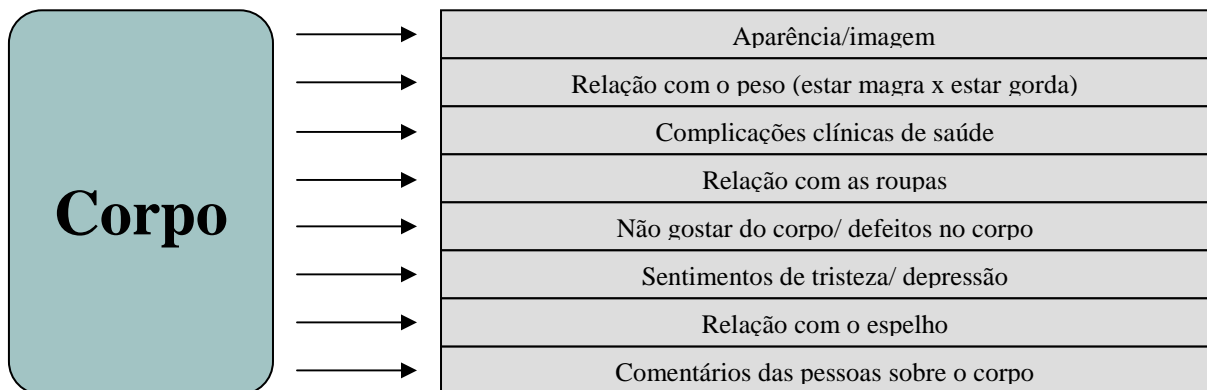
Com relação à bulimia, o IMC máximo de P4, P5, P6, P7 e P8 foi de 24,46 kg/m<sup>2</sup>; 31,12 kg/m<sup>2</sup>; 20,54 kg/m<sup>2</sup>; 25,34 kg/m<sup>2</sup> e 26,76 kg/m<sup>2</sup> respectivamente, com mulheres que no seu máximo ainda tiveram peso dentro do normal (P4 e P6), enquanto que as Participantes 7 e 8 já atingiram sobrepeso e a Participante 5 já esteve acima do peso. Quanto ao IMC mínimo, as participantes apresentaram 19,94 kg/m<sup>2</sup>; 19,15 kg/m<sup>2</sup>; 17,36 kg/m<sup>2</sup>; 16,52 kg/m<sup>2</sup> e 18,59 kg/m<sup>2</sup>, demonstrando que as Participantes 6 e 7 já estiveram abaixo do peso, enquanto o restante manteve-se com o peso normal. Neste momento, entretanto, observou-se que todas as Participantes com esse transtorno estão com o IMC normal, 22,58 kg/m<sup>2</sup>; 21,54 kg/m<sup>2</sup>; 18,06 kg/m<sup>2</sup>; 24,24 kg/m<sup>2</sup> e 20,82 kg/m<sup>2</sup>, o que demonstra que nem sempre o peso é tão alterado na bulimia, como afirma Cordás et al. (2004), assim como a manutenção de um peso dentro da faixa de normalidade, para a maioria das pacientes com bulimia, funciona como base para a diferenciação entre os diagnósticos de anorexia e bulimia (Galvão et al., 2006a).

O IMC máximo das mulheres com TCAP, P9, P10, P11 e P12 chegou aos números 34,78 kg/m<sup>2</sup>; 41,53 kg/m<sup>2</sup>; 33,17 kg/m<sup>2</sup> e 60,95 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, demonstrando que todas já estiveram acima do peso. Por outro lado, o IMC mínimo foi de 26,53 kg/m<sup>2</sup>; 25,91 kg/m<sup>2</sup>; 22,37 kg/m<sup>2</sup> e 20,43 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, com as Participantes 11 e 12 com peso dentro do normal, enquanto as Participantes 9 e 10, em seu peso mínimo, já apresentavam sobrepeso. Striegel-Moore et al. (2001) esclareceram que as pessoas com TCAP costumam apresentar IMC superior àquelas com bulimia nervosa. De fato, as mulheres com TCAP estão com IMC de 32,62 kg/m<sup>2</sup>; 35,81 kg/m<sup>2</sup>; 28,16 kg/m<sup>2</sup> e 39,44 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. Esses números demonstram que a Participante 11 está com sobrepeso, e todas as outras, P9, P10 e P12 estão acima do peso. Fairburn et al. (2000) observaram que a taxa de pacientes com TCAP que eram obesos aumentou de 22% para 39% após cinco anos de evolução.

As perguntas fechadas permitiram o acesso às informações descritas, o que possibilitou traçar o perfil de cada participante e ter acesso a alguns indicadores. Entretanto, ainda se considera importante aprofundar nos conteúdos dos relatos das entrevistadas, possibilitados através das perguntas abertas.

## 5.2 Categorias dos discursos

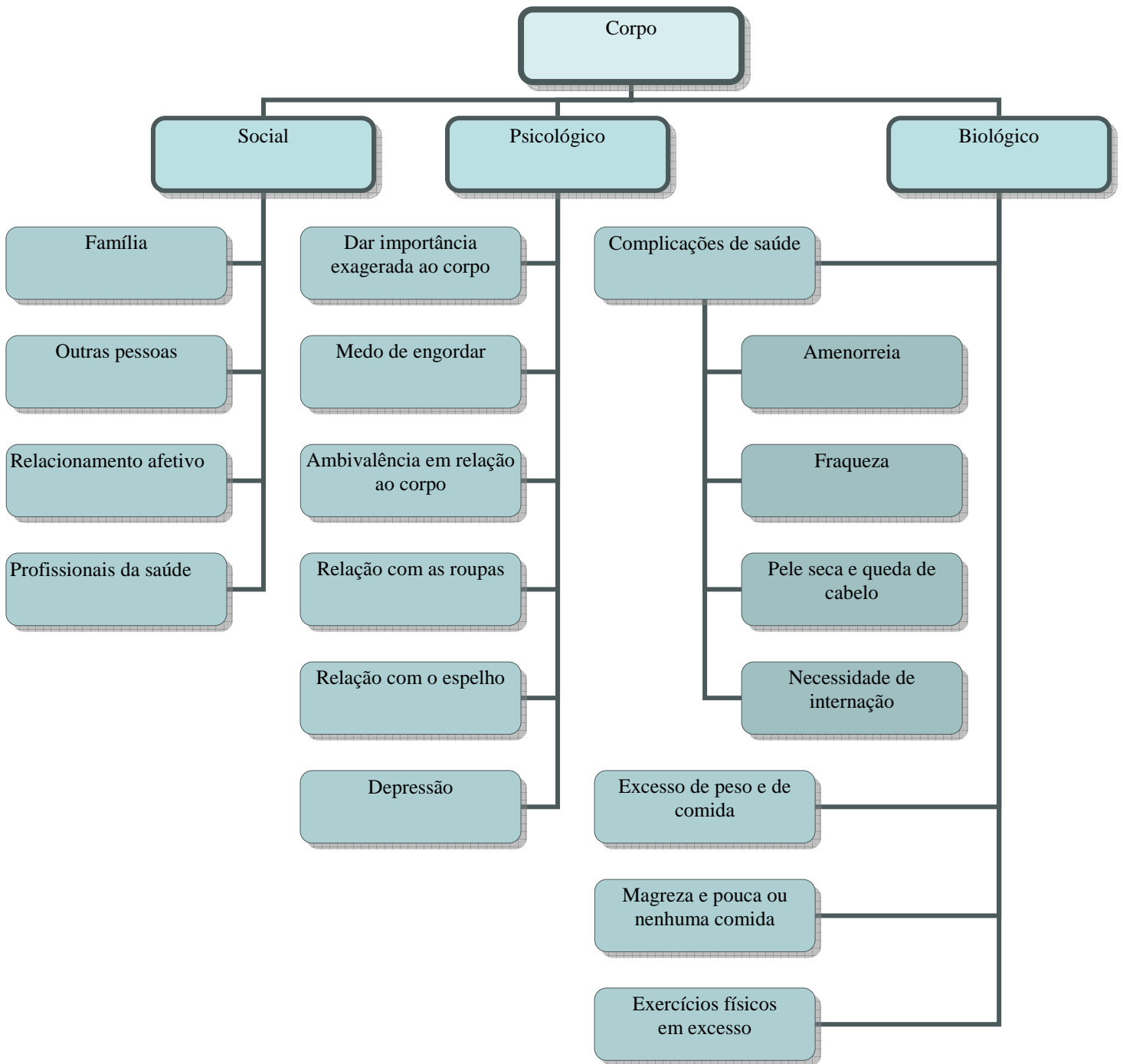
As perguntas abertas possibilitaram o acesso ao discurso das mulheres com transtornos alimentares a respeito de seu corpo, por meio da técnica “análise de conteúdo”. Em um primeiro momento, após várias leituras e organização do material, emergiram algumas subcategorias relacionadas ao corpo:



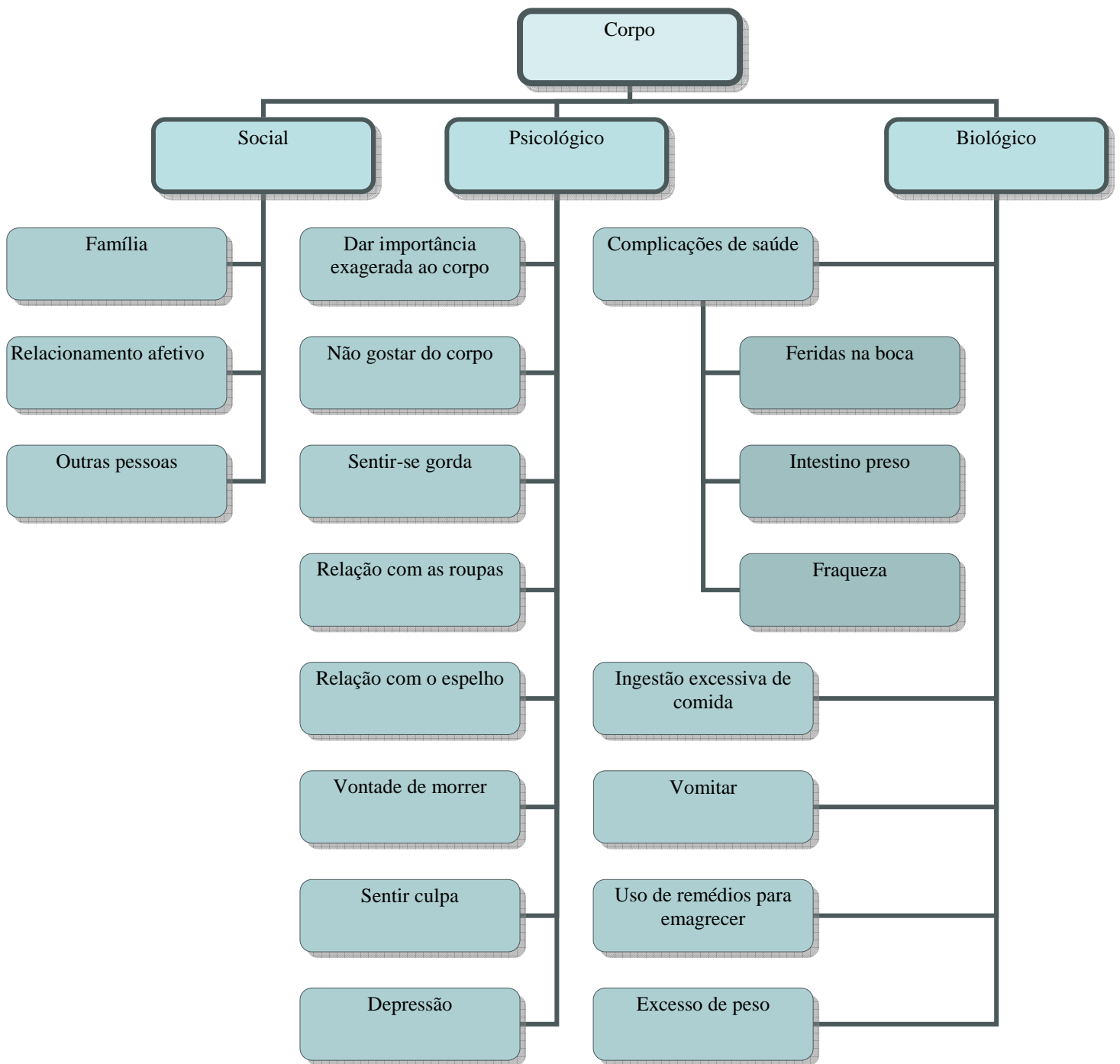
Quadro 1: Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo.  
Fonte: o autor.

Apesar de essas categorias se repetirem nos três transtornos alimentares, o conteúdo das entrevistas também apresenta suas particularidades de acordo com cada distúrbio. Os discursos foram organizados de acordo com uma ordem temática, definida à medida que foram sendo lidas, exaustivamente, as entrevistas. Observou-se que, nas três situações, o corpo apresentava estreita relação com aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A partir daí, foi possível categorizar mais sistematicamente o conteúdo das entrevistas; porém, ainda assim, entre os transtornos, houve diferenças significativas, o que permitiu organizar o material em subcategorias.

Vale lembrar que agrupar conceitos em categorias permite ao pesquisador reduzir o número de unidades com as quais trabalha. Segundo Strauss e Corbin (2008), categorias são conceitos derivados dos dados aos quais representam os fenômenos. Estes emergem dos dados e representam problemas, questões, preocupações, que são importantes para o que está sendo estudado. Assim, o nome escolhido para uma categoria é o descritor mais próximo do que está acontecendo. Para melhor entendimento, a seguir, são apresentados os Organogramas 1, 2 e 3, definidas a partir dos relatos das mulheres com anorexia, bulimia e TCAP.

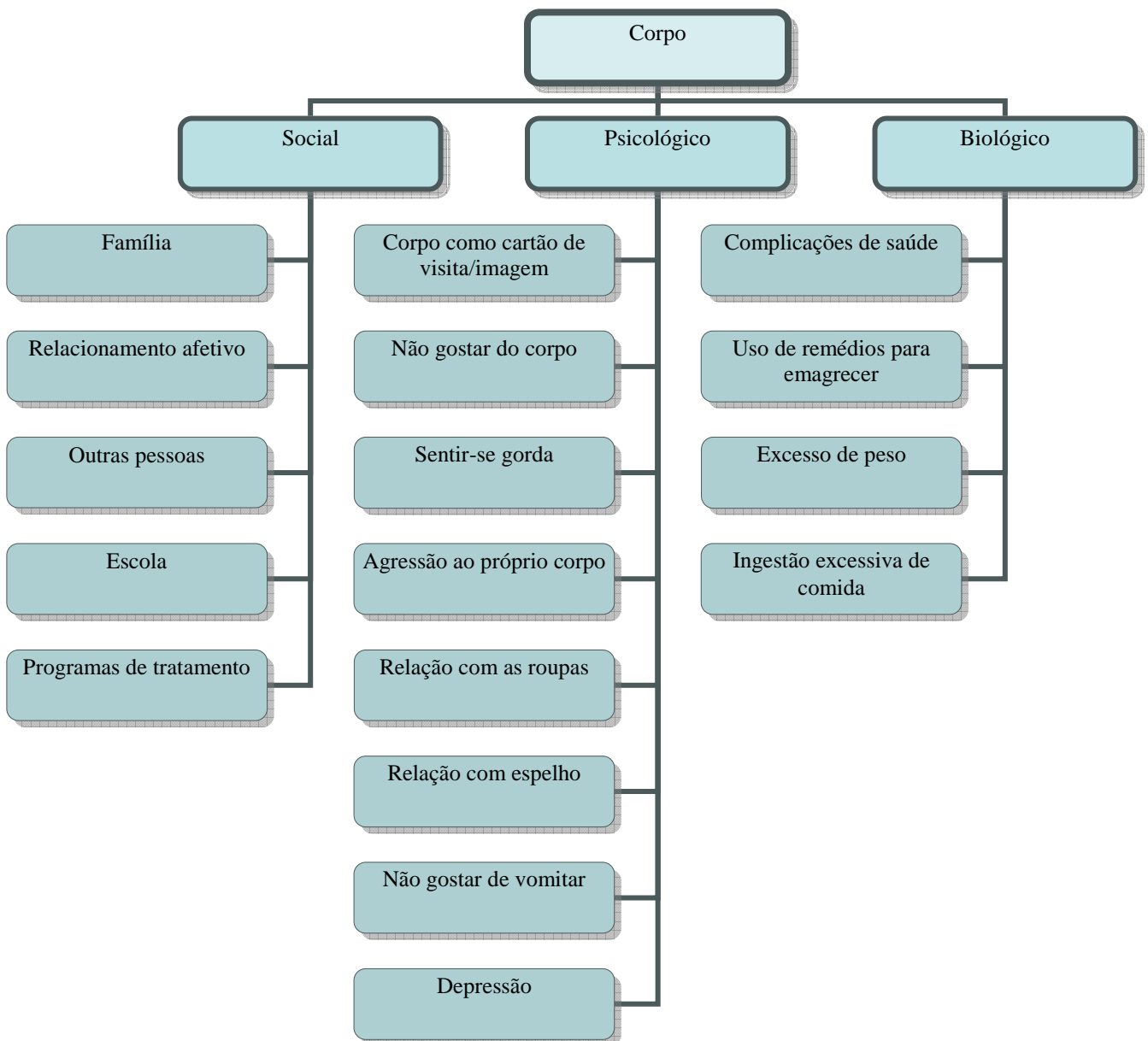


Organograma 1: Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo na anorexia nervosa. Fonte: o autor.



Organograma 2: Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo na bulimia nervosa.  
Fonte: o autor.





Organograma 3: Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionada ao corpo no TCAP.  
Fonte: o autor.

A seguir, é realizada uma caracterização acerca do corpo através dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, para, assim, descrever as representações sociais de corpo em cada transtorno alimentar, e, por último, comparar as representações sociais de corpo entre esses distúrbios.

