

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
UNIPAMPA

TASSIANA BERNARDES

ADOLESCÊNCIA, MÍDIA E TRANSTORNOS  
ALIMENTARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Uruguaiana  
2010

TASSIANA BERNARDES

ADOLESCÊNCIA, MÍDIA E TRANSTORNOS  
ALIMENTARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como quesito parcial para  
obtenção do título de Bacharel de  
Enfermagem da Universidade Federal do  
Pampa.

Orientador(a): Prof. Dr. Thomas  
Josué Silva

Uruguaiana

2010

TASSIANA BERNARDES

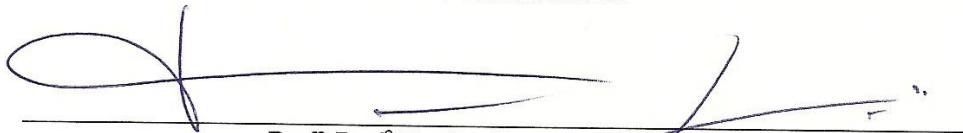
**ADOLESCÊNCIA, MÍDIA E TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Área de concentração: Enfermagem e Ciências Sociais e Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado em: 20 de dezembro de 2010

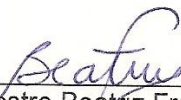
Banca Examinadora:



Profª Profº Doutor Thomas Josué Silva  
Orientador  
Curso de Enfermagem – UNIPAMPA



Profª Mestre Paula Bianchi  
Curso de Educação Física - UNIPAMPA



Profª Mestre Beatriz Franchini  
Curso de Enfermagem - UFPEL

## RESUMO

O presente trabalho apresenta uma investigação de um caso de uma adolescente com transtornos alimentares e a influência da mídia sobre este problema e o papel da família junto ao enfrentamento desta doença. A pesquisa tem como objetivo identificar na literatura científica produções existentes que abordem transtornos alimentares em adolescentes e as repercussões da mídia e da família neste contexto. Trata-se de uma Revisão Bibliográfica realizada em bases de dados e em literatura impressa publicados num período entre 1999 e 2010. Os resultados obtidos foram lidos e discutidos à luz da teoria. A apresentação destes foi realizada à partir das seguintes categorias que emergiram: (1) distorção de imagem, (2) o transtorno, (3) influência da mídia, (4) culpa, (5) auto-aceitação, (6) relação com a família, (7) sofrimento mental, (8) isolamento, (9) preconceito, (10) a sociedade e os transtornos alimentares. Com este estudo pode-se concluir e analisar entre as publicações na área que há o sofrimento mental entre os adolescentes com transtornos alimentares, que sua relação com a família pode influenciar positiva ou negativamente no percurso da doença e no tratamento. A sociedade também foi identificada como geradora desta problemática. Percebeu-se que, na sociedade de consumo, as repercussões da mídia e dos padrões de beleza impostos tem marcante influência na insatisfação social com o corpo.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, adolescentes, mídia, família.

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2-OBJETIVOS</b> .....	8
2.1-Objetivo Geral.....	8
<b>3-ESTADO DA ARTE</b> .....	9
3.1- Anorexia Nervosa.....	9
3.2- Bulimia Nervosa.....	11
3.3- Transtorno Dismórfico Corporal.....	12
3.4-Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.....	13
3.5- Adolescência e Transtornos Alimentares.....	13
3.6- Influência da Mídia e Transtornos Alimentares.....	14
3.7- Influência da Família nos Transtornos Alimentares.....	17
3.8- Males da Contemporaneidade.....	18
<b>4-MÉTODO</b> .....	21
<b>5-RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	22
5.3.1 - Distorção de Imagem.....	22
5.3.2 - Os Transtornos Alimentares.....	23
5.3.3 - Influência da Mídia.....	23
5.3.4 - Culpa.....	24
5.3.5 - Auto-Aceitação.....	24
5.3.5.1 - Relação com a Família.....	25
5.3.5.2 - Sofrimento Mental.....	26
5.3.5.3 - Isolamento.....	26
5.3.5.4 - Preconceito.....	27
5.3.5.5 - A Sociedade e os Transtornos Alimentares.....	28
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>7. CRONOGRAMA</b> .....	32
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33

## 1.INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar. Dos transtornos alimentares estudados, a Anorexia Nervosa foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970. Historicamente os Transtornos Alimentares causavam curiosidade tanto nos médicos como na população por não conseguirem ter um entendimento maior do que acontecia com essas jovens mulheres. (CORDAS, 2002).

Habernas (1986) descreveu um caso pioneiro sugestivo da Anorexia Nervosa em Serva que viveu no ano de 1895, a jovem Friderada, que após ter se recuperado de uma doença não reconhecível, passou a apresentar um apetite voraz e descontrolado. Para diminuí-lo, abrigou-se em um convento e nele com o tempo foi diminuindo a alimentação e efetuava jejuns prolongados. Rapidamente seu quadro agravou-se levando a morte, por desnutrição. No século XIII, haviam mulheres que, como forma de aproximar-se de Deus, mantinham longos jejuns, o que fez com que essas mulheres fossem denominadas “Santas Anorexicas”. Richard Morton é o autor do primeiro relato medico do caso de Anorexia Nervosa, no ano de 1694, onde conta o tratamento de uma jovem mulher com recusa de alimentar-se e ausência de ciclos menstruais, que recusou ajuda e morreu por fraqueza devido a falta de ingestão de alimentos.