### 5.2.1 Caracterização das representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de anorexia nervosa

As mulheres com anorexia constroem seus conhecimentos sobre o corpo, sobre si mesmas e seu transtorno por intermédio do senso comum, nos discursos das pessoas, dos meios de comunicação, juntamente com suas vivências. O relato da Participante 2 revela a construção do seu pensamento acerca do que é anorexia:

Anorexia, ah, deixa eu ver. Eu acho que é uma questão de imagem, deixa ver o que vou responder. Tem o que as pessoas dizem que é anorexia e tem o que eu sinto. Pra mim são questões diferentes. Tanto que eu até questiono se eu tenho anorexia ou se tenho outra coisa. Poderia ter tido no começo. (...) Pra mim, de acordo com os outros, no conceito das outras pessoas é um problema de questão de peso, de não saber lidar com a própria imagem, de olhar no espelho e se achar mais gorda, você não sabe lidar com a comida e com a questão da atividade física, está mais relacionada ao peso, etc. Pra mim, a anorexia se tornou o centro, é então estou falando que tenho anorexia, se tornou o centro da minha vida porque todas as outras coisas ficaram condicionadas a essa situação, então como eu vou explicar. Não seria meramente uma questão de peso, entendeu? Acho que foi um fator primeiro que levou a diversos outros fatores.

A entrevistada se mostra confusa ao definir anorexia. De um lado, apresenta as características do quadro clínico desse distúrbio e demonstra não saber lidar com a própria imagem ou distorção na avaliação da imagem do corpo. Isso faz com que as mulheres sintam-se gordas (Bruch, 1962), passam a evitar alimentos (Alvarenga & Dunker, 2004) e praticam atividades em excesso (Cunha, 2008). Por outro lado, a Participante traz suas experiências e coloca a anorexia em um lugar de importância na sua vida. Através dessa interação, as mulheres com anorexia constroem suas representações e orientam seus comportamentos.

Nesse sentido, observa-se que, na maioria das vezes, a anorexia inicia-se na adolescência, fase que coincide com o crescimento acelerado e as mudanças da puberdade (Fernandes, 2006; Turkiewicz, 2008). Já nessa época, ocorrem mudanças na forma do corpo, na passagem do corpo infantil para o adulto, e as meninas podem começar a apresentar insatisfações com o próprio corpo, fato que as leva ao início de uma dieta alimentar. As experiências vindas nessa fase, juntamente com a valorização do corpo magro entre as mulheres (Murriss et al., 2005) podem favorecer o surgimento da anorexia nervosa. As insatisfações com o próprio corpo podem advir de situações reais, em função do excesso de peso quando criança ou na passagem para a adolescência. Nessa fase, começam a surgir comentários depreciativos, que deixam marcas emocionais as quais podem estar relacionadas

aos quadros de anorexia, de acordo com Galvão et al. (2006b). Nesse sentido, os aspectos sociais mostram o quanto os julgamentos das pessoas que estão em volta da mulher com anorexia adquirem importância em dois momentos distintos: quando estão com excesso de peso (real) e quando estão magras. Os relatos a seguir apontam como o comentário de outras pessoas contribuíram de maneira negativa na vida dessas mulheres:

Um dia, eu fui ao *Shopping* com a minha prima, lá tinha uma sala de, um estúdio fotográfico, ela foi para pegar umas fotos, chegou lá o moço ficou me admirando muito, falou que eu tinha o rosto muito bonito, perguntou se eu podia fazer umas fotos, mas só de rosto. E aquilo me deixou bem abalada (Participante 3).

Na educação física, era a última a pesar, e a professora falava 70 quilos. Lembro que tinha vergonha de colocar uniforme de educação física porque os meninos iam ficar vendo (Participante 2).

Esses comentários remetem a quando essas mulheres ainda eram jovens e relatam que, nessa época, estavam acima do peso. Nesses depoimentos, observa-se o componente de discriminação e estigma social relatados por Nakamura (2004) para quem está fora dos padrões determinados pela cultura. Em contrapartida, porém, observa-se que o comentário de terceiros sobre o corpo delas com o quadro de anorexia, que seria a magreza, parece ainda incomodar, conforme se pode verificar no relato da Participante 3: “Quando eu voltei, entreguei as fotos para ele que eu tava magra, ele não acreditou, aí ele não aceitou as fotos mais” e a seguir:

No dia do meu casamento, ano passado, todos me olhavam, eu estava muito magra, ficavam perguntando se eu estava sentindo alguma coisa. Comecei a ficar um pouco apavorada. A atenção estava toda em mim. Estava concentrada muita gente conhecida, então foi muita coisa num dia só. Sabe, aí que eu vi que estava mal mesmo e muito magra mesmo (Participante 1).

Quando eu saio na rua e ouço nego me zuar: “ah, vai voar, ah magrela”. Então, assim, eu sei que a minha imagem não reflete bem para as outras pessoas, assusta, entendeu? (Participante 2).

Busse e Silva (2004) afirmaram que, por mais que essas mulheres estejam extremamente emagrecidas ou caquéticas, o que as norteia é o medo intenso e inexplicável de engordar. Nesse sentido, os comentários depreciativos incomodam as mulheres com anorexia e não são bem-vindos quando expressam o excesso de peso que elas acreditam ter, como nos relatos a seguir:

Outro dia, eu estava mudando de roupa, e o meu sobrinho estava no quarto, eu estava passando creme e ele ficou batendo no meu bumbum e falando: olha, bumbum mole, bumbum mole. Isso me incomoda (Participante 2).

Hoje no pilates, uma senhora que faz ginástica comigo, uma velhinha de 81 anos, e tinha uns dois meses que a gente não se via. Ela disse “oi, tanto tempo a gente não se vê, você deu uma encorpadinha, hein!” Eu pesei, acabei de pesar porque de vez em quando eu peso lá na academia. Eu não ganhei peso, mas ela me falou: “você deu uma encorpadinha”, aquilo me incomodou. Aí já me olhei e me senti encorpada (Participante 2).

As representações sociais do corpo vão sendo construídas nessas relações sociais e influenciam o desenvolvimento dessas mulheres desde a primeira infância. Nesse sentido, as vivências de criança e adolescência também se mostraram estar relacionadas a comentários depreciativos por parte da família em relação à aparência e à forma corporal, como informa a Participante 3: “Meus pais me cobravam, que eu comia muito, e realmente eu era muito gorda” e no depoimento a seguir:

Eu me lembro de eu deitada na cama da minha mãe vendo televisão e todo mundo me chamando de televisina, (...) e eu lembro de eu sentada lá vendo televisão deitada na cama da minha mãe e alguém, meu pai ou mãe, chegava e falava você fica aí o dia inteiro criando bunda (Participante 2).

Por outro lado, quando já desencadeada a anorexia, Fernandes (2006) descreveu que as interferências, advertências e opiniões do meio familiar, quanto à evidência do emagrecimento, só fazem aumentar a determinação da jovem anoréxica na continuidade de seu projeto. O sentimento de controle de si, de suas necessidades corporais e, conseqüentemente, dos outros, parece ser, nesse momento, uma fonte de satisfação:

Minha mãe chegava e perguntava “você já almoçou?” e eu dizia “é porque eu almocei na casa da Teca” que é minha irmã, e eu não comia, e isso ia passando (...) Eu moro na casa de cima e minha irmã embaixo. Ela é tipo mãe pra mim, aí ela falava “você já almoçou?” “eu já almocei”, mas eu não almoçava nada (Participante 1).

Nesse momento, os comentários da família servem de incentivo para continuar a restrição alimentar. É marcante a angústia da família diante da inquietante indiferença ou mesmo do inquietante “bem-estar” apresentado por grande parte dessas jovens com o próprio emagrecimento.

Nota-se que a família possui um importante papel na anorexia: a cobrança, seja no sentido de excesso de peso ou de escassez do peso. Em geral, ela procura ajuda profissional

numa fase mais aguda do transtorno, quando se evidencia a urgência de uma intervenção profissional. Galvão et al. (2006b) relataram que, muitas vezes, essas famílias são superprotetoras, rígidas nos relacionamentos entre seus membros e com dificuldades de resolver conflitos, conforme pode ser verificado na fala da Participante 3: “Meus pais não estavam entendendo o que estava acontecendo comigo” e também no relato da Participante 2:

Se a minha mãe não fez, porque eu não como carne vermelha e ela não fez um bife de frango só pra mim, tipo se eu não ia comer aquilo, ela sabe que eu não almocei, eu não almoço, não almoço mesmo.

Os relatos parecem confirmar que as relações familiares na anorexia parecem adquirir importância durante o quadro, mas vale lembrar que antes mesmo dos primeiros sintomas, na infância ou adolescência, os indícios dessas relações podem influenciar comportamentos futuros. Isso ocorre porque as representações sociais do corpo para as mulheres com anorexia se constroem também a partir dessas relações familiares, da maneira como os pais conduzem suas próprias representações.

Por outro lado, os relacionamentos afetivos também se mostram importantes, pois os primeiros interesses costumam ocorrer quando ainda meninas: “Eu tinha 12 anos e estava a fim de um menino e foi a primeira vez que eu fiquei assim mexida por alguma pessoa mais efetivamente” (Participante 2).

Em seu relato, a Participante 2 associa o surgimento da anorexia com algumas mudanças e destaca seu primeiro interesse afetivo, demonstrando o quanto o peso (nesse caso, o excesso) pode interferir nesses primeiros relacionamentos. Quando instalado o quadro de anorexia, por sua vez, Kaplan e Sadock (1984) consideraram que o ajustamento sexual da mulher anoréxica é deficiente. As adolescentes podem ter o desenvolvimento sexual retardado, e as adultas apresentam o interesse pelo sexo diminuído:

Costumo dizer que eu sou assexuada. Porque como eu voltei minha vida toda para a anorexia, isso me podou de qualquer outra possibilidade de, então eu não tenho como, fazer alguém gostar de mim, eu não tenho como seduzir alguém se eu mesmo não gosto de mim. Eu não tenho espaço para outra pessoa na minha vida (Participante 2).

Eu falo assim, se eu voltar a comer, se eu voltar a ganhar peso, eu vou ficar menstruada, mas eu não quero. Eu não quero e é uma das coisas que me prende muito a ficar assim (Participante 2).

Weinberg (2008) considerou que os sinais da sexualidade, principalmente a menstruação, costumam não serem aceitos pelas anoréxicas, que preferem um corpo magro, infantil, sem formas, com recusa ao desenvolvimento e à independência, confirmando a dificuldade de vínculos afetivos.

As evidências que se referem aos contatos sociais demonstram a gravidade do quadro de anorexia e, nesse sentido, o contato com profissionais da saúde torna-se bem constante tanto no momento agudo do transtorno quanto para a manutenção de sua melhora:

Eu fui na psicóloga, psiquiatra, nutricionista, mas nada adiantava. O ano passado é que eu comecei a ver que estava no fundo do poço. Eu vi que, se eu não tomasse jeito, eu ia morrer mesmo. Comecei a aceitar o tratamento, tomar remédios, voltei a alimentar, comecei a ouvir os conselhos (Participante 1).

O dia que minha psicóloga, eu fazia acompanhamento, me colocou na frente do espelho, pediu pra eu abrir a mão e mostrar os dedos, que eu vi que realmente minha mão tava muito magra, e os braços finos, eu tive aquele choque (Participante 3).

A atuação de uma equipe multidisciplinar, que inclui médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros auxilia a paciente com anorexia a entender melhor esse transtorno. O tratamento inicia-se com uma fase didático-educacional em que são informados os sintomas (Galvão, Pinheiro & Nunes, 2006c). Esses profissionais contribuem com seus conhecimentos científicos, além do acolhimento e manejo nas questões individuais. Eles são importantes na medida em que auxiliam essas mulheres a reconstruírem suas representações sociais sobre o corpo.

No que se refere aos aspectos físicos, de acordo com Morgan et al. (2002), na puberdade, as mudanças físicas nas meninas elevam a proporção de gordura, e, conseqüentemente, há aumento do peso. É comum as jovens relatarem o excesso de peso relacionado à comida nessa época de transição: “Eu pesava 66 quilos e na adolescência fui gordinha. Eu engordei muito. Tomava um litro de leite com biscoito recheado, assentada na frente da TV” (Participante 3).

Mas os relatos de excesso de peso não acontecem somente nessa transição, pois, na infância, já se observam problemas quanto ao corpo, confirmados pelas entrevistadas. As insatisfações com o peso, porém, começam a tomar maior dimensão na puberdade, facilitada pela percepção de si mesma e pelas cobranças sociais. Nesse momento, as preocupações com a forma física podem levar a jovem a ter comportamentos alimentares cada vez mais restritos,

a fim de atingir o ideal corporal que está buscando. Elas param de comer ou comem o mínimo possível, ficando muito magras:

Na dieta, eu comecei a diminuir os alimentos por conta própria, comecei a tomar remédio para emagrecer, fui emagrecendo, a ponto de não comer quase nada. Só depois comecei a perceber, a enxergar que realmente eu estava muito magra, só não conseguia comer, só não sabia como lidar com isso, eu não conseguia (Participante 3).

Há uma necessidade obsessiva de emagrecer (Cunha, 2008). Os comportamentos anoréxicos são dirigidos à diminuição do ganho energético ou ao aumento de seu gasto, mas, ainda assim, não são uniformes, pois há diferenças no padrão alimentar e nos métodos utilizados para emagrecer ou evitar o ganho de peso. Galvão et al. (2006) esclareceram que essas mulheres conseguem perder peso por meio de restrição alimentar rígida e intensa, evitando alimentos calóricos ou, até mesmo, induzindo o vômito, tomando diuréticos e usando anorexígenos.

Para conseguir a acentuada perda de peso, a anoréxica estabelece uma relação com a comida extremamente rígida, de evitação dos alimentos, sem, no entanto, justificar uma inapetência, pois, nas fases iniciais, não há perda de apetite. Evidencia-se que, somente quando estão extremamente magras, as anoréxicas podem deixar de ter apetite. O padrão e o comportamento alimentar da anorexia nervosa ficam seriamente comprometidos, excluindo, inicialmente, os alimentos calóricos e depois estendendo a outros tipos de alimentos, com um consumo diário menor que 700 kcal. Segundo Alvarenga e Dunker (2004), os alimentos “bons” (frutas e saladas) constituem as refeições das anoréxicas, o que pode ser confirmado no seguinte relato da Participante 1: “Só tomava água e comia salada. Eu era magra, ia às festas e não comia”.

Essas mulheres não costumam consumir carboidratos e gorduras. Elas, comumente, realizam menos de três refeições diárias, mas não é somente o corte de alimentos ou nenhuma ingestão de alimentos que caracteriza o quadro. À medida que a mulher emagrece, vai havendo redução de seu gasto metabólico como uma proteção do organismo e, para acelerar a perda de energia, a prática de exercícios físicos se torna intensa. Eles se transformam em uma obsessão, sendo realizados regularmente e com uma sequência rígida. A paciente se exercita mais se comer mais do que acha que deve. A prática da atividade física se torna, assim, uma mediadora entre a jovem e a comida:

Tive várias crises, porque eu achava que não podia ficar parada. No hospital, eu fazia exercícios, andava no corredor, eu achava que não tinha que comer porque se comesse e ficasse parada, eu ia engordar (...) Aumentei atividade física, arrumava a casa todinha, para movimentar o dia todo (Participante 3).

As declarações da Participante 3 mostram-se mais no passado, na época aguda do transtorno. Em contrapartida, a Participante 2, que permanece no quadro de anorexia, pratica atividade física regular, tais como musculação, ioga, pilates, e afirma: “Tenho que ir para musculação, se eu não for à musculação, eu fico doida. Vou me achar uma baleia, não rola”.

Em razão do emagrecimento excessivo e dos métodos utilizados para isso, como remédios e/ou exercícios físicos em excesso, começam a surgir as complicações de saúde, pois muitos dos sinais e sintomas da anorexia são atribuíveis à inanição. Pomeroy (1996) afirma que as anoréxicas podem apresentar queixas físicas, como dores de cabeça e fadiga, além de distúrbios do sono, intolerância ao frio e dores abdominais.

Um destaque é dado à amenorreia que, de acordo com dados do DSM-IV (1995), é um dos critérios diagnósticos da anorexia, pois ela costuma ser uma consequência da perda de peso. A ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos nas mulheres caracteriza esse quadro, como no relato a seguir: “As complicações aparecem, fiquei sem menstruar” (Participante 3).

A amenorreia é atribuída à desnutrição, embora Galvão et al. (2006) tenham declarado haver de 20 a 30% das pacientes que não menstruam antes da perda de peso excessiva. A falta de menstruação pode levar a complicações ósseas e resultar em osteoporose. Além disso, há queixas de constipação, bradicardia, arritmia cardíaca, anemia. Segundo Cordás et al. (2004), a desnutrição pode levar à fraqueza e a outras complicações físicas, como nos depoimentos a seguir: “Eu ficava muito fraca, dormia mal. Minha irmã foi me dar banho, eu não estava agüentando me levantar da cama. Aí ela viu o quanto eu estava magra” (Participante 1). E ainda: “Desmaiei várias vezes” (Participante 3).

As alterações de pele e cabelo são facilmente identificáveis nas anoréxicas. De acordo com Busse e Silva (2004), a pele fica seca e amarelada, com lanugo, os cabelos finos e quebradiços, conferindo aspecto envelhecido, como declara a Participante 3: “O cabelo cai”. Também a Participante 1 afirma: “Eu estava com a pele seca, pele horrível, com espinha. O cabelo estava caindo, meu cabelo estava fraco”.

Esses relatos são confirmados por Pomeroy (1996) ao dizer que o cabelo e as unhas ficam quebradiças e há perda do couro cabeludo. A pele também fica amarelada. As



complicações clínicas tornam-se importantes na fase aguda da anorexia e ajudam a caracterizar o aspecto patológico do transtorno alimentar.

Fernandes (2006) considerou que, em um prognóstico a curto prazo, devem-se considerar os riscos somáticos da desnutrição. A autora acreditou, contudo, ser importante considerar os riscos não só do emagrecimento, como também os de vida, presentes nos casos mais graves.

A medicina tradicional, de acordo com Cordás et al. (2004), preocupa-se muito mais com o emagrecimento e a amenorreia do que com a gravidade total do quadro anoréxico, mas, sem um acompanhamento rigoroso a longo prazo, pode haver recaídas frequentes, chegando, até mesmo, a ponto de a anoréxica necessitar de internações hospitalares para restauração do peso.

O ganho de peso, segundo Nunes e Ávila (2006), continua sendo um componente crítico do tratamento da anorexia e, quando ele não é obtido por meio dos tratamentos ambulatoriais, pode haver necessidade de internação. Guimarães et al. (2002) afirmaram haver diversos níveis de atendimento que visam à recuperação mental e física das pacientes. Os autores apontam a internação parcial (hospital-dia), confirmada pela Participante 1:

O ano passado foi a parte que fiquei pior. Dessas outras crises, nunca precisei de internar. Mas ano passado eu tive que ir direto, tomava soro, voltava pra casa, aí o médico quis me internar e eu não quis. Ele falou que meu estado era muito grave.

Já a internação completa ocorre quando o peso é menor que 75% do peso mínimo esperado, quando o IMC está abaixo de 13 a 14 kg/m<sup>2</sup> ou quando ocorre a presença de alterações hemodinâmicas e alterações físicas, que indicam ameaça imediata à sobrevivência, conforme Guimarães et al. (2002) e no relato:

Fiquei em BH dois meses, porque fiz todos os tipos de exame, todos deram normais. Fizeram uma junta médica e descobriram, chegaram à conclusão de que eu estava com anorexia, o que nem eu sabia que isso era anorexia, até que a médica foi me explicar o que era anorexia. Fiquei internada um mês e meio para descobrir e começar o tratamento para ganho de peso. Eles tentaram, mas não ganhei um quilo. Então esse tratamento foi à base de remédio, só de remédio, não fiquei no soro, tive uma alimentação balanceada, mesmo no hospital eu não conseguia comer. Eu tive alta, ganhei peso, tive dificuldade, o pior dia pra mim foi quando subi na balança para pesar mas aí eu tive que voltar (para casa), mesmo sofrendo lá, eu não queria voltar prá cá, me sentia segura lá, aí eu voltei pra casa. Vim embora e cheguei em casa, tava com dificuldades, comia a mesma coisa, fazia as mesmas coisas (Participante 3).

O tratamento hospitalar atua no ganho de peso, mas não deve ser considerado como a abordagem terapêutica definitiva. Ele deve ser indicado em situações específicas quando a anoréxica necessitar de um cuidado mais intensivo. É importante considerar que, quando o tratamento da anorexia não for bem indicado, muitas vezes esse procedimento pode se tornar ineficaz, e as recaídas são frequentes. A anorexia costuma ter um curso prolongado, sendo comuns as recaídas após hospitalizações:

Voltei para 43 quilos, então me internaram de novo, voltei para BH; foi mais rigoroso com mais acompanhamento, psiquiátrico, psicológico no hospital. Tive que tomar mais remédio (Participante 3).

O tratamento hospitalar da anorexia nervosa requer uma abordagem multiprofissional em que cada especialista desempenha um papel na área comprometida da paciente. A melhora pode ser obtida com a recuperação do peso corporal e da restituição de um hábito alimentar mais adequado (Guimarães et al., 2002).

No que se refere aos aspectos psicológicos, parece haver um consenso na literatura que a depressão está quase sempre relacionada ao quadro de anorexia. Para Pinzon e Nogueira (2004), as patologias afetivas ocorrem em 52% a 98% das pacientes com anorexia, enquanto Fontenelle et al. (2002) afirmaram que a incidência dos sintomas de transtornos de humor na anorexia nervosa, ao longo da vida, é quase universal, podendo chegar a 98%. Esses dados são confirmados pela Participante 1: “Com 16 anos eu comecei a ficar muito triste, parei de comer, comecei a emagrecer direto. Entrar mesmo na depressão, por causa do corpo”, e pela Participante 2: “Porque eu tenho durante o dia o humor triste”. Também a Participante 3 confirma os dados apresentados nesta pesquisa:

Eu tive depressão, acho que nunca tive curada totalmente. Quando fiquei impedida de dançar, acho que contribuiu para a depressão (...) Então é saber lidar com as crises, choro, depressão mesmo.

Fernandes (2006) esclareceu que a modificação do humor, no início dos sintomas de anorexia, deixa entrever, já nessa ocasião, o componente depressivo. Nesse aspecto, alguns sentimentos se relacionam a esse quadro, como baixa autoestima, ansiedade alta, perfeccionismo, pensamento como “tudo ou nada”, incapacidade de encontrar formas de satisfação, alta exigência e incapacidade de ser feliz (Oliveira & Santos, 2006). Os sentimentos negativos em relação a si mesma, na anorexia, parecem predominar, assim como o componente depressivo se mostra presente nas três participantes destacadas acima.

Nesse sentido, um sentimento que se torna bem comum no quadro de anorexia é o medo de engordar. Esse sentimento é favorecido por um ponto central na psicopatologia desse transtorno, ou seja, a distorção da imagem corporal. Essa característica pode ser explicada por meio do sentimento de a paciente se sentir gorda, mesmo estando abaixo do peso esperado para sua altura e idade (Bruch, 1962; Werebe, 1997).

O medo intenso ou mórbido de engordar representa o aspecto psicopatológico principal na anorexia, como reafirmaram Claudino e Borges (2002). O relato a seguir comprova a afirmação:

Eu tinha pavor de engordar. Eu ainda tenho medo. Eu falava assim, posso chegar nos 40, no máximo 45. Mais do que isso de jeito nenhum (...) Fica sempre uma coisa na cabeça, que se eu comer eu vou engordar (Participante 1).

As mulheres com anorexia costumam não apresentar crítica com relação a seu corpo, e, mesmo estando extremamente magras, ainda sentem-se gordas. Galvão et al. (2006a) apontaram que, na anorexia, há negação dos riscos ligados ao baixo peso, pois o importante é essa busca pela magreza. O medo de engordar é percebido pelo comportamento e, nesse sentido, Jodelet (2001) auxilia no entendimento de que as representações guiam no modo de tomar decisões, fazendo com que tenham comportamentos dirigidos à perda de peso.

O medo de engordar pode estar associado a sentimentos ambivalentes em relação ao corpo, oscilando em momentos de “gostar” e “não gostar”, assim como dividir o corpo em partes de que gosta e não gosta, conforme as falas descritas a seguir:

Ah, eu estou satisfeita. Tenho força para fazer as coisas. Eu estou gostando do meu corpo, mas no fundo, no fundo, ainda fica um medo de engordar (...) Ah, hoje eu estou bem. Só não quero que meu corpo passe do que está (Participante 1).

O meu rosto eu gosto, às vezes, acho que está muito fundo. A parte que vai do queixo até o peito eu não gosto, porque eu acho muito magra, falta peito, esses ossos aqui têm vez que olho e não acho bonito. Porque é meio que um troféu mesmo, mas acho que falta peito. Às vezes olho e acho que é uma criança... a minha barriga não gosto, não gosto, eu acho, aí eu acho a distorção clara que eu não gosto da minha barriga e minha coxa. Então eu não me acho gorda, mas me acho barriguda como se tivesse com vermes. Hoje eu (...) eu olhei para meu abdome, eu achei bonito, trabalhado, etc. Minha coxa, também acho gorda. Quando sento, ela espalha, e aquilo me irrita. Não espalha igual quando eu tinha 70 quilos, mas acho que não tem jeito de sentar e a coxa não espalhar, tem a carne, mas isso me incomoda, não tem como eu negar isso. E da perna pra baixo não me incomoda. Tem

hora que eu gosto, tem hora que não gosto. Sou muito instável. Tipo que nem hoje, olhei minha barriga e gostei da minha barriga. Às vezes, eu penso que se eu tivesse mais seio eu não me incomodaria tanto com minha barriga (Participante 2).

Nota-se que os sentimentos em relação ao corpo são de gostar e não gostar, estar satisfeita e não estar satisfeita. Contudo, há uma diferença clara entre esses relatos: a Participante 1 está em fase de recuperação do transtorno, enquanto que a Participante 2 permanece no quadro de anorexia.

Nesse sentido, a relação com o espelho revela um importante contato da mulher com seu corpo, confirmando os sentimentos de amor e ódio por ele despertados: “Estou sempre me olhando no espelho, vendo se estou passando do limite” (Participante 1). E ainda: “Oh, eu não fico olhando muito pra mim não” (Participante 2).

A relação com o espelho, na verdade, denuncia a relação que a mulher com anorexia estabelece com o próprio corpo. Cordás et al. (2004) esclareceram que essas mulheres, frequentemente, consultam o espelho e examinam-se o tempo todo com a percepção errônea de estar gorda e de ter algumas partes do corpo com as formas aumentadas, mesmo com importante perda de peso. Na verdade, o espelho se mostra cúmplice da mulher com anorexia, pois, por meio dele, tem-se conhecimento do ganho de peso ou do emagrecimento.

Percebe-se, assim, que a relação com o próprio corpo nem sempre é bem vivida, confirmada pelo medo de engordar e pelos sentimentos de gostar e não gostar do corpo. Outra característica que demonstra essa relação são as roupas:

Se eu gostasse de mim, eu ia andar bem vestida, eu ia ter cuidado comigo, de passar batom, eu ia colocar bijuteria. Eu não tenho nada disso, muito pelo contrário, sou totalmente desleixada, desleixada. Tanto que assim minha mãe me “enche o saco” porque eu uso sempre as mesmas roupas. A roupa fica tipo velha e eu estou usando. Então, não tenho esse tipo de vaidade. (...) Eu tenho um armário cheio de roupa bacana e que eu não uso porque acho que elas são muito bonitas para eu usar. Antes eu fugia, usava roupa larga, mas também escondia de certa forma, entendeu? Usava roupa largona, mas eu não lembro muito (Participante 2).

A roupa torna-se um importante mediador entre o corpo e a mulher, apresentando-se como um acessório relevante na anorexia, pois permitiu esconder a gordura da infância e/ou adolescência, como no seguinte depoimento:

Eu lembro de uma vez que minhas amigas sentaram para conversar comigo: você tem que vestir mais como mulher, porque você não é menino pra ficar usando bermudão com camisão, largona (Participante 2).

Por outro lado, a roupa também é usada para esconder a magreza, pois quando elas estão muito magras, há a tendência de camuflar a caquexia, como relataram Cordás et al. (2004). Para disfarçar a percepção errônea de estarem gordas, é comum o uso de roupas largas não só para as mulheres com “o corpo enorme”, mas também para que os familiares não percebam sua progressiva magreza: “Eu usava roupa larga e preta para esconder que estava magra” (Participante 1).

Percebe-se que, por mais que o objetivo das mulheres com anorexia seja estar magra e exibir sua conquista, a roupa que se mostra intermediária entre o corpo e a mulher não é explorada positivamente. Importa destacar que, em nenhum momento, as falas demonstraram uma boa relação da mulher com anorexia e as roupas.

Nesse sentido, percebe-se a importância exagerada dada ao corpo na anorexia nervosa. Galvão et al. (2006a) destacaram que são preocupações excessivas com o peso e a forma corporal as quais ocupam o pensamento dessas mulheres na maior parte do tempo, o que as levam a perseguir um corpo magro ideal, conforme informa a Participante 1: “O corpo é muito importante para mim. A questão da aparência é muito importante pra mim”. Também nos relatos a seguir há comprovação desse fato:

O corpo pra mim é tudo. Acho que tem que cuidar bem do corpo. Antes eu dava mais importância ao corpo. Acho que primeiro é a mente. A mente tem que estar boa para o corpo estar bem. Não adianta estar só com o corpo. O corpo é uma máquina, a gente tem que estar cuidando dele, mas depende muito da mente (Participante 3).

Então corpo pra mim é uma manifestação da minha vontade, entendeu, da minha escolha, muito mais um desafio de provar pra outras pessoas de que tudo bem enquanto eu puder lutar para isso eu vou lutar. Eu acho que eu gosto muito mais de ser magra do que de mim, entendeu? (...) Então, de uma forma ou de outra, eu acho que o corpo sempre representou um problema, uma questão (Participante 2).

Os relatos confirmam o que Claudino e Borges (2002), o DSM-IV (1995) e Galvão et al. (2006a) esclareceram quanto à autoavaliação na anorexia: é excessivamente centrada no peso e na forma corporal. Essa característica se desencadeia em dietas extremamente restritivas e na utilização de métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. As mulheres com esse transtorno costumam julgar a si mesmas baseando-se, quase exclusivamente, em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas.

Dessa maneira, pode-se concluir que os aspectos psicológicos, o medo de engordar, os sentimentos ambivalentes em relação ao corpo, a importância exagerada dada ao corpo e o

difícil relacionamento com as roupas e com o espelho constituem-se como um importante fator que relaciona a anoréxica a seu corpo. Mas não só esses, pois os relatos também tratam dos aspectos físicos e dos contatos sociais que, juntamente, atuam na caracterização das representações sociais do corpo de mulheres com anorexia.

Esses três aspectos se mostram interligados por essas jovens em suas falas sobre o corpo, confirmando as ideias de Moscovici (2007) sobre o fato de as representações sociais serem constituídas por processos sociocognitivos e, assim, terem suas implicações na vida diária, influenciando os comportamentos. O corpo parece estar sendo construído e reconstruído por essas mulheres, ainda que se perceba a importância significativa que o corpo assume nesse transtorno, o que favorece suas atitudes em relação a ele, podendo confirmar seu caráter patológico.

#### 5.2.2 Descrição das representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de bulimia nervosa

As representações sociais das mulheres com bulimia também se constituem a partir de processos psicológicos e sociais. Os relatos, a seguir, trazem a definição para elas do que seja esse transtorno:

Bulimia, eu acho que é a pessoa se alimentar demais e, nessa orgia alimentar, ela faz uso de laxante ou vômitos. Pra mim, bulimia é isto. A pessoa usa, a pessoa ela come, quando ela tem bulimia, ela come muito para vomitar, pelo menos isso acontece comigo. (...) Antes eu comia porque sabia que tinha um refúgio depois. Eu sabia que eu podia vomitar. (...) É uma coisa que não que eu não engorde, mas que eu não me sinta cheia, mas tem sempre uma relação com o peso, entendeu, tem sempre uma relação com o peso (Participante 4).

Bulimia é quando você para de comer, diz a minha psicóloga, que é quando você come, come, come, tem uma crise de comer e depois você vomita ou toma laxante ou então não come nada e, mesmo assim, vomita também. Às vezes, eu passava 4 dias à base de líquido, refrigerante *light*, cigarro, café com adoçante e, de vez em quando, sentia tontura, comia um pedacinho de clube social com remédio. É isso, acho. E aí em seguida depois vem uma compulsão sem parar (Participante 5).

Pode-se observar, nesses depoimentos, que as entrevistadas relatam suas experiências, mas esclarecem sobre a caracterização do quadro de bulimia, inclusive ressaltando a informação de um profissional especializado. Essas declarações dizem respeito à

privação, posterior compulsão e em seguida à utilização de métodos compensatórios, sempre tendo o corpo como pano de fundo.

As representações sociais do corpo estão sempre sendo construídas, principalmente pelo acesso às informações do universo reificado (Moscovici, 2007). Através das descobertas da ciência e da conseqüente divulgação nos meios de comunicação, novas nuances são dadas aos objetos e, nesse ínterim, o corpo também se apresenta. À medida que as representações são construídas, elas orientam os comportamentos.

Na bulimia, observa-se que as dificuldades alimentares iniciam-se ainda na infância (Morgan et al., 2002), e os efeitos no corpo denunciam esses problemas. No que se refere a aspectos sociais, as cobranças da família em relação ao corpo das entrevistadas costumavam acontecer desde então:

Meu pai me cobrava (...) meu pai tinha medo de eu ficar muito gorda, pegava minha calça, “está um pouco mais apertada, você engordou” (...) Tive muita mágoa com ele um tempo. Agora a gente fica longe e aproximou mais de novo. Porque ele percebeu o que ele fez quando eu pesei 56 quilos eu fiquei doente, com vontade de comer nada (Participante 5).

Quando era gorda, começou com minha mãe. Ela falava: “você está uma baleia, você não vai sair comigo desse jeito não, nenhuma roupa fica boa em você. Ah, vai ficar dentro de casa, não vai sair comigo” (Participante 8).

A família apontava o excesso de peso e tecia comentários negativos sentidos pelas participantes: “Até minha tia falou, vendo um filme sobre Natal, eu era bem patola mesmo, bem cheinha, eu sentia que era um pouco zuada” (Participante 4). Esses relacionamentos com a família apareceram no tom de cobrança em relação ao corpo, desvalorizando as entrevistadas. O comentário de outras pessoas também eram sentidos como pejorativos no que diz respeito ao corpo, como mostra a Participante 5: “As pessoas na rua falavam ‘olha você não pode ficar assim’”. E ainda: “Quando eu era gorda, ninguém me olhava, se olhava, era de pavor” (Participante 8). Abaixo, o relato da Participante 4 confirma esses comentários:

Se eu ficasse muito gorda, as pessoas não iam me aceitar, eu não ia ser o centro das atenções. Porque pra mim o principal é isso, sempre foi, tanto em casa quanto na rua. (...) As pessoas te colocam numa situação que você não pode ser gordinha (...) Porque o corpo, hoje em dia, as pessoas te olham pra que primeiro, pro corpo. Seu rosto, seu cabelo, o corpo infelizmente.

Os comentários a respeito do corpo se mostraram tão frequentes que começaram a afetar essas participantes. Nos relacionamentos afetivos, essas dificuldades aparecem mais claramente, como nos depoimentos a seguir:

Quando eu comecei a namorar, aí que começaram as traições, mas por que comigo? Eu pensava por que comigo? Eu não sou normal, não sou bonita? Tenho o corpo que todo mundo tem? Eu sempre pensava assim, que ia melhorar, que ia deixar mais formato, que ele ia gostar (Participante 6).

Porque antes eu estava mais preocupada com o que as pessoas iam achar, com aquele padrão geral de beleza, tem que estar magra porque senão nenhum menino vai gostar de mim (...) Meu ex-namorado, ele adorava gente magra, então aí foi a fase que fiquei mais magra, foi em 2007, em 2007 eu tinha 19, é. E no início de 2007, foi quando eu pesei 56 quilos. Eu tomava remédio e dormia o dia inteiro, esperando o fim de semana que ele vinha, sabe (Participante 5).

Esses comentários parecem ganhar importância e podem acarretar sentimentos negativos em relação ao próprio corpo. Muitas vezes, essas mulheres começam a se sentir insatisfeitas consigo mesmas, o que pode desencadear o quadro de bulimia.

Pensa-se na possibilidade de o corpo ter se tornado aquilo mais próximo da identidade do ser humano, pois é através do corpo que se mostra o melhor de si. Devido à proporção significativa que é dada ao corpo, é pela aparência física que o sujeito comprova o que quer mostrar de sua subjetividade. Dessa maneira, torna-se difícil resistir às dietas e a outros artifícios que agem na tentativa de neutralizar os efeitos que estão fora do padrão (Sant'Anna, 2001).

Nesse sentido, os contatos sociais se mostram importantes na construção das representações sociais do corpo, visto que, por meio dos discursos das pessoas e dos grupos, tais representações circulam e podem orientar os comportamentos. Por apresentarem excesso de peso na infância e/ou adolescência, essa característica começou a ficar destoante nas entrevistadas, uma vez que o corpo belo passou a ser sinônimo de magro (Morgan et al., 2002; Murriss et al., 2005).