Com Gerald Russell, em 1979, vem a descrição de outro Transtorno Alimentar, a Bulimia Nervosa. Esse termo vem da união dos termos gregos Boul (boi) ou Bou (grande quantidade) com Lemos (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi (CORDAS, 2002).

Em 1743, James descreve a “true boulimus” para os episódios de grande ingestão de alimentos e preocupação intensa com os mesmos, seguidos de desmaios e uma variante chamada “caninus appetities”, com vômitos após esses episódios (HABERNAS, 1986).

A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa parecem ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, como Estados Unidos, Europa, Canadá, Japão, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante das mulheres, ser atraente está ligado a magreza (DSM-IV).

Esta busca pela magreza modificou-se junto com a evolução humana, pois antigamente as mulheres mais lindas e mais atraentes eram as que possuíam formas mais arredondadas, hoje vistas como “gordinhas” pois estavam também associadas à

boa nutrição e a fartura. Com o passar das décadas os padrões de beleza foram mudando e o que se observa atualmente é uma grande influência midiática sobre a forma física ideal cada vez mais precocemente nas sociedades contemporâneas.

Segundo o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition) a idade média para o início da Anorexia nervosa é de 17 anos, com alguns picos aos 14 e aos 18 anos. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. Já a Bulimia Nervosa, também segundo o DSM-IV começa no final da adolescência ou início da vida adulta. Esta compulsão frequentemente começa durante ou após um episódio de dieta.

O comportamento alimentar perturbado pode persistir por vários anos, em uma alta percentagem das amostras clínicas. Ressalta-se ainda, que estudos comprovam que os Transtornos Alimentares tem uma prevalência maior em mulheres do que em homens. e se dão a partir de fatores estressantes do cotidiano, como por exemplo, fases de transição, como a adolescência, mudanças de cidade, aceitação em grupos de amigos e ainda por necessidade de se adequar a padrões para cursar a faculdade, ou até mesmo necessidade de ser aceito em um grupo sociais.

Portanto, a fim de compreender melhor a realidade destes transtornos alimentares surgiu a idéia de fazer uma investigação na literatura científica a fim de *identificar as produções existentes que abordem transtornos alimentares em adolescentes e as repercussões da mídia e da família neste contexto.*

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar na literatura científica produções existentes que abordem transtornos alimentares em adolescentes e as repercussões da mídia e da família.



### 3. ESTADO DA ARTE

#### 3.1 ANOREXIA NERVOSA

Os modelos de beleza, impostos pela sociedade moderna podem ser irreais para muitas mulheres, que ignoram sua estrutura física e terminam julgando-se incapazes e frustradas, as quais mesmo se envolvendo em dietas, não alcançam o peso "ideal" e passam a se utilizar progressivamente de práticas cada vez mais nocivas à saúde podendo desencadear Transtornos Alimentares (TA). A magreza tem sido cada vez mais associada ao sucesso, felicidade, atração, controle e estabilidade. Com isso, é criada uma generalização. São apresentados estereótipos que passam a ser apreciados e desejados. O excesso de peso torna-se um problema, o emagrecimento o objetivo e a solução ditada é a dieta. Essa motivação é monopolizada pela chamada indústria do emagrecimento (SOUTO E FERRO-BUCHER, 2006).

A Anorexia Nervosa é um transtorno do comportamento alimentar que se desenvolve principalmente em meninas adolescentes e mulheres jovens e caracteriza-se por uma grave restrição da ingestão alimentar, busca incessante pela magreza, distorção da imagem corporal e amenorréia. (WEINBERG E CORDAS, 2006)

A anorexia nervosa, que foi descrita pela primeira vez em 1667, é uma doença que leva à inanição, com excessiva perda de peso (auto-imposta) e com grande desgaste físico e psicológico. Em função de uma distorção da imagem corporal, os indivíduos com anorexia nervosa não se percebem magros, mas sempre gordos, continuando a restringir suas refeições de uma maneira ritualizada. Dentre suas conseqüências pacientes que estão na pré-puberdade podem ter atraso na maturação sexual, no desenvolvimento físico e no crescimento não atingindo a estatura esperada. A anorexia nervosa tem complicações sérias associadas com a desnutrição, como comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrointestinal, infertilidade, hipotermia e outras evidências de hipometabolismo. Outra característica importante da anorexia nervosa é a amenorréia a qual está associada a uma combinação de fatores como disfunção hipotalâmica, estresse, exercício em excesso e perda de peso e gordura (ANDRADE E BOSSI, 2003).

Segundo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a Anorexia Nervosa, estabelece como critérios a perda de peso e recusa de manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado a idade e altura (peso igual ou inferior a 85% do esperado); medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso;

perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre auto-avaliação e negação do baixo peso; amenorréia por 3 ciclos consecutivos.