De fato, a bulimia se inicia a partir de uma excessiva preocupação em relação ao corpo e à forma física. Cordás et al. (2004) esclareceram que a mulher pode estar com seu peso normal ou ligeiramente acima do adequado. Por outro lado, Morgan et al. (2002) consideraram a puberdade como fator de risco para o desenvolvimento da bulimia, justificado através do aumento de gordura corporal nas meninas, gerando preocupações com o corpo e levando à necessidade de reorganização da imagem corporal. No que se refere aos aspectos



físicos, os relatos de excesso de peso nessa época são comuns: “Eu já fui muito gordinha (...) Fiquei bem patola, bem assim, com os seios bem inchados, barriga bem estufada, isso começou a me preocupar” (Participante 4). E ainda: “Na adolescência não foi bom porque engordei demais” (Participante 8).

Em função do excesso de peso, dos comentários recebidos e da pressão para emagrecer, o início da bulimia costuma ocorrer em razão de uma dieta para emagrecimento por causa de excesso de peso real ou imaginário. Morgan et al. (2002) afirmaram que a tendência à dieta pode precipitar o desenvolvimento desse transtorno, uma vez que as jovens com bulimia são mais pesadas (que as anoréxicas), podendo torná-las mais sensíveis à sua aparência física e mais propensas a começar uma dieta.

A restrição alimentar favorece o aparecimento das compulsões. De fato, as bulímicas estão sempre insistindo em começar uma nova dieta; contudo, em seguida, surgem as orgias alimentares. Segundo Alvarenga e Dunker (2004), em cerca de 83% dos casos, as dietas precedem as compulsões. Essas últimas se caracterizam por uma ingestão excessiva de alimentos, como informa a Participante 7: “Você vai, come, come, come e come muito”, a Participante 8: “Comi tudo que vi pela frente”, a Participante 6: “Comia. Comia, nossa, muito mesmo. Tinha dia que eu achava que ia estourar de tanto que eu comia, mas comia muito, muito mesmo”, e a Participante 4:

Como muito, exatamente. Eu fico muito desesperada, às vezes, eu não quero, porque antes eu comia para vomitar. Hoje eu como porque, às vezes, eu quero, mas se eu passo além que o meu querer, eu ainda não tenho essa noção. Eu tenho essa noção, mas eu quero sempre mais. Eu não consigo controlar isso ainda não. Se vou numa festa eu sou, às vezes, mal educada, sou mal educada. E isso, às vezes, as pessoas notam, porque eu vou comendo, vou comendo, vou comendo, eu não tenho fundo, parece.

Busse e Silva (2004) e o DSM-IV (1995) mostraram que o quadro clínico de bulimia aponta para uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida, em que a paciente ingere quantidades excessivas de alimentos em um curto período de tempo, aproximadamente em 2 horas:

Então no frio (intercâmbio na Noruega), eu comia desesperadamente. Se eu não tinha nada a fazer, eu comia, se eu também tinha, eu comia. Eu comia todo dia, comia muito pão com queijo e geleia. Então eu comia muito, muito (Participante 5).

Pacotes e mais pacotes de biscoito sumiam dentro de casa. Abria a geladeira e, às vezes, eu comia pão velho. Esquentava no microondas e comia com café com leite ou com Nescau. Gastava um coisa de Nescau, um pote de Nescau (Participante 4).

O padrão alimentar das bulímicas é considerado caótico, segundo Alvarenga e Dunker (2004), pois ingerem pequenas quantidades de alimentos, que são também restringidos em sua qualidade e chamados de “alimentos proibidos”. Entretanto, logo em seguida, desencadeia um episódio bulímico, no qual o valor calórico ingerido é altíssimo e com o consumo desses alimentos que não eram permitidos.

Segundo Barreto et al. (2006), para aliviar um mal-estar físico causado pelo excesso de alimentos e para evitar o ganho de peso, a alternativa está nos métodos compensatórios, entre eles destaca-se o ato de vomitar, instalando-se, assim, o ciclo dieta, episódio, purgação, que serve para ilustrar o fluxo da patologia alimentar, como se pode verificar nos seguintes depoimentos:

Mesmo eu tendo comido em casa, eu sei que posso comer e posso vomitar (...) De vez em quando, eu vomito ainda. Eu já diminuí muito, muito mesmo (...) Se eu tiver má digestão, é aí que eu vomito e isso ajuda (...) Porque, às vezes, você quer fugir de um problema para poder comer e vomitar (Participante 4).

Natal você come muito. Teve um Natal que eu não aguentei, tive que vomitar. Então sempre foi assim, se eu comia mais do que eu queria, eu já passava mal (...) Eu vomitava todo dia (Participante 4).

Chegou no quinto dia exagerei demais, chorei, não devia ter feito, fui vomitei, foi a primeira vez, depois fui fazendo sempre. Eu vi que era mais fácil, tava perdendo peso (Participante 8).

Os métodos compensatórios inadequados seguem os episódios bulímicos. O vômito autoinduzido é o método mais frequente, de mais fácil identificação e que melhor delimita o final de uma compulsão (Claudino & Borges, 2002). Mas os vômitos não aliviam somente o desconforto físico, uma vez que podem estar carregados de desconfortos emocionais:

Eu sempre fui assim, uma pessoa que guardei muito, e a forma que eu encontrei de desabafar era causando vômito (...). Se acontecesse alguma coisa que eu me sentisse ofendida, aí era o fim do mundo, aí eu procurava, comecei não sei como, comecei a provocar o vômito (...). Que toda hora que eu comia eu já ia direto para o banheiro (...). Eu sentia mal, ia, enfiava colher, tudo que tinha na frente, vomitava mesmo (...). Parecia que se

alguém me fazia mal, eu engolia, na hora que eu vomitava, tudo saía, entendeu, eu me sentia leve, ficava leve mesmo (Participante 6).

Seja qual for o mal-estar, físico ou emocional, os vômitos se mostram bem frequentes no quadro de bulimia. O uso de remédios para emagrecer constitui outro comportamento compensatório inadequado e recorrente para prevenir o aumento de peso:

A endocrinologista me dava doses cada vez maiores, anfetamina e antidepressivo, que eu já tinha tomado um pouco antes de ir para Noruega, mas tinha tomado em doses menores, em menos tempo. Aí desde então, desde junho de 2005 até março de 2008, eu tomei remédio sem parar. Com pequenos intervalos, mas bem pequenos e doses altas, ficava chapada mesmo (Participante 5).

Essas mulheres veem nos laxantes, nos diuréticos e nas anfetaminas a maneira ideal de manter o peso sem deixar de comer, ou ainda como alternativa para emagrecer, como mostra a Participante 7: “Comecei a tomar ontem um moderador de apetite pra ver se emagreço mais rápido”. Também os relatos abaixo comprovam o uso de medicamentos:

O remédio é que me deixa bem, que eu não engordo. Eu preciso tomar isso, minha doença é essa, eu preciso tomar (...) Joguei tudo fora e tive duas semanas de abstinência e fui melhorando, acho que até hoje tenho um pouco de abstinência (Participante 5).

Uso alguns remédios diuréticos, laxantes, fluoxetina de vez em quando, mas nada prescrito. Quando vejo que estou ansiosa, compulsiva, pego e tomo (...) Eu vejo que estou retendo líquido, uso diurético todo dia. Laxante não uso todo dia (Participante 8).

Segundo Cunha (2008), as mulheres que abusam cronicamente de laxantes podem prejudicar o tônus muscular do cólon, e assim tornam-se dependentes para estimular os movimentos intestinais, necessitando de doses sempre maiores, por resultar em quadros de intestino preso: “Eu tenho intestino preso. Não funciona direito mesmo desde a época em que eu tomei muito laxante e hoje eu posso tomar que não adianta nada, antes adiantava” (Participante 6). E ainda: “Tenho prisão de ventre, tenho demais” (Participante 8).

Pode-se perceber que, na maioria das vezes, os sintomas físicos das mulheres com bulimia são atribuídos aos efeitos da associação de diuréticos, laxantes e remédios para emagrecer (DSM-IV, 1995; Cunha, 2008; Assumpção & Cabral, 2002).

De acordo com Pomeroy (1996), pacientes com bulimia, muitas vezes, parecem saudáveis e podem ter poucos sintomas ou sinais óbvios de doença. Contudo as mulheres

podem precisar de assistência especializada para a recorrente purgação. Os comportamentos de compulsão e purgação afetam a dimensão física do corpo, o que pode gerar algumas complicações clínicas com marcas por toda a vida. Pode haver irregularidades menstruais, mas não ocorre a amenorreia. Busse e Silva (2004) esclareceram que, em função dos vômitos, as pacientes têm faces de lua cheia, desgaste dentário e presença de cáries.

Em comparação à anorexia, a bulimia apresenta um menor número de complicações de saúde, mas não menos significativas. Um sintoma comum são as feridas na boca, provocadas por problemas estomacais (Assumpção & Cabral, 2002). O depoimento da Participante 6 comprova isso: “Ficava com muita dor na garganta, muita dor, estourava muita ferida na boca”, assim como a Participante 8:

Eu vi uma vez uma menina comendo só abacaxi e emagreceu 30 quilos. Pronto! Começou assim. Vou fazer esse negócio de abacaxi. Fiz uma semana, feriu minha boca toda.

Em razão do ciclo excesso alimentar/purgação, através dos vômitos e também do uso de laxantes e diuréticos, as bulímicas entram em um quadro de fraqueza física, confirmadas pelos relatos: “Eu tive que fazer vários exames porque eu dei anemia. Nessa época, estava muito forte. Tava com a cor ruim, tava ficando muito fraca” (Participante 6). “Anemia essas coisas, sempre dá (...). Fiz tratamento para engravidar, estava faltando vitaminas no meu organismo, estava com o peso abaixo do normal” (Participante 8). “Eu já desmaiei uma vez ou duas, por não comer achando que ia emagrecer” (Participante 7). “Não estou aguentando mais de tanto vomitar, você fica fraca” (Participante 4).

Além das complicações clínicas, surgem os aspectos psicológicos envolvidos nesses quadros. Nesse sentido, a afirmação de Cunha (2008) relaciona o episódio de compulsão alimentar a uma forma de compensar um estado emocional descontrolado, que não visa apenas a saciar uma fome exagerada.

Nesse aspecto, de acordo com Fernandes (2006), a bulimia está associada à depressão ou a tendências depressivas; a incidência de depressão maior pode variar de 38 a 63% em pacientes bulímicos (Fontenelle et al., 2002), como declararam as Participantes 7 e 5, respectivamente: “Juntou que eu tive depressão” e “Comecei a desenvolver isso lá, em depressão profunda, porque lá eu chorava todos os dias porque eu queria voltar. Chorei praticamente todos os dias”. Os relatos abaixo também confirmam os estados depressivos:

A bulimia é tipo uma depressão. Você não sai dela se você não quiser, entendeu? É muito complicado. É uma doença assim, eu falo é doença. É uma doença bem complicada, porque você quer sair dela, não consegue, vai te dando um desespero porque você vai vendo que está indo pro fundo do poço (Participante 4).

Aí parei de tomar remédio e nesse tempo eu vivia numa depressão profunda, mesmo com o remédio, vivia muito mal sempre mal. Independente se eu tinha tudo que queria, se eu não tinha tanto material, como bem imaterial, namorado, tinha namorado, não tinha, se tinha amigo, não tinha amigo, eu tava sempre muito triste (...). Porque eu sei quando estou passando de todos os limites sabe, aí fico mais triste ainda (Participante 5).

Ah! Eu era assim. Tudo me dava muita vontade de chorar. Muita. Eu sempre fui muito depressiva (...). Estou me sentindo assim depressiva, agoniada, mas eu até luto contra isso, mas tem hora que a gente perde a força, eu já não sei mais o que fazer (Participante 6).

De acordo com Fernandes (2006), a mulher com bulimia apresenta diversos sentimentos, como medos e preconceitos em relação ao alimento e ao controle de peso. Os acessos bulímicos são geralmente precedidos de um período de excitação particular e prazer, seguidos de mal-estar, vergonha, sentimentos de desamparo, fracasso e solidão. A vontade de morrer torna-se um sentimento bem forte, como demonstrado pela Participante 4: “Tem uma hora que a gente pensa: quero morrer”. Esse sentimento foi expresso também pela Participante 6, como a seguir:

Na época da bulimia, também tinha muita vontade de morrer. Isso era constante. Tudo pra mim eu ia sumir, ia tomar veneno de rato, eu sabia que veneno de rato matava gente. Nessa época, já sabia disso, tinha muita vontade de morrer. Não tinha vontade de viver, não tinha vontade de sair, vontade de nada.

Cordás et al. (2004) apontaram que, após o episódio bulímico, surge um mal-estar físico e uma sensação de culpa, de estar fazendo algo fora do normal, o que leva à ideia de induzir o vômito para evitar engordar. A bulimia caracteriza-se pela fraqueza, pela vergonha e pelo pecado (Fernandes, 2006). As mulheres possuem um sentimento de culpa muito grande depois que comem: “Você se sente mal por ter comido, muita angústia” (Participante 7). E ainda:

Por isso eu sofro depois que como. (...) Quando como muito, me sinto suja. (...) Porque a minha culpa é muito grande (...). Na bulimia, o sentimento de culpa é gigante sabe, parece que você matou alguém (Participante 5).

Mas esse sentimento de culpa não cessa. É comum que esse sentimento também aconteça após vomitar; pode ser um alívio em função do mal-estar físico e do engordar, porém a culpa aponta que mais uma vez ela não conseguiu resistir aos impulsos: “É muito, é muito ruim, sabe, você fica levando aquilo, o dia que eu vomito eu me sinto a pior pessoa” (Participante 4). E ainda: “Hoje não tenho mais necessidade de engolir para depois botar pra fora” (Participante 7).

Esses sentimentos ajudam a entender o que Romaro e Itokazu (2002) esclareceram sobre as mulheres com bulimia: muitas vezes, elas sentem vergonha de seu transtorno e possuem vários sentimentos negativos em relação a si mesmas. A baixa autoestima é um deles, denunciada, muitas vezes, através do não gostar do corpo, uma dificuldade de aceitação do próprio corpo: “Tenho que emagrecer 5 quilos para chegar aonde quero” (Participante 8). “O nível de satisfação com meu corpo é baixo. Ah, é baixo sim, depende da época também. Nesse momento é médio. Como já estive pior, é médio” (Participante 5). “Me sinto um monstro e chego a sentir ódio de mim. Me acho feia, gorda demais na barriga. Neste momento estou muito infeliz com meu corpo” (Participante 7). Os depoimentos abaixo também confirmam a insatisfação dessas mulheres com o corpo:

Eu não gostava do meu corpo. A minha satisfação com o corpo antigamente era péssima. Eu me achava “a feia”. Eu tinha uma, uma dificuldade com meu corpo, não aceitava meu corpo (Participante 4).

Não estou satisfeita não. Já fui satisfeita sim. Falar igual todo mundo fala: antes eu era boa, hoje eu sou ruim, entendeu? Esse negócio assim, eu tenho emagrecido muito, estou perdendo peso com muita facilidade, então eu acho que estou sempre, chegam aqueles mulherões, eu estou sempre pra baixo. Me vejo com uma baixa autoestima. Sempre acho um defeito. Sempre acho um defeito. Nunca perfeito, nunca está como queria que tivesse. Procuo melhorar, lógico, mas nunca está bom pra mim. Eu sei, eu tinha melhorado, mas esse ano eu acho que foi o pior ano da minha vida, nem quando eu tava com esse, sei lá, sabe. Este ano eu estou, eu fico com medo, eu não estou bem, eu sei que não estou bem (Participante 6).

Abreu e Cangelli Filho (2004) apontaram que as bulímicas apresentam uma autoestima flutuante, fazendo-as acreditar que uma das maneiras de resolver os problemas de insegurança pessoal é por intermédio de um corpo bem delineado e, para alcançar seu objetivo, acabam por desenvolver dietas impossíveis de serem seguidas. Sentir-se gorda é um ponto forte do transtorno, como se pode verificar nos seguintes depoimentos:

Nossa, estou obesa! Assim, eu sei que não estou com 91 quilos como já estive, mas não estou como gostaria de estar (...). Se eu pensar no quando estou gorda me dói (Participante 4).

Sei que vivo 24 horas por dia pensando em estar gorda, o que fazer para emagrecer (...). Tenho consciência de que, às vezes, o vejo diferente do que ele realmente é, tem dias que me vejo uma baleia (Participante 7).

Fernandes (2006) confirmou que as jovens bulímicas apresentam peso corporal normal, apesar de poderem mudar rapidamente em razão dos acessos bulímicos. Esclarece, contudo, que essas inconstâncias de peso costumam ser mal suportadas devido à vergonha, ao medo de engordar e às perturbações com o próprio corpo. A imagem corporal, normalmente, é desvalorizada, sendo percebida como imprecisa e até como exterior a si mesma. Assim, na bulimia, a relação com o espelho nem sempre é bem vivida: “Tem vez que prefiro nem me olhar muito no espelho” (Participante 7). E ainda:

Não gosto muito de me ver no espelho não. Me acho muito bonita, mas sempre fica, sei lá, tem que dar uma afinadinha ali, afinadinha aqui, uma levantada aqui, mas isso não me preocupa mais. Talvez por isso eu não olhe tanto porque se ficar olhando eu vou querer achar um defeito (Participante 4).

É meu bem-estar, depende disso, da imagem que estou vendo no espelho. Geralmente não é boa (...). Reconheço no espelho ao me olhar no espelho, é eu ver o que eu acho que dá para melhorar, o que não dá (Participante 8).

Mas a pior coisa que tem talvez não seja me olhar no espelho que me dá tristeza (...). Olhar no espelho, eu não olho muito. Eu olho, mas eu olho só meu cabelo, só meu corpo. Eu quero não olhar, mas percebo que minha barriga está muito maior porque minhas roupas me deixam perceber, mas eu procuro não me ver porque, quando estou magra, quero ver bastante. Quando estou mais gorda, prefiro não me ver, porque aí atrapalha meu regime (Participante 5).

O espelho revela a própria imagem e pode gerar sentimentos ambivalentes, bons e ruins (Barros, 2001). No caso da bulimia, as entrevistadas relataram essa experiência como negativa, com dificuldade em lidar com essa imagem refletida. Mas essa difícil relação com o espelho e o sentimento de estar gorda e de não gostar do próprio corpo são confirmadas pela complicada relação com as roupas que, muitas vezes, mostram-se intermediárias entre as bulímicas e seu corpo, vistas a seguir:

É uma tristeza quando minha roupa não entra, nossa senhora, é um desespero. Acho que é minha maior tristeza. É muito triste quando minha

roupa não entra. Aí a roupa que queria não posso colocar. Então acabei de comprar roupa, por exemplo, em setembro quando eu tinha emagrecido. Comprei um monte de roupa porque, quando emagreço, olha só que felicidade. Tudo vai ser bom. Aí eu compro. Agora me serve. Me aperta, eu não quero usar, minha maior tristeza, as minhas roupas são a minha balança. Eu não peso porque elas me falam. Eu já acostumei tanto a conversar com elas assim que eu sei exatamente quando elas estão largas, quando estão apertadas. Como elas estavam antes, como elas estão hoje. Às vezes, eu acho que sei exageradamente porque eu consigo de um dia pro outro achar que minha roupa está mais apertada. Que todo dia é uma luta. Tinha noite que eu passava, período passado que eu não dormia pensando que roupa vou pra faculdade amanhã (choro). Tipo acordar no meio da noite, não quero acordar porque tipo vou acordar e vou com que roupa. Meus problemas são muitos minha roupa assim, minhas roupas (Participante5).

O que tenho de fazer para entrar de novo nas minhas roupas (...). Na hora de arrumar pra sair é uma verdadeira luta, já cheguei a chorar de desespero porque nada me servia e tudo ficava ruim, às vezes, dá vontade de voltar a vomitar, mas daí faço um trabalho comigo mesma e me controlo (Participante 7).

Eu só consigo me sentir bem quando estou magra, emagrecendo, quando a roupa fica larga (...). Percebo meu corpo pelas minhas roupas, eu vejo que está apertada, as que estão mais largas, aí fico superfeliz com as mais larguinhas, porque estou com 56 agora, mas há um mês atrás eu tava com 62 e comecei a fazer dieta, estava até com 55 e aumentei um quilo por causa do período menstrual, essas coisas e estou com 56. Então, comecei a fazer essa dieta, eu vejo pelas roupas, igual essa aqui, por exemplo, não estava me servindo com 62 quilos, agora está me servindo, eu fico superfeliz. Roupa, espelho, aí que eu percebo (Participante 8).

Os sentimentos negativos acima relatados podem advir da autoavaliação excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo que as mulheres com bulimia fazem (DSM-IV, 1995). O corpo, assim, toma uma dimensão grandiosa, e essa importância do corpo na bulimia pode ser demonstrada pelas participantes:

O corpo não é só isso. Nós temos braços, pernas, coisas a mais, além, igual eu te falei. Agora estou numa fase que preciso mais além do que isso, mais do que além de corpo. Mas o corpo pra mim é o principal sim (Participante 4).

Ah! Eu acho que o corpo é tudo. Demonstra, ah, não sei, não sei se demonstra a personalidade da gente, o caráter ou se é só um físico mesmo, mas pra mim, eu me preocupo muito com meu corpo. Esse negócio de me achar feia, diferente de todo mundo (Participante 6).

Cordás et al. (2004), Galvão et al. (2006a) e Claudino e Borges (2002) corroboraram com essas afirmações, pois esclareceram que a principal característica psicológica da bulimia



nervosa é uma excessiva preocupação com o corpo, o que justifica os comportamentos inadequados para controlar o peso. As mulheres com bulimia dão uma ênfase excessiva à forma e ao peso do corpo na autoavaliação que fazem, sendo esses fatores os mais importantes na determinação da autoestima (DSM-IV, 1995).

Dessa maneira, as bulímicas, por razão de insegurança consigo mesmas, acreditam que, por meio do corpo e da beleza física, podem atrair o interesse das pessoas para si. É como se pela boa forma física todos os problemas estariam resolvidos e só assim sentiriam que está tudo bem. Mas, na realidade, o que acontece é bem diferente, pois vários sentimentos negativos surgem em relação a si mesmas, podendo concluir o quanto os aspectos psicológicos são importantes na descrição das representações sociais do corpo para essas mulheres.

Juntamente estão os aspectos físicos e sociais, uma vez que as representações são construídas através dessa inter-relação. Assim, as representações sociais do corpo em mulheres com bulimia assumem importância considerável, a ponto de orientar seus comportamentos na busca de um corpo magro, o que, muitas vezes é impedido pelas orgias alimentares.

### 5.2.3 Identificação das representações sociais do corpo para mulheres com diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica

Identificar as representações sociais de corpo em mulheres com TCAP se mostrou possível a partir das categorias emergentes, pois, ao se considerarem os aspectos físicos, sociais e psicológicos, percebe-se que vão ao encontro do que Moscovici (2007) considera ser a construção das representações: processos sociocognitivos.

De imediato, a definição de TCAP pela Participante 9 mostra sua vivência em relação a esse transtorno, ressaltando a relação que ela estabelece com a comida:

Transtorno da compulsão alimentar periódica, eu penso que é um, sinceramente da minha parte, acho que é muito mais forte do que eu. Me controla e eu só penso em comida desde a hora que acordo até a hora que vou dormir, já imaginando o que vou almoçar, o que vou jantar, já preocupada com isso. Me domina. Não consigo pensar em mais nada, me deixa meio doidinha, é mais forte do que eu.

Ao trazer seu relato sobre o que pensa ser esse diagnóstico, a entrevistada mostra sua experiência com esse transtorno, sendo possível perceber a difícil relação que estabelece com a comida. Suas representações sociais em relação aos alimentos orientam seus

comportamentos em relação a eles. Segundo Galvão et al. (2006a), é comum a angústia pelo comportamento alimentar entre as mulheres com TCAP, através de um impacto negativo sobre a vida delas.

No TCAP, Goldfein et al. (1993) esclareceram que há uma dificuldade de controle da ingestão de alimentos, sendo que a maior parte das mulheres com esse diagnóstico possuem repetidas tentativas de realização de dietas. Assim, o que se observa no discurso dessas mulheres são histórias de excesso e de flutuações de peso relatadas desde a infância, confirmadas por Spitzer et al. (1993).

Em razão dessas oscilações de peso, começam a surgir, ainda na infância e/ou na adolescência, comentários sobre elas principalmente no que se refere ao corpo os quais foram discutidos nos aspectos sociais. Nesse sentido, entre as entrevistadas, a escola parece ter sido o ambiente onde essas preocupações com o corpo começaram a aparecer:

Comecei a engordar, fui destacando na escola (...). Depois que comecei a engordar, que na escola todo mundo começa a falar, aí o negócio vai ativando, vendo que você tá começando a ser um “etezinho” e aí que comecei, desde 13 anos, fazendo dieta, indo em médico endocrinologista, em tudo quanto é lugar, mas não adiantava. Foi assim, foi quando os outros começaram a falar. Não me ativei por conta própria não (Participante 9).

Tinha muito seio. Fiz a cirurgia, não foi estética, estava prejudicando minha coluna, de 12 para 13 anos, meus seios cresceram de uma forma que não sei explicar não. Eu sei que vestia sutiã número 50. Então foi uma fase assim, menina de 12 anos com aquela peitaria toda, não era muito legal não. As meninas na queimada me queimavam e falavam uma bola acertando outra bola, piadinha na escola a partir de 12 anos em diante (Participante 10).

É comum as entrevistadas relatarem que eram alvo de gozação na escola e sofriam implicância dos colegas em relação à aparência e à forma corporal como no depoimento supracitado. Os comentários depreciativos também aconteciam em casa, com cobranças vindas da própria família, e exigências que se relacionavam ao corpo delas, como no depoimento:

Meus pais sempre me cobram. Até porque na época que era magra não tinha a personalidade, não tinha atrito com meus pais. Sempre cobrando meu corpo, emagrecer, malhar, me senti muito pressionada, meu refúgio era a alimentação. Meu pai fala “você está gorda” e já chegou a falar que eu vou entalar na porta. Já minha mãe é mais tranquila, sabe chegar mais e falar. Meu pai é grosso pra falar as coisas (Participante 9).

As cobranças em relação ao corpo iniciaram-se quando essas mulheres ainda eram jovens. Nesse sentido, os relacionamentos afetivos se mostraram diretamente relacionados à aceitação do próprio corpo:

Escutei que, se fosse magra, o menino me namoraria, já chorei muito por causa disso, mas nunca fiquei parada não, sempre continuei fazendo o que queria e não vai ser uma pessoa que vai me derrotar (Participante 9).

Parece que os comentários depreciativos sempre estiveram presentes. Outras pessoas também contribuíram nesse sentido, reforçando com olhares discriminatórios: “Nesse dia dava a impressão que onde eu parava as pessoas me olhavam. Rosto bonito, mas tão gorda” (Participante10). Os seguintes relatos comprovam esse fato:

Se me chamarem de gorda, eu vou e ofendo de outras formas, também, às vezes, nem me ofende porque é a realidade, mas nunca tive problema em esconder não. Já chorei muitas vezes por as pessoas me chamarem de gorda (Participante 9).

Não, não quero que ninguém me veja e estava assim. Eu olhava pra aquele colega dele eu lembrava, eu vim aqui em tal época, estava com tanto de peso, agora estou assim, não quero que ele me veja. Eu ficava assim sempre, me escondendo (Participante10).

Os aspectos sociais advindos dos julgamentos das pessoas sobre o corpo dessas mulheres, quando ainda eram mais jovens, apontam para uma possível anormalidade no que se refere ao peso. Nesse sentido, Nakamura (2004) esclareceu que as representações sobre o corpo, bem como os padrões estéticos vindos da cultura, podem torná-lo socialmente aceito ou definir um possível estigma social.

Ao considerar o corpo inserido em uma cultura que dita normas em relação a ele (Rodrigues, 1975), a busca torna-se sentir-se pertencente ao padrão de corpo que a sociedade determina e privilegia. Fernandes (2006) discutiu sobre a valorização da magreza como padrão de beleza feminino que ocorreu nos últimos tempos, reafirmado por Muris et al. (2005), ao considerarem que “ser magra” é uma condição altamente valorizada entre as mulheres na sociedade atual. Dessa maneira, estar fora desses padrões, como mostram as entrevistadas, foi apontado pelas pessoas à sua volta e vivenciadas com sofrimento por essas mulheres com TCAP.

Para lidar melhor com os excessos alimentares e, conseqüentemente, com o próprio corpo, pacientes com TCAP costumam frequentar programas de tratamento, conforme

apontam Spitzer et al. (1992): encontra-se 71% dos pacientes de TCAP nos Comedores Compulsivos Anônimos (CCA). Essa experiência foi relatada por duas participantes:

Alimentação é uma forma de prazer, não sei, se eu estiver angustiada, é uma forma que, se estiver triste, é uma forma que, se eu me alimentar, é como se eu tivesse um buraco, praticamente tampar esse buraco com um vazio que está dentro de mim, tampar raiva, se eu tiver alegre também, tudo é motivo de comer para mim. No momento nem tanto, porque estou me tratando na reunião. Eu sou uma comedora compulsiva e eu não vou deixar de ser de hoje pra amanhã, eu não vou deixar de ser nunca. Eu sei que eu sou para o resto da vida, mas hoje estou controlando (Participante 10).

Depois de um certo tempo, quando vim a conhecer o CCA, eu vi que a compulsão pra mim era uma doença e que ela era de 3 níveis: físico, porque a gente engorda, emocional porque a gente entra lá totalmente com autoestima muito baixa e totalmente desequilibrada, muito ruim e querendo emagrecer, todo mundo entra lá querendo emagrecer, e sem contar o espiritual porque mexe com nosso interior, tanto interior quanto exterior. À medida que eu frequento o grupo agora, descobri que a compulsão é uma doença e que pode ser tratada, tem controle. Hoje eu posso falar que tenho mais serenidade porque, no CCA, aprendi a oração da serenidade. As pessoas notam, depois que comecei a frequentar o CCA, quando você tem compulsão, a primeira coisa que as pessoas notam é o físico, você emagrece, fica mais calma, busca o equilíbrio. No CCA, a gente aprende a colocar a comida no seu devido lugar e não deixe que ela nos domine e diminuir pela metade o que você come não é ficar sem comer para emagrecer (Participante 11).

As entrevistadas demonstraram que, no grupo de tratamento, aprenderam a lidar com a comida e a consequente compulsão por ela, além de observarem os resultados, sobretudo no corpo por meio do emagrecimento. Ao lembrar que o corpo está em constante construção e reconstrução, pode-se confirmar que as mulheres as quais estão frequentando esses programas de tratamento demonstram que suas representações sociais do corpo, e até mesmo da alimentação, estão se transformando, pois parecem lidar melhor com esses objetos.

Essas mulheres tiveram histórias de flutuação de peso e relataram que, desde a infância e/ou adolescência, esses comportamentos com a comida se mostraram aparentes no corpo. No que se refere aos aspectos físicos, de fato, o excesso de peso é confirmado nos relatos das participantes quando eram mais jovens: “Realmente eu engordei depois do casamento (...). Na primeira gravidez, eu engordei 36 quilos” (Participante 12). E ainda:

Comecei a engordar na minha puberdade. Fiz tratamento de alergia com cortisona, corticoide. Assim, eu tive uma infância, eu era eutrófica, eu era normal. Quando mudei para Juiz de Fora, que o clima aqui não é muito agradável, comecei a ter crise de alergia, bronquite, asma. Comecei o

tratamento e junto a puberdade comecei a comer, comer e junto com esses remédios e descobri que só comia (Participante 9).

Ainda que o excesso de peso caracterize essas mulheres quando mais jovens, hoje o peso tende a estar aumentado em razão dos episódios recorrentes de compulsão alimentar. Eles são caracterizados por uma ingestão excessiva de comida, em um período de duas horas, com uma quantidade muito maior do que pessoas sem compulsão comeriam: “Se tem umas empadinhas, eu saio comendo a doidado” (Participante 12). Os depoimentos confirmam as orgias alimentares:

Se estou dentro de casa e principalmente à noite, aí começa, eu sinto o gosto da comida, eu tenho que arranjar de qualquer jeito. É quando estou mais à toa, cabeça vazia assim (...) parece que o gosto do negócio vai na minha boca, tipo azeitona. Falo vou comer azeitona. Como umas 15. Aí nossa, minha boca está salgada. O que posso comer, ah, posso comer uma lata de leite condensado. Ah, está muito doce, então vou lá e não escolho uma coisa saudável. É o que vem na cabeça e o que tem também. E às vezes eu saio para comprar. Você come coisa que não está nem sentindo gosto. Como com uma rapidez que não vejo que acabou (Participante 9).

Uns dias para trás posso falar, comi errado, comi doce, salgado, comi uma panela de canjica, comi compulsivamente doce até não querer mais, ou, às vezes, você está comendo salada de alface e, na ânsia, nem percebe que comeu aquilo tudo, já aconteceu isso de comprar pedaços e pedaços de rocambolé. Ia na padaria e comprava um rocambolé pra mim e outro pro meu filho e ficava lá, ele ficava saboreando o dele e eu comia o meu sem sentir e perguntava para ele: cadê o rocambolé que estava aqui? Mãe, a senhora acabou de comer agora. A gente não sente que está comendo, come feijão sem temperar. E não pensa que aconteceu nada não. É uma coisa que te atormenta. Pacote e mais pacotes de biscoito que você come sem sentir, depois vem a culpa (Participante 11).

O DSM-IV (1995) confirmou os relatos apresentados ao considerar que, nas orgias alimentares, há um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo, além de comer muito mais rapidamente que o normal, comer até sentir-se incomodamente repleto, comer grandes quantidades de alimentos quando não fisicamente faminto, comer sozinho em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome, sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

Dessa maneira, as compulsões favorecem o ganho de peso. Com o excesso de peso, reforçado pelos comentários das pessoas à sua volta, começam a surgir, nessas mulheres, diversos incômodos com o próprio corpo e, assim, o uso de remédios para emagrecer,

inibidores de apetite ou até mesmo laxantes e/ou diuréticos: “Já tomei muitos moderadores de apetite, mas agora não” (Participante 12). Abaixo, os relatos confirmam:

Não consigo ficar um mês de dieta. Eu acho que nem o máximo uma semana. Só uma vez que estava com 74 quilos que emagreci com remédio, com tratamento. Parei de comer mesmo, de esquecer de comer. Foi só essa, que emagreci 12 quilos em um mês, mas no outro mês voltou tudo de novo (Participante 9).

Eu também tomava muito chá de carqueja porque quando eu engordava um pouco a mais sempre tive preocupação de estar tomando chá ou alguma coisa para perder peso (Participante 11).

Aí eu vivia assim, quando eu fazia dieta, eu emagrecia assim, tomava remédio, já cheguei a emagrecer 20 quilos em 3 meses, mas também passei fome (...) engordei tudo de novo (...) Já tomei laxante por conta própria para amenizar engordar (Participante 10).

Embora a Participante 10 relate o uso de laxante, o TCAP não está associado ao uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (DSM-IV, 1995; Galvão et al., 2006). Ainda que muitos pacientes refiram o uso de laxantes ou outros métodos para tentar favorecer a perda de peso, eles não ocorrem de maneira sistemática e regular logo após o episódio de compulsão (Hay & Fairburn, 1998).

Apesar de as mulheres não fazerem uso de métodos compensatórios, as complicações clínicas surgem mesmo assim. Goldfein et al. (1993) consideraram que mulheres com TCAP apresentam um consumo calórico mais elevado do que mulheres sem esse transtorno, por isso as oscilações frequentes de peso podem trazer algumas complicações de saúde. Os autores complementaram que, se a própria obesidade traz riscos à saúde, quando acompanhada de compulsão alimentar estes riscos aumentam, lembrando que o TCAP é um transtorno psiquiátrico e deve ser tratado. Relatos dessas complicações podem ser observados na Participante 10: “Pressão alta”, na Participante 11: “O corpo da gente dá sinais, e a gente tem que respeitar os sinais. Sinal de cansaço” e a seguir, na Participante 12:

Artrose, que eu já estou, bico de papagaio no joelho seriam em consequência da gordura, que já é a consequência de quem é gordo. Também é de não cuidar, nunca fui de fazer atividade física.

Grilo et al. (2008) reafirmaram o surgimento de problemas médicos, com consequências danosas à saúde. Mas as consequências psicológicas também ganham destaque nesse transtorno, evidenciadas através de vários sentimentos.

Após grande ingestão de alimentos, surge um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar. Borges e Jorge (2000) alertaram para a qualidade desse comer, como um “ataque”, fazendo o indivíduo sentir-se sem liberdade para optar entre comer ou não, como se fosse refém de um impulso que lhe é incontrolável. Em um primeiro momento, esse impulso lhe dá prazer e, em um segundo momento, traz muita culpa e sofrimento, mas sem, no entanto, aliviar esses sentimentos através dos vômitos. Isso porque as mulheres com TCAP relatam que não gostam de vomitar:

Nunca tive coragem. Já tentei, mas sempre achei que seria meu ponto assim, mas tentar vomitar, mas chegar a ficar todo dia comer e vomitar, tomar remédio para ir ao banheiro, essas coisas nunca tive coragem não (Participante 9).

Vomitar, por exemplo, eu tenho pavor de vomitar, uma vez eu até tentei, eu tentei fazer vômito mas como eu tenho pavor de vomitar, se não eu ia tentar para ver se não engordava mais, comer, comer, e colocar para fora, mas eu não consigo porque eu tenho pavor do vômito (Participante 10).

Eu já cheguei a comer a ponto de ficar até com dor do lado e sem ar, pra respirar e morrendo de vontade de enfiar a ponta da escova de dente pra ver se saía alguma coisa, mas não tinha coragem. Na hora vem a culpa, você chora, você fica muito pior (Participante 11).

As entrevistadas com TCAP parecem confirmar as características desse transtorno. Isso porque o sentimento de não gostar de vomitar aponta para a diferenciação dos quadros de bulimia. Apesar de haver dois subtipos na bulimia, e em um deles, tipo sem purgação, não haver prática regular de vômitos, aliviar a culpa da ingestão de alimentos não diz respeito ao TCAP (DSM-IV, 1995). Após a orgia alimentar, há somente acentuada angústia relacionada aos aspectos psicológicos.

Dessa maneira, o TCAP parece estar associado a várias condições clínicas e psiquiátricas, de acordo com Papelbaum e Appolinário (2001) e Freitas et al. (2001). Nos estudos de Galvão et al. (2006a), o TCAP associa-se, com frequência, a quadros de depressão, situação confirmada por Grilo et al. (2009), que apresentaram, em sua pesquisa, números significativos de transtornos de humor (54,2%) em pacientes com TCAP. Esses dados são confirmados pela Participante 9: “A depressão, vai ficando triste, aí comia mais”. Esses transtornos também podem ser verificados nos relatos a seguir:

Já tive período de depressão, justamente por problema de emagrecer, eu tratei uns seis anos, porque eu tive depressão mesmo, assim de tentar

suicídio, de tentar matar, mas já tem uns 10 anos mais ou menos, 12,13 anos mais ou menos que eu tive, que eu terminei, porque eu fiquei uns seis anos mesmo de depressão (...). Os médicos falam, principalmente o psiquiatra, porque eu tomava, eu fiz uma dieta, tinha que tomar um remédio às 10 horas e outro às 16 horas. Quando eu não tomava o remédio, eu ficava louca e eu punha a mão no meu pescoço e ele pulava. Eles acham que foi por causa dos medicamentos que tomei, porque fiquei 15 dias sem dormir e 15 dias que eu não comia e engordava. Foi o medicamento, mas hoje eu acho que pode ter sido o medicamento mas teria a depressão de qualquer maneira (Participante 4).

Eu lembro que eu tinha uma caixa de remédios para dormir e eu queria dormir, aí esse fato de eu querer tomar remédio era para dormir, eu lembro, mas, depois da análise, eles disseram que eu estava querendo era morrer, depois eu tentei matar meu marido, tentei matar meu filho, aquela coisa toda, então foi uma coisa bem traumática assim, todo mundo custa pra lidar (...). Vira e mexe eu tenho um pouco de depressão (Participante12).

Eu até entrei em depressão (...). A última vez que tive uma depressão muito forte, fiquei 4 dias em casa, chorando, não queria sair, não saía, ficava eu e o menino (Participante10).

Borges e Jorge (2000) relataram encontrar altos escores de sintomas depressivos nas pacientes com TCAP. Sintomas depressivos somados à obesidade tornam o TCAP um diagnóstico merecedor de atenção e cuidados específicos.

O TCAP possui um impacto negativo sobre a vida das pacientes, pois o comportamento alimentar é motivo de sofrimento para elas. Vários sentimentos se mostram relacionados com o comer compulsivo. Sentir-se gorda torna-se muito comum entre essas mulheres: “Eu me vejo um monstro, muito grande (...). Mas ultimamente que estou me vendo, vendo o tamanho e estou mais incomodada” (Participante 9). “Falei como vou entrar na piscina gorda desse jeito (...). Mas eu falava comigo mesma: como é que vai nadar gorda” (Participante 10). “Eu estou me achando muito gorda, eu estou assim, gorda demais” (Participante 12). “Quando eu estava com 170 quilos, eu não me achava gorda, hoje eu me acho mais gorda do que quando eu tinha 170 quilos” (Participante 12).

O ganho de peso, reforçado pelas compulsões alimentares, podem favorecer o aumento desse sentimento de estar gorda e, muitas vezes, essas mulheres estabelecem uma relação difícil com seu corpo, sendo que um sentimento frequente é não gostar do corpo: “O nível de satisfação com meu corpo é zero, (...) zero, zero, zero. (...) Nunca gostei do meu corpo (...). O corpo que cheguei é terrível” (Participante 9). Os depoimentos abaixo confirmam a dificuldade da relação das entrevistadas com o próprio corpo:



Eu com meu corpo, no momento, estou começando a ficar satisfeita com o corpo. Não gostava, não gosto ainda do meu corpo, mas agora eu estou, como perdi peso, estou começando a gostar dele. Mas meu corpo eu não tenho muito assim, como falo, eu não gosto do meu corpo, eu não gosto do meu corpo. Principalmente a parte da barriga, tenho muita barriga, eu não gosto, mas está diminuindo aos poucos (Participante 10).

Ah, o nível de satisfação com meu corpo é zero! Hoje eu não tenho satisfação boa com meu corpo. Hoje eu não tenho. Eu não tinha barriga, depois que eu passei a ver, hoje eu enxergo que eu tenho a barriga, eu enxergo que tenho a perna, eu enxergo que o braço tá caído. Então hoje a minha relação com o corpo é bem complicada. Hoje o corpo é o que mais está me pegando, (...) hoje o corpo é meu maior problema. Eu agora estou padecendo com meu corpo. Eu estou achando meu corpo horrível (Participante 12).

Hoje, com certeza, o meu foco é meu corpo, eu não estou satisfeita. Eu não estou satisfeita com o rosto, não estou satisfeita com a mão, não estou satisfeita com nada, nunca achei que tinha pouco busto, hoje eu acho, acho que estou gorda aqui (Participante 12).

Ocorre um círculo vicioso: acentuada angústia em relação à comida e ao corpo levam a novos episódios de compulsão, favorecendo atitudes de agressão ao próprio corpo, comportamento comum entre as compulsivas, principalmente ao relacionarem a interferência da comida no corpo:

Eu acho que é uma forma de tentar agredir até a mim mesma, é comendo (...). Quem estou agredindo mais é a mim mesma. Sempre como e choro. Às vezes, até comendo eu choro. Só fico chorando, chorando, mas não faço nada (Participante 9).

Se uma pessoa na rua falar “como você engordou”, eu chegava em casa e parece que eu tinha que descontar no corpo, parece que eu comia o dobro, comia mais, eu ia engordando. Parecia que queria agredir meu corpo, entendeu? Alimentação, como vou te dizer, é uma forma que, dependendo da situação que estou, é uma forma de eu tentar agredir meu corpo, de agredir meu corpo (Participante 10).

A relação com as roupas assume lugar de destaque no que se refere ao corpo, pela sua visibilidade. É comum encontrar limitações muitas vezes por causa do peso, mas, em contrapartida, algumas participantes relatam lidar bem com esse aspecto: “As roupas que eu estava perdendo estou começando a usá-las” (Participante 10). “Gosto de colocar conjunto de calça e sutiã, acho bonito, gosto de usar” (Participante 11). “Quando comecei a fazer natação, eu usava *short*, não tinha biquíni, usava maiô, eu tinha vergonha. Hoje em dia não tenho

mais” (Participante 11). Essa boa relação com as roupas também foi observada na Participante 9, através dos seus relatos:

Também quando vou comprar roupa, só tem manequim 38, 40. Nunca tem do meu tamanho, muito difícil (...) igual eu via uma roupa e que não me cabia, eu ia na costureira e pedia para fazer igual.

Se tiver que colocar biquíni, eu coloco. Sinto vergonha, mas não é aquele negócio de ficar me escondendo não. Nunca deixei que atrapalhasse minha vida social e tanto uso *short*, só não uso coisa coladinha, *top*, porque tenho noção, mas *short* uso, saia normal.

Mas nem sempre essa relação com as roupas se mostrou boa: “Nesse dia, ele insistiu tanto pra eu ir no churrasco que eu peguei a roupa mais preta nem maiô eu levei” (Participante 10). Os relatos abaixo confirmam:

Se a roupa era pequena, eu achava que me cabia, mas não cabia. Agora hoje não, hoje já estou o contrário, eu olho uma roupa até maior e acho que ela não me cabe (Participante 12).

Teve tempo de vestir 62, eu comprava uma roupa 44 entendeu? Meu guarda-roupa era cheio de roupa que não me servia. Eu andaria só com uma roupa entendeu (Participante 12).

As roupas se mostram intermediárias na relação dessas mulheres com seu corpo. Segundo Nakamura (2004), as roupas veiculam informações sobre a cultura, através de noções de beleza, formas ideais de corpo, etc. Apesar do excesso de peso, parecem estar lidando bem com esse acessório. A relação com o espelho também tem sua nuance significativa em relação ao corpo, estabelecendo uma relação boa: “Hoje em dia não, eu já consigo ver, me olhar e até me amar sabe, me achar bonita (...). Sempre fui muito vaidosa. Sempre gostei de me observar” (Participante11), e ruim: “Hoje eu me olho no espelho e estou achando um monstro” (Participante12). Os relatos abaixo mostram as relações das entrevistadas com o espelho:

Chegou uma época, quando estava com 109 quilos, eu não me olhava no espelho, só olhava no espelho aquela parte que via só o rosto. Não olhava no espelho por inteiro (Participante10).

Ao contrário de muita gente que é gorda igual a mim, eu tenho um espelho imenso no meu quarto e muita gente não gosta dessas coisas, todo dia eu me olho, estou apertando, vendo assim (Participante 9).

O meu corpo, antes de conhecer o CCA e a terapia, eu não observava meu corpo não. Não conseguia me ver de frente, eu só me via de lado, não conseguia me ver no espelho totalmente, eu não me via, eu não conseguia me ver, eu só me via de lado, que aí não via aquela forma física grande, eu sempre imaginei que não era tão gorda (Participante11).

Se me olho, se ponho uma roupa, eu me olho, eu me acho, mas, se eu for pra frente do espelho sem roupa, pode ter certeza que vou comer uma caixa de bombom (Participante12).

Através do espelho, percebe-se a imagem que se é verdadeiramente, favorecendo descobertas do próprio corpo e, em decorrência disso, surgem emoções positivas ou negativas (Barros, 2001). Esses sentimentos parecem ser confirmados pelas entrevistadas ao enxergarem no espelho o corpo com excesso de peso. Após o emagrecimento, elas conseguem se olhar e passam a valorizar o corpo que têm. Outras, entretanto, parecem ainda apresentar dificuldades para se enxergar.

Grilo et al. (2008) consideraram que pacientes com TCAP apresentam uma supervalorização do corpo e peso corporal similar à anorexia e à bulimia, o que facilita sua inclusão dentro dos transtornos alimentares. O DSM-IV (1995) e Claudino e Borges (2002) corroboraram com essa afirmativa, pois consideraram haver, nas mulheres, preocupações com o efeito a longo prazo dos episódios repetidos de compulsão alimentar periódica sobre o peso e a forma corporal.

Assim, a partir dos relatos das participantes, nota-se que o corpo adquire um *status* importante no TCAP. O corpo é visto como cartão de visita: “O corpo é a imagem que a gente tem que passar para os outros que está bem (Participante 11). “Cartão de visita da pessoa (...): Eu acho assim, é um cartão de visita” (Participante 9). “Eu acho que o corpo é um cartão de visita da gente, entendeu, eu acho assim, é um todo” (Participante 12). Mesmo confirmando essa importância, a Participante 11 informa o que representa o corpo para ela:

Corpo é uma imagem, uma imagem bonita de que demonstramos para os outros. Mas temos que mostrar primeiro pra gente. A gente tem de se amar. Não importa se está gorda ou magra, se tem quilos a mais ou não, mas a beleza hoje em dia é beleza estética, por fora, para os outros, mas, para mim, é a beleza interior que conta.

Entretanto, o excesso alimentar e o peso podem interferir na capacidade de essas mulheres se sentirem bem consigo mesmas (Azevedo et al. 2004). Em termos dos componentes psicológicos do TCAP, as pacientes possuem tendência à baixa autoestima e preocupam-se com o peso e a forma física.

Mas não somente os aspectos psicológicos constituem as representações sociais do corpo das mulheres com TCAP. A interação com os fatores físicos e principalmente sociais ajudam na identificação dessas representações. Embora a pressão cultural para o corpo magro, realçado pelo discurso médico sobretudo entre as mulheres com IMC de sobrepeso ou acima do peso (TCAP), parece que as entrevistadas estão reconstruindo suas representações sociais do corpo, ainda que apresentem uma série de dificuldades em relação a ele.

#### 5.2.4 Comparação das representações sociais do corpo entre mulheres com transtornos alimentares

Ao categorizar os discursos das entrevistadas, notou-se que o corpo foi percebido em três aspectos: físico, psicológico e social. As questões relacionadas à dimensão física apontaram, nos três transtornos, as complicações clínicas de saúde em níveis diferenciados de comprometimento, e o fato de essas mulheres terem tido excesso de peso na infância e/ou adolescência. No que se refere aos aspectos sociais, de um modo geral, os comentários da família e/ou de outras pessoas costumam ser críticos e com tom de cobrança, como se o corpo estivesse fora de um padrão pré-determinado. Na dimensão psicológica, notou-se que o corpo tem considerável importância para todas as mulheres que estabelecem com ele sentimentos, muitas vezes, ambivalentes, mas com predomínio dos negativos. Dessa maneira, ao aprofundar nas representações sociais do corpo em cada transtorno, podem-se perceber semelhanças e diferenças, e, por mais que se ressaltassem suas diferenças clínicas e perfil diferenciado, os relatos estiveram próximos entre si no que se refere ao corpo.

Quanto aos aspectos sociais, os comentários da família, de outras pessoas e dos relacionamentos afetivos adquiriram um peso considerável nos três transtornos destacados. São julgamentos depreciativos relacionados ao corpo, em especial àqueles relativos ao excesso de peso. De fato, Morgan et al. (2002) esclareceram que a pré-disposição à obesidade pode ser um fator para desencadear transtornos alimentares, associado à maior tendência em fazer dieta. A obesidade, segundo os autores, também pode predizer um aumento em brincadeiras e comentários pejorativos relacionados ao peso, conforme os relatos a seguir: “Às vezes, meu pai fala assim: você está engordando muito” (Participante 7). E ainda: “Aí quando voltei e isso que te falei, meu pai perguntou o que tinha acontecido, estava parecendo um urso polar mesmo” (Participante 5).

Mulheres com transtornos alimentares, segundo Galvão et al. (2006b), relatam um ambiente familiar crítico, com mães preocupadas com o próprio corpo e que, não raro, já tiveram alguma desordem alimentar:

Foi a época que minha mãe estava no Vigilantes do Peso, tem muita gente que até liga uma situação diretamente a outra, e ela foi muito criticada por conta disso, então, eu cheguei nos 56 quilos (Participante 2).

O difícil relacionamento com a família desde cedo pode comprometer os contatos com as pessoas mais próximas, tanto no sentido de aproximar demais quanto de afastar. Essa realidade também pode ser observada no contato com outras pessoas e seus respectivos comentários, conforme os depoimentos a seguir:

Quando tinha dez anos, fui dançar *jazz*. Começou toda cobrança ali também. O pessoal ia pra fora, para Berlim e eu tinha que ficar magra. Eu engordei muito e precisava competir e eu não podia engordar e fui muito cobrada. Muita cobrança. Até que um dia eu parei, que eu vi que não tinha mais preparo para enfrentar, eu acho que isso ajudou também (Participante 3).

Cheguei no ponto, as pessoas me olhavam diferente. A maioria das pessoas, quando entrava no ônibus, as pessoas me davam lugar, achavam que eu estava grávida, aquilo me matava, eu chegava em casa e comia o triplo que eu ia comer (Participante 10).

Os comentários dos familiares e das pessoas desconhecidas sobre o excesso de peso dessas mulheres podem favorecer sentimentos negativos em relação ao próprio corpo. Juntamente com a valorização do corpo, investido e cultuado atualmente, enquadrado em um modelo socialmente aceito (Costa, 2005), contribuem para que as mulheres com transtornos alimentares construam suas representações sociais do corpo. Desse modo, o excesso de peso real e a influência do social podem levar a quadros graves de transtornos alimentares.

Assim, no que se refere aos aspectos físicos, anteriores ao início dos sintomas, os relatos das entrevistadas apontaram, em sua totalidade, excesso de peso quando elas eram mais jovens, seja na infância ou na adolescência: “Eu sempre tive problema com obesidade desde criança, mas a compulsão mesmo foi depois que ganhei meu menino” (Participante 10).

Desencadeados esses distúrbios, observa-se uma série de complicações de saúde relacionadas ao grau de perda de peso corporal, aos métodos compensatórios e às orgias alimentares. De acordo com Assumpção e Cabral (2002), é comum haver uma distância entre o início dos sintomas e o tratamento, o que pode contribuir para essas complicações clínicas.

No que se refere aos aspectos psicológicos, de acordo com Pomeroy (1996), Pinzon e Nogueira (2004), Fontenelle et al. (2002), Grilo et al. (2009), Galvão et al. (2006a) e Fontenelle et al. (2003), dentre os sintomas comuns nos transtornos alimentares, a depressão parece ser unanimidade, confirmada pelas participantes desta pesquisa:

Quando eu tinha de 6 para 7 anos, foi diagnosticada depressão porque eu tinha medo de tudo, não punha pé no chão se meu pai não me pegasse no colo; eu tinha muito medo. Até hoje eu tenho, sou muito medrosa, cismada, eu era muito cismada. A minha depressão foi que eu chorava, chorava muito, mas muito mesmo. Nessa época, eu falava que ia morrer. Tinha muita vontade de morrer (Participante 6).

Os relatos de depressão e sintomas depressivos estiveram presentes em todos os relatos das entrevistadas. A participante acima descreve a depressão que teve ainda na infância e, nos outros relatos, a depressão já estava mais associada aos quadros de transtornos alimentares, ocorrendo concomitantemente ou em época muito próxima da ocorrência do distúrbio.

A preocupação excessiva com o corpo pode favorecer sentimentos negativos dessas mulheres em relação a si mesmas. É comum, na anorexia, haver relatos de baixa autoestima, sentimento de desesperança, desenvolvimento insatisfatório da identidade e tendência a buscar aprovação externa (Oliveira & Santos, 2006), assim como no TCAP há incapacidade de se sentirem bem consigo mesmas e de terem a autoestima mais baixa (Azevedo et al., 2004). Na bulimia, há sentimentos de insegurança e autoestima flutuante (Fernandes, 2006).

As relações com as roupas e com o espelho se mostraram uma subcategoria recorrente entre os três transtornos. O espelho reflete a imagem daquilo que se é verdadeiramente e, no caso da bulimia e do TCAP, apesar de os relatos mostrarem uma difícil relação com ele, é na anorexia que se torna aparente a gravidade do distúrbio, evidenciada pela distorção da imagem corporal. Na realidade, o espelho torna-se um intermediário entre as mulheres com transtornos alimentares e seus corpos, mostrando a realidade e, a partir daí, orientando comportamentos em relação a eles.

As roupas também se colocam entre o corpo e a mulher. Porém o que se observou foi uma relação negativa. Na anorexia, quando elas são gordinhas, escondem o corpo e, quando são extremamente magras, também escondem o corpo. Na bulimia, as roupas se tornam a medida do engordar e emagrecer. Somente no TCAP é que algumas entrevistadas relatam lidar melhor com as roupas face ao emagrecimento.

No que se refere às semelhanças entre a bulimia e o TCAP, os aspectos físicos confirmam o quadro de compulsão alimentar (*binge eating*), através da ingestão excessiva de comida. Na anorexia, essa característica não aparece, com exceção de quando as jovens ainda eram gordinhas. O uso de remédios para emagrecer também aparece na bulimia e no TCAP, mas com qualidade e intensidade diferenciada. As bulímicas relatam mais o uso de laxantes e diuréticos, enquanto as anfetaminas foram usadas nos dois grupos. Dos sentimentos relatados nos quadros de bulimia e TCAP, ainda coincidem os seguintes sentimentos: não gostar do corpo e sentir-se gorda. Na anorexia, este último sentimento pode estar relacionado com o medo de engordar.

A anorexia, por sua vez, aproxima-se da bulimia através da importância exagerada dada ao corpo, característica comum nos dois transtornos. Não menos realçado no TCAP, que caracteriza o corpo como cartão de visita. Segundo o DSM-IV (1995), nesses três transtornos alimentares, parece haver uma preocupação excessiva com o peso e a forma corporal: “O corpo representa tudo” (Participante 7). E ainda: “Eu acho que o corpo fala muito da pessoa” (Participante 12).

A supervalorização do corpo pode ser vista no medo de engordar, nos sentimentos ambivalentes em relação ao corpo, na relação com as roupas, nas agressões ao próprio corpo e na relação com o espelho. Por mais que esses sentimentos, muitas vezes, sejam contraditórios, eles ajudam a entoar a importância que o corpo adquire nos transtornos alimentares.

Nota-se que o quadro de anorexia possui alguns aspectos relacionados ao de bulimia, e esse, por sua vez, com o de TCAP. Por um lado, poderia se pensar que a anorexia estaria distante do quadro de TCAP, mas observa-se que essas nosologias se mostram próximas a partir do momento em que podem ser consideradas perturbações do comportamento alimentar e, principalmente, por apresentarem uma preocupação excessiva com o corpo (DSM-IV, 1995; Claudino & Borges, 2002).

A ênfase dada ao corpo, na atualidade, supervalorizado e investido, assim como os valores que a sociedade agrega a esse objeto de verdadeiro culto recebem significados e, no que se refere aos transtornos alimentares, esses significados parecem caracterizar esses quadros patológicos. Através da interpretação da realidade das mulheres que possuem esse distúrbio, conclui-se que as representações sociais de seu corpo estão relacionadas ao conhecimento que construíram a respeito de si mesmas, por meio não só da influência dos aspectos sociais, como também das vivências individuais.

## 6 CONCLUSÃO

Os transtornos alimentares possuem suas semelhanças e diferenças, observadas na revisão de literatura e nos relatos das entrevistadas. Sobre estes últimos, percebeu-se que as histórias de vida das mulheres com essas desordens foram pontuadas por falas recorrentes que tratavam de corpo, de compulsão, de comida, de exercícios físicos, de culpa, entre outros. Por mais que os sintomas estejam relacionados à esfera alimentar, é no corpo que essas patologias tomam visibilidade.

O culto ao corpo propagado atualmente vem produzindo uma obsessão pela forma física e pela saúde perfeita. Ele virou alvo de múltiplos investimentos, facilitados pelas novas tecnologias biomédicas, pelo capitalismo de superprodução; também entra no mercado com capacidade de consumir e ser consumido, ditado muito mais pelo prazer do que pela necessidade. O corpo está em alta! Difícil entender, entretanto, onde é consequência e onde é causa dos transtornos alimentares, uma vez que, em todos esses transtornos, há uma preocupação excessiva com o peso e com a forma corporal.

A pesquisa confirmou a supervalorização dada ao corpo pelas mulheres com transtornos alimentares, as quais construíram seu saber sobre esse objeto a partir de experiências individuais e sociais. Esse conhecimento sobre o corpo, contudo, mostrou-se dinâmico, evidenciado pela trajetória de cada Participante, pois os depoimentos apresentaram informações sobre diversos momentos de suas vidas: antes, depois e atual. Antes é o momento que se refere ao excesso de peso na infância e/ou adolescência, característica comum às entrevistadas. Depois é o momento que corresponde à fase do transtorno alimentar, que pode ter sido a magreza ou a gordura. O momento atual constitui uma mistura entre vários estados, mas que se caracteriza pela importância que o corpo tem para essas mulheres. Essa valorização pode ser percebida pelo medo de engordar, pelos sentimentos ambivalentes quanto ao corpo, na relação com as roupas, nas agressões a ele, na relação com o espelho.

Foi possível observar que, entre as mulheres com anorexia, a preocupação com o peso e com a forma física levaram-nas a ter comportamentos alimentares cada vez mais restritivos, a fim de atingir o ideal corporal que estavam buscando. O medo de engordar esteve sempre rondando os pensamentos delas, orientando seus comportamentos dirigidos à perda de peso. Percebeu-se que a relação com o próprio corpo nem sempre é bem vivida, confirmada pelos sentimentos de “gostar” e “não gostar”, principalmente este último. O contato com o espelho serviu para vigiar o quanto elas emagreciam ou engordavam. As



roupas apareceram como um modo de esconder o corpo e, em nenhum momento, as falas demonstraram uma boa relação dessas mulheres com as roupas. Apesar de esses sentimentos se mostrarem ambivalentes em alguns momentos, na anorexia, predominaram os negativos em relação ao corpo, e os relatos dessas mulheres confirmam sua importância: o corpo é tudo. Entre as entrevistadas, percebeu-se que duas estão refazendo suas representações sociais do corpo, obtidas através do ganho de peso, da diminuição das complicações de saúde, do retorno da convivência social. Mas isso não ocorre com uma delas, a Participante 2, pois apresenta empobrecimento nas relações afetivas e dificuldade em estabilizar o peso de acordo com sua idade e altura. As representações sociais do corpo, para ela, estão vinculadas à magreza, confirmando o quadro patológico.

Percebeu-se que, entre as mulheres entrevistadas, a bulimia teve início a partir de uma excessiva preocupação com o corpo e a forma física, vinda dos comentários recebidos na infância/adolescência sobre o excesso de peso. Dietas restritivas favoreceram o surgimento das orgias alimentares e, assim, atrapalhou o emagrecimento. Para não se ver em desvantagem quanto à forma corporal, utilizavam alguns métodos para compensar o ganho de peso, como vômitos e remédios para emagrecer. Entretanto, observou-se culpa em comer e em vomitar, desencadeando nas entrevistadas sentimentos negativos em relação a si mesmas, como a vontade de morrer. Essas mulheres relataram “não gostar” do próprio corpo e não estarem satisfeitas com ele, além de uma dificuldade de aceitá-lo; sentir-se gorda é um ponto forte do transtorno. A relação com o espelho foi uma experiência negativa, uma vez que elas sentiram dificuldade em lidar com a imagem refletida. A relação com as roupas também foi difícil, é como se elas fossem o termômetro do engordar e do emagrecer. Os sentimentos negativos sobre o corpo também parecem predominar entre as entrevistadas, as quais o consideram como algo principal em suas vidas: ele é tudo. Pode-se concluir que, nos discursos das mulheres com bulimia, foi possível perceber que o corpo magro as faz sentir melhor consigo mesmas, apesar das representações serem permeadas pela constante luta entre o corpo magro e a comida.

Entre as mulheres com TCAP, foram observadas histórias de excesso e flutuações de peso relatadas desde a infância. De fato, as compulsões favoreceram o ganho de peso e facilitaram o surgimento de diversos incômodos com a aparência física. A comida, num primeiro momento, sempre esteve carregada de prazer, porém, depois, trazia muita culpa e sofrimento, pois essas mulheres percebiam que, comendo, elas estavam agredindo o próprio corpo. Houve algumas tentativas de aliviar esse mal-estar, sem, contudo, caracterizar a utilização de métodos compensatórios, uma vez que elas relataram não gostar de vomitar. O

sentimento de “estar gorda” contribuiu para a difícil relação dessas mulheres com seus corpos e que foi evidenciada através do “não gostar” do corpo e da insatisfação com ele. Por outro lado, a relação com as roupas, apesar do excesso de peso, mostrou tendência positiva, pois as entrevistadas pareceram estar lidando bem com esse acessório. Com o espelho, a relação foi boa e ruim: após o emagrecimento, elas conseguiam se olhar e passaram a valorizar o corpo que têm; outras, entretanto, parecem ainda apresentar dificuldades para se enxergar. O corpo, para essas mulheres mostrou-se como a imagem que elas têm de passar para os outros que estão bem, como um cartão de visita da pessoa. Apesar dos sentimentos negativos, essas entrevistadas estão refazendo suas representações sociais do corpo face ao emagrecimento.

A partir dos resultados da pesquisa, foi possível perceber a gravidade dos transtornos alimentares, contudo a permanente desconstrução e reconstrução do corpo pode tanto possibilitar a recuperação desses distúrbios quanto provocar recaídas. Portanto, se as representações sociais são construídas no dia a dia, torna-se importante avaliar um contexto maior – tais como os meios de comunicação, os padrões de cultura e beleza – e a influência que exercem sobre o comportamento das mulheres com transtornos alimentares. Certamente, esta não é tarefa fácil, mas possível de ser alcançada.

Nesta pesquisa, fica claro que os aspectos individuais são decisivos na forma como as representações sociais do corpo são construídas, pois, na contemporaneidade, as informações estão acessíveis a todos; a diferença está no modo como são absorvidas, interpretadas e utilizadas. Vale lembrar, o que difere essas representações é cada pessoa, a história de cada mulher, a forma de lidar com a situação e a maneira de encarar os problemas. Então, por mais que as representações sociais do corpo tenham se mostrado próximas entre as entrevistadas, sobretudo no predomínio dos sentimentos negativos, foi possível perceber que, na anorexia, essas representações foram permeadas pelo medo de engordar; na bulimia, pela constante luta entre o corpo magro e a comida; e no TCAP, pela agressão ao corpo através da alimentação.

Dessa maneira, cumpre ressaltar a importância de se investigar também as representações sociais da alimentação, bem como outros aspectos dessas desordens em futuras pesquisas. Por mais que os estudos quantitativos sejam uma modalidade comum entre os transtornos alimentares, as pesquisas qualitativas são importantes na medida em que proporcionam aprofundamento do fenômeno estudado. Dessa maneira, é possível e relevante associar os papéis de pesquisador e de psicólogo, simultaneamente, para entender as nuances individuais nos transtornos alimentares.

Para além desse entendimento, considera-se importante pensar nas implicações dos aspectos psicológicos para a prática, relativo ao próprio tratamento dos transtornos alimentares. Entre as mulheres entrevistadas, observou-se que o tratamento psicológico não foi tão evidenciado; a terapêutica utilizada se mostrou fortemente baseada no uso de remédios farmacológicos. Ao se pensar nos transtornos alimentares como um problema de saúde pública, torna-se necessário pensá-lo em um contexto de várias especialidades, porém, há de se considerar a grande contribuição dos fatores psicológicos antes, durante ou após esses quadros, para poder, assim, reverberar, positivamente, nos outros aspectos.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N. de, & Cangelli Filho, R. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista psiquiatria clínica*, 31(4), 177-183. Recuperado em 10 de outubro, 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Abric, J. C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. In Jodelet, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Alvarenga, M., & Dunker, K. L. L. (2004). Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In S. T. Philippi, & M. Alvarenga. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional* (pp. 131-148). Barueri: Manole.
- Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2006). *Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington (DC): Author.
- Appolinario, J. C., Cordás, T. A., & Claudino, A. de M. (2002). Apresentação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 1-2.
- Assumpção, C. L. de & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 29-33.
- Azevedo, A. P. de, Santos, C. C. dos, & Fonseca, D. C. da (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 170-172. Recuperado em 26 de maio, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Bacaltchuk, J. & Hay, P. (1999, Setembro). Tratamento da bulimia nervosa: síntese das evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (3), 1-8. Recuperado em 10 de outubro, 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barleta, I. M. P. (2003). *A mulher com alterações corporais: um estudo de representações sociais*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Barreto, A. L. H., Figueiró, A. S., & Soares, R. M. (2006). Padrão alimentar e manejo nutricional dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 117-124). Porto Alegre: Artmed.

- Barros, D. D. (2005, Agosto). Imagem Corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciência e Saúde*, Manguinhos, 12 (2), 547-554. Recuperado em 15 de outubro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Basdevant A., Pouillon M., Lahlou N., Le Barzic M., Brillant M., & Guy-Grand B. (1995, December). Prevalence of Binge Eating Disorder in different populations of french women. *International Journal of Eating Disorder*, 18(4), 309-315. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Becker, A. E. (2003, June). Eating disorders and social transition. *Primary Psychiatry*, 10(6), 75-79. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Binswanger, L. (1945). The case of Ellen West: An anthropological-clinical study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 55, 16-40. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Borges, M. B. (1998). *Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Borges, M. B. F. & Jorge, M. R. (2000). Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatria na prática médica*, 33 (4), 113-118. Recuperado em 8 de maio, 2009, de <http://www.unifesp.br>
- Brody, M. L.; Walsh, B. T.; Devlin, M. J. (1993, April) Binge Eating Disorder: Reliability and Validity of a New Diagnostic Category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 92(2), 381-386. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Bowman, M. L. (1998, June). Bulimia: From syncope to obsession. *Psychology of Addictive Behaviors*. 12(2), 83-92. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Busse, S. R., & Silva, B. L. (2004). Transtornos alimentares. In S. de R. Busse (Org.), *Anorexia, bulimia e obesidade* (pp. 31-110). Barueri: Manole.
- Cardoso, S. C. M. (2002). *Representações sociais dos distúrbios alimentares: estudo empírico junto a ex-pacientes, familiares e técnicos de saúde*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Castilho, A. R. G. L., & Castilho, J. C. R. (2004). Transtornos da alimentação e transtorno obsessivo-compulsivo. In S. de R. Busse (Org.), *Anorexia, bulimia e obesidade* (pp. 183-204). Barueri: Manole.

- Claudino, A. de M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 7-12.
- Corbin, A., Courtine, J. J. & Vigarello, G. (2008). *As mutações do olhar: o século XX*. (História do corpo, Vol. 3). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cordás, T. A., & Claudino, A. de M. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 3-6.
- Cordás, T. A., Cobelo, A., Fleitlich, B., Guimarães, D. S. B. & Schomer, E. (1998). *Anorexia e bulimia: o que são? Como ajudar? Um guia de orientação para pais e familiares*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordás, T. A., Salzano, F. T., & Rios, S. R. (2004). Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In S. T. Philippi, & M. Alvarenga. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional* (pp. 39-62). Barueri: Manole.
- Costa, J. F. (2005). *O vestígio e a aura: corpo e consumo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Crisp, A. H. (1970). Reported birth weights and growth rates in a group of patients with primary anorexia nervosa (weight phobia). *Journal of Psychosomatic Research*, 14(1), 23-50. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Cunha, L. C. N. (2008). *Anorexia, bulimia e compulsão alimentar*. São Paulo: Atheneu.
- De Zwaan, M. (2002, December). Binge eating disorder (BED) und Adipositas. / Binge eating disorder (BED) and obesity. *Verhaltenstherapie*, 12(4), 288-295. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Dobrow, I. J.; Kamenetz, C., & Devlin, M. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 63-67.
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. In Jodelet, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. S., Norman, P., & O'Connor, M. (2000, July). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives General Psychiatry*, 57, 659-665. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Fairburn, C. G., Cowen, P. J., & Harrison, P. J. (1999, December). Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 349-358. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003, Feb). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>

- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2007a, Nov). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 40, S107-S110. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z.; Bohn, K.; O'Connor, M. E.; Doll, H. A.; Palmer, R. L. (2007b, Aug). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*. 45(8), 1705-1715. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A. B. H. (1975). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ferreira, M. de L. da S. M., & Mamede, M. V. (2003, Maio-Junho). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 11(3), 299-304. Recuperado em 28 de julho, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Fiates, G. M. R. & Salles, R. K. de (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*, 14, 3-6. Recuperado em 11 de outubro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Fontenelle, L. F., Cordás, T. A., & Sassi, E. (2002). Transtornos alimentares e os espectros do humor e obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), 18-23.
- Fontenelle, L. F.; Mendlowicz, M. V.; Menezes, G. B. de; Papelbaum, M.; Freitas, S. R.; Godoy-Matos, A.; Coutinho, W. & Appolinario, J. C. (2003, Jul). Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 119, 189-194. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade II: o uso dos prazeres* (7ª. ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freitas, S. R. (2006). Curso e prognóstico dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 105-115). Porto Alegre: Artmed.
- Freitas, S., Lopes, C. S.; Coutinho, W. & Appolinario, J. C. (2001, Dezembro). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 215-220. Recuperado em 8 de maio, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Galvão, A. L., Claudino, A. de M., & Borges, M. B. F. (2006a). Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 31-50). Porto Alegre: Artmed.

- Galvão, A. L., Pinheiro, A. P., & Somenzi, L. (2006b). Etiologia dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 59-71). Porto Alegre: Artmed.
- Galvão, A. L., Pinheiro, A. P., & Nunes, M. A. (2006c). Psicoterapia dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 137-144). Porto Alegre: Artmed.
- Gama, D. R. N. da, & Gama, A. P. B. N. da (2009). O corpo como uma fábrica de sonhos: representações sociais de corpo entre mulheres praticantes de atividade físicas que fizeram intervenções cirúrgico plásticas corretivas. *Revista Digital*, 13 (128). Recuperado em 28 de julho, 2009, de <http://www.efdeportes.com/>
- Goodman, L.A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. 32 (1) 148-170. Recuperado em 20 de setembro, 2009, de <http://projecteuclid.org/>
- Goodman, L. S. & Gilman, A. (2005). *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.
- Goetz, E. R., Camargo, B. V., Bertoldo, R. B., & Justo, A. M. (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicologia e Sociedade*, 20 (2), 226-236. Recuperado em 28 de julho, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Goldfein, J. A., Walsh, B. T., LaChaussee, J. L., Kissileff, H. R., & Devlin, M. J. (1993, December). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 427-431. Recuperado em 15 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Grando, L. H. (2000). *Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Grando, L. H. (2005). *Família e transtornos alimentares: uma forma singular de estar no mundo*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (1995). Introdução. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em Representações Sociais* (pp. 117-145). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guimarães, D. B. S., Salzano, F. T., & Abreu, C. N. de (2002). Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 61-62.
- Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., & Masheb, R. M. (2008, May). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: Refinement of a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 414-419. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2009, April). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating*



- Disorders*, 42(3), 228-234. Recuperado em 24 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Gull, W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Guzzo, M. (2005). Riscos da beleza e desejos de um corpo arquitetado. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 27 (1), 139-152.
- Habermas, T. (1986, Mar). Friderada: A case of miraculous fasting. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 555-562. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Hay, P. J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), 13-17.
- Hay, P., & Fairburn, C. G. (1998, Jan). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15. Recuperado em 10 de outubro, 2008, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Herscovici, C. R., & Bay, L. (1997). *Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia*. Porto Alegre, RG: Artes Médicas.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003, December). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. Recuperado em 10 de outubro, 2008, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Hoek, H. W., Van Harten, P. N., Van Hoeken & Susser, E. (1998, April). Lack of relation between culture and anorexia nervosa: results of an incidence study on Curacao. *New England Journal of Medicine*, 338,1231-1232. Recuperado em 10 de outubro, 2008, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Berry, J. M., Pindyck, L. J., Bulik, C. M.; Crow, S. J. et al. (2006, Mar.). Binge-Eating Disorder as a Distinct Familial Phenotype in Obese Individuals. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 313-319. Recuperado em 5 de maio, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope Jr., H. G., & Hudson, J. I. (2008, Mar.). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 174-179. Recuperado em 5 de maio, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jovchelovitch, S. (2008). Representações sociais e a diversidade do saber. In S. Jovchelovitch (Org.), *Os contextos do saber – representações, comunidade e cultura*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1984). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kuczynski, E. (2004). Anorexia nervosa: diagnóstico diferencial com a esquizofrenia. In S. de R. Busse (Org.), *Anorexia, bulimia e obesidade* (pp. 143-159). Barueri: Manole.
- Laplanche, J. (1998). *Vocabulário da psicanálise* (3ª. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lask, B. & Frampton, I. (2009, May-Jun). Anorexia nervosa—irony, misnomer and paradox. *European Eating Disorders Review*. 17(3), 165-168. Recuperado em 6 de outubro, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Lopes, C. S., & Coutinho, E. S. F. (1999, Outubro). Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. *Revista Saúde Pública*. 33(5), 477-487. Recuperado em 16 de dezembro, 2008, de <http://www.scielo.org>
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EP.
- Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-III (1980). São Paulo: Manole.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV (1995). (D. Batista Trad. 4a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mauss, M. (1974). *Sociologia e antropologia* (Vol. 2). São Paulo: Edusp.
- Mcgilley, B.-H. (2006, December). Group therapy for adolescents with eating disorders. *Group*, 30(4), 321-336. Recuperado em 10 de outubro, 2008, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Soares, M. B. de M. (1999). Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 24-40. Recuperado em 5 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Morgan, C. M., & Azevedo, A. M. C. de (1998a, Julho). Transtornos alimentares e cultura: notas sobre a oitava conferência em transtornos alimentares. *Psychiatry on-line Brazil*, 3, 1-7. Recuperado em 5 de setembro, de 2008, de <http://www.polbr.med.br/arquivo/tralimen.htm>
- Morgan, C. M., & Azevedo, A. M. C. de. (1998b, Fevereiro). Aspectos socioculturais dos transtornos alimentares. *Psychiatry on-line Brazil*, 3, 1-8. Recuperado em 5 de setembro, 2008, de <http://www.polbr.med.br/arquivo/culture.htm>
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), 18-23.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Muris, P., Meesters, C., Van-de-Blom, W., & Mayer, B. (2005, Jan.). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6(1), 11-22. Recuperado em 10 de outubro, 2008, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Nakamura, E. (2004). Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In S. de R. Busse (Org.), *Anorexia, bulimia e obesidade* (pp. 13-29). Barueri: Manole.
- Nunes, M. A. (2006). Epidemiologia dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 51-57). Porto Alegre, RG: Artmed.
- Nunes, M. A. & Ávila, B. N. de (2006). Tratamento hospitalar dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 183-193). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ*, 14(4), 569-576. Recuperado em 5 de maio, 2009, de <http://bases.bireme.br>
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39 (3), 353-360. Recuperado em 10 de outubro, 2008, de <http://bases.bireme.br>
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Cid-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papelbaum, M., & Appolinario, J. C. (2001). Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 38-40. Recuperado em 8 de maio, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Pinzon, V., & Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4), 158-160. Recuperado em 5 de setembro, 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Pomeroy, C. (1996). Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: assessment of physical status. In J. K. Thompson. *Body image, eating disorders and obesity: an integrative guide for assessment and treatment* (pp. 117-203). Washington, DC: American Psychological Association.

- Pinzon, V. D. (2008). Anorexia e bulimia nervosa: quadro clínico e comorbidades. In C. Weinberg (Org.), *Transtornos alimentares na infância e adolescência* (pp. 77-88). São Paulo: Sá Editora.
- Robell, S. (1997). *A mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura*. São Paulo: Summus.
- Rodrigues, J. C. (1975). *Tabu do corpo* (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Achiamé.
- Rodrigues, J. C. (2005). Os corpos na Antropologia. In M. C. de S. Minayo (Org.), *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* (pp. 157-182). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Romaro, R. A., & Itokazu, F. M. (2002). Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (2), 407-412. Recuperado em 6 de janeiro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Russell, G. F. M. (2004, May-Jun). Invited article: Thoughts on the 25th anniversary of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 139-152. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Sá, C. P. de (1996). *Sobre o núcleo central das representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Sá, C. P. de (2007). As representações sociais na história recente e na atualidade da psicologia social. In A. M. Jacó Vilela, A. A. L. Ferreira & F. T. Portugal (Orgs.), *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 587-606). Rio de Janeiro: Nau Ed.
- Sant'Anna, D. B. de (2001). É possível realizar uma história do corpo? In C. L. Soares (Org.), *Corpo e história* (pp. 3-23). Campinas, SP: Autores Associados.
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Secchi, K. (2006). *Representação social e imagem do corpo feminino*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Shea, M. E., & Pritchard, M. E. (2007, June). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1527-1537. Recuperado em 10 de outubro, 2008, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Siqueira, D. da C. O., & Faria, A. A. de (2007). Corpo, saúde e beleza: representações sociais nas revistas femininas. *Comunicação, mídia e consumo*, 4 (9), 171-188. Recuperado em 28 de julho, 2009, de <http://revistacmc.espm.br>
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D. et al. (1992, April). Binge Eating Disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria.

- International Journal Eating Disorder*, 11(3), 191-203. Recuperado em 5 de maio, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A. et al. (1993, Mar). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal Eating Disorder*, 13 (2), 137-153. Recuperado em 5 de maio, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Stenzel, L. M. (2006). A influência da imagem corporal no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 73-81). Porto Alegre, RG: Artmed.
- Stonehill, E., & Crisp, A. H. (1977). Psychoneurotic characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at follow-up 4-7 years later. *Journal of Psychosomatic Research*, 21(3), 187-193. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre, RG: Artmed.
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001, Mar). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal Eating Disorder*, 29, 157-165. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Stunkard, A. J. (1959, April). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-295. Recuperado em 11 de junho, 2009, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br>
- Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-metodológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Turkiewicz, G. (2008). Fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. In C. Weinberg (Org.), *Transtornos alimentares na infância e adolescência* (pp. 59-75). São Paulo: Sá.
- Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: J. Vala; M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social*. Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Vaz, P. (1999). Corpo e risco. In N. Villaça, F. Góes & E. Kosovski (Orgs.), *Que corpo é esse? Novas perspectivas* (pp. 159-175). Rio de Janeiro: Mauad.
- Weinberg, C. (2008). Adolescência e transtornos alimentares. In C. Weinberg (Org.), *Transtornos alimentares na infância e adolescência* (pp. 47-58). São Paulo: Sá.

Werebe, D. M. (1997). Transtornos alimentares: quadro clínico. In R. Fráguas Júnior (Org.), *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: integrando especialidades* (pp. 81-84). São Paulo: Lemos.

World Health Organization. Division of Noncommunicable Diseases. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 20 de setembro, 2009, de <http://www.who.int/en/>



Qual? \_\_\_\_\_

Faz acompanhamento médico atualmente? ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação controlada? (Tarja preta ou vermelha?) ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

Faz uso de

- ( ) cigarro ( ) ansiolíticos (calmantes)  
 ( ) álcool ( ) anfetaminas (excitantes)  
 ( ) drogas ( ) anorexígenos (moderadores de apetite)  
 ( ) outros \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_

Peso máximo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Peso mínimo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Atividade física semanal:

Prática atividade física: ( ) Não ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_

#### 1) Anorexia/bulimia nervosa

Para você, o que é anorexia/bulimia nervosa? Você percebe um destes comportamentos em você? Conte como foi que iniciou a anorexia/bulimia nervosa em você.

#### 2) Corpo

O que representa o corpo para você? Como você percebe e reconhece seu corpo? Como você se relaciona com ele? Qual o nível de satisfação com seu corpo?

Relate como foi na infância, na adolescência, na vida adulta.

#### 3) Alimentação

O que representa a alimentação para você? Como você se relaciona com ela?

Relate como foi na infância, na adolescência, na vida adulta.

#### 4) Relacionamentos familiares/afetivos

Como você descreve seus relacionamentos familiares e afetivos? Como você percebe sua família antes e depois do diagnóstico de anorexia/bulimia nervosa?

Relate como foi na infância, na adolescência, na vida adulta.



## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

**Parecer nº. 325/2008**

**Protocolo CEP-UFJF:** 1538.229.2008 **FR:** 216274 **CAAE:** 0201.0.180.000-08

**Projeto de Pesquisa:** "O corpo representado por mulheres anoréxicas e bulímicas"

**Área Temática:** Grupo III

**Pesquisador Responsável:** Prof. Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira

**Pesquisadores Participantes:** Renata Silva de Carvalho

**Instituição:** Faculdade de Educação Física e Desportos – FAEFID, Departamento de Fundamentos da Educação Física

**Sumário/comentários do protocolo:**

O CEP analisou o Protocolo 1538.229.2008, Grupo III e considerou que:

- A autora informa que atualmente, há um padrão de beleza que exige que as pessoas não engordem, mantenham-se magras e sejam semelhantes às modelos. Nos últimos 20 anos ocorre uma "epidemia" dos transtornos alimentares, mais especificamente a anorexia e bulimia nervosa, em decorrência das mudanças desses padrões estéticos. Assim, a cultura da aparência leva a uma eterna insatisfação com a própria imagem e a um narcisismo frustrado o tempo todo. Nesse sentido, o corpo psíquico deixou de ser um instrumento a favor e passou a ser um objeto a ser exibido. Os estudos revelam que a maior prevalência de distúrbios alimentares está na população juvenil e suas manifestações começam a aparecer na adolescência. Em função de a imagem corporal ser o retrato mental que o indivíduo tem dele mesmo, ela desempenha um importante papel na avaliação que a pessoa faz de si própria, podendo ser um retrato verdadeiro ou mesmo distorcido. Desta forma, o modo como o adolescente lida com a insatisfação pode ser um fator crítico na determinação de um comportamento normal ou de transtorno alimentares. Conseqüentemente, em nome da saúde e da beleza, alguns adolescentes entram numa luta perpetua para perder peso, o que em alguns casos se torna patológico, podendo desencadear em dois transtornos: anorexia nervosa e bulimia nervosa. A anorexia e a bulimia nervosas são duas patologias intimamente relacionadas por apresentarem como sintomas comuns representação alterada da forma corporal, preocupação excessiva com o peso e medo patológico de engordar. Em ambos os quadros os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmos baseado na forma física, com alteração da imagem corporal, mostrando-se insatisfeitos com o próprio corpo. Em virtude disso, o presente projeto tem grande relevância científica, pois pretende obter maior conhecimento a respeito de como as mulheres anoréxicas e bulímicas lidam com o próprio corpo e contribuir para maior compreensão da influencia dos aspectos culturais no desencadeamento da anorexia e bulimia nervosa.
- Em virtude do acima exposto, consideramos que os objetivos são perfeitamente compatíveis com a proposta do estudo uma vez que estes são: investigar como é a imagem corporal de mulheres anoréxicas e bulímicas; verificar como as mulheres anoréxicas e bulímicas lidam com o próprio corpo (percepção de sua forma física e peso) e analisar a relação que as mulheres anoréxicas e bulímicas têm com a alimentação.
- Segundo a metodologia proposta neste estudo transversal, qualitativo, descritivo, exploratório, 10 mulheres na faixa etária de 18 a 32 anos que possuem o diagnostico de anorexia e bulimia nervosa residentes no município de Juiz de Fora serão submetidas uma entrevista semi-estruturada, elaborada pela pesquisadora e pela orientadora, onde se pretende analisar como estas percebem com o próprio corpo.
- Salienta-se, desta forma, a metodologia proposta vai ao encontro dos objetivos determinados nesta pesquisa e a análise estatística foi detalhada adequadamente no projeto.
- Na metodologia, entretanto, não foi feita menção ou classificação dos riscos inerentes à realização das atividades necessárias para a realização da pesquisa proposta. **Solicita-se, portanto, que a autora cite e classifique os riscos da metodologia proposta aos voluntários participantes em consonância com a resolução vigente.**
- As referências bibliográficas sustentam adequadamente os objetivos do estudo.
- No orçamento financeiro detalhado, a pesquisadora principal relata que na pesquisa haverá um gasto R\$ 447,00 e, segundo a mesma, o ônus com a execução desta pesquisa é de responsabilidade das pesquisadoras envolvidas nesta.

*RE*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 PRO-REITORIA DE PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

- O cronograma está descrito em uma numeração que não permite identificar o mês ou o ano de início do trabalho, nem o período da coleta de dados, bem como o término da mesma. **Assim, solicitamos que a pesquisadora adêquie o mesmo de tal forma a permitir a identificação do período (mês e ano) de cada atividade prevista neste estudo.** Ressaltamos que a coleta dos dados, de acordo com a Res. CNS 196/96, só poderá ocorrer após o parecer favorável do CEP.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está em linguagem adequada e clara para compreensão dos voluntários. Há descrição suficiente dos procedimentos a serem realizados e os riscos esperados foram classificados adequadamente. Além disso, consta no TCLE que não haverá custos nem qualquer vantagem financeira aos voluntários participantes. Também está clara, no presente, a forma dos voluntários fazerem contato com a pesquisadora, assim como com este Comitê. Foi, ainda, mencionado no presente termo que qualquer dano comprovadamente causado pelos procedimentos pelos quais os voluntários serão submetidos será ressarcido por quem de direito. Desta forma, o TCLE apresentado está de acordo com a Res. 196/96 CNS.
- A qualificação dos pesquisadores é compatível com o projeto de pesquisa apresentado.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê relatórios parciais e o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto com as recomendações mencionadas, devendo ser cumpridas para posterior início da pesquisa.

**Situação:** Projeto Aprovado com Recomendação  
 Juiz de Fora, 18 de setembro de 2008.

  
 Prof. Ms. Cynthia Pace Schmitz Correa  
 Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ____/____/2008
ASS: _____

### ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sr<sup>a</sup>. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Transtornos alimentares em mulheres: um estudo das representações sociais do corpo”. Neste estudo, pretendemos compreender as representações de corpo num grupo de mulheres com diagnóstico de transtornos alimentares, na cidade de Juiz de Fora, MG e região. O motivo que nos leva a estudar as representações do corpo para essas mulheres é contribuir para a construção do conhecimento e sua utilidade para a prática profissional, além de buscar conscientizar a própria população estudada para os riscos e malefícios que esse diagnóstico pode acarretar para a saúde física e psíquica.

Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos:

1. **METODOLOGIA:** Inicialmente, será feita uma seleção dos sujeitos, seguindo critérios estabelecidos pela pesquisadora. Num segundo momento, os pesquisados selecionados responderão a uma entrevista, que deverá ser gravada na íntegra para posterior análise. Após analisada, a fita contendo as informações da entrevista será destruída.
2. **RISCOS E BENEFÍCIOS:** Trata-se de um estudo com risco mínimo, ou seja, o mesmo risco que se tem em atividades rotineiras, como conversar, ler, caminhar, etc.
3. **RESSARCIMENTO:** Se houver algum risco/prejuízo à saúde do pesquisado, o mesmo será ressarcido pela pesquisadora responsável.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sr<sup>a</sup>. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento será arquivado pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Educação Física/FAEFID da UFJF.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos do estudo “Transtornos alimentares em mulheres: um estudo das representações sociais do corpo”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar deste estudo.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data