Pacientes com Anorexia Nervosa podem apresentar comportamento bulimico/purgativo ou apenas restringir a alimentação, fato que levou o DSM-IV a classificar a Anorexia Nervosa em dois subtipos: o Restritivo que inclui dietas e exercícios e a Compulsão periódica/purgativa onde além da dieta e exercício há episódios de compulsão e purgação.

Conforme ainda a DSM-IV em estudos feitos sobre a prevalência entre mulheres na adolescência tardia e início da idade adulta verificam taxas de 0,5 a 1,0%, para apresentações que satisfazem todos os critérios para Anorexia Nervosa. Indivíduos que não atingem o limiar para o transtorno (isto é, com Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação) são encontrados com maior frequência. Existem dados limitados envolvendo a prevalência deste transtorno em homens. Conforme os autores, incidência de Anorexia Nervosa parece ter aumentado nas últimas décadas, inclusive a partir da mudança dos padrões de beleza da sociedade.

A CID-10 (Classificação Internacional das Doenças) toma como critérios diagnósticos perda de peso e manutenção abaixo do normal (Índice de Massa Corporal igual ou inferior a 17,5Kg/m<sup>2</sup>) perda de peso pela evitação de alimentos que engordam e por vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos, uso de anorexígenos e/ou diuréticos, medo de engordar e distorção da imagem corporal, distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal manifestado como amenorréia nas mulheres com perda de interesse e potencia sexuais. A CID-10 não discrimina anoréxicas purgadoras de restritivas.

Desta forma, a anorexia nervosa se insere nesse caldo de cultura em que o corpo, altamente valorizado, reificado e convertido em fetiche-mercadoria preferencial pelo capitalismo contemporâneo, apresenta-se como a medida do valor próprio do indivíduo. Só que na anorexia isso adquire um caráter muito peculiar: à medida que o quadro se instala, o corpo é constantemente negado, a tal ponto que se exime de ser um corpo vivo e desejante (DITOLVO, 1999).

A anorexia e a bulimia nervosa são transtornos da conduta alimentar cuja prevalência tem crescido nas últimas décadas, atingindo principalmente adolescentes e jovens mulheres (SANTOS et al., 1998). Estes transtornos mobilizam, de forma marcante, aspectos emocionais, físicos e sociais da vida do paciente. São moléstias que trazem um sofrimento intenso não apenas para o portador, mas também para seus familiares. Desse modo, a anorexia nervosa (assim como a bulimia) é considerada um

transtorno psiquiátrico (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1994), e não apenas exagero de valores sociais dominantes, identificados como expressão anti-vida que permeia ações e adições contemporâneas, responsáveis pela fabricação em massa de superatletas, modelos glamorosas e profissionais da mídia.

### 3.2 BULIMIA NERVOSA

Segundo a DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Bulimia Nervosa é um transtorno da alimentação que possui enquanto características fundamentais: episódios recorrentes de compulsão periódicas (ingestão de uma grande quantidade de alimentos, em um espaço curto de tempo, que dura em torno de 2 horas) e um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio; comportamento compensatório inadequado recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como a auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos; ocorrência de compulsões, no mínimo duas vezes por semana, no espaço de 3 meses; auto-avaliação indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo; o transtorno não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa colocam uma ênfase excessiva na forma ou no peso do corpo em sua auto-avaliação, sendo esses fatores, tipicamente, os mais importantes na determinação da auto-estima.

Para fins classificatórios, foram designados subtipos podem ser usados para especificar a presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica: O tipo purgativo descreve apresentações nas quais o indivíduo se envolveu regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual. Há ainda os sem purgação nos quais o indivíduo apresentam outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos.

Com relação às características específicas relacionadas à cultura, idade e gênero a Bulimia Nervosa ocorre, conforme relatado, com frequências aproximadamente similares na maioria dos países industrializados, incluindo os Estados Unidos, Canadá, Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Poucos estudos examinaram a prevalência da Bulimia Nervosa em outras culturas. Em estudos clínicos da Bulimia Nervosa nos Estados Unidos, os indivíduos com este transtorno

eram principalmente brancos, mas o transtorno também foi relatado entre outros grupos étnicos.

Em amostras clínicas e populacionais, pelo menos 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa são mulheres. Alguns dados sugerem que os homens com Bulimia Nervosa têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as mulheres com o transtorno. A prevalência da Bulimia Nervosa entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de aproximadamente 1-3%; a taxa de ocorrência deste transtorno em homens é de aproximadamente um décimo da que ocorre em mulheres.

### 3.3 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Segundo a DSM-IV A característica essencial do Transtorno Dismórfico Corporal (históricamente conhecido como dismorfofobia) é uma preocupação com um defeito na aparência. O defeito é imaginado ou, se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.

A preocupação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

As queixas geralmente envolvem falhas imaginadas ou leves na face ou na cabeça, tais como perda de cabelos, acne, rugas, cicatrizes, marcas vasculares, palidez ou rubor, inchaço, assimetria ou desproporção facial, ou pêlos faciais excessivos.

Outras preocupações comuns incluem o tamanho, a forma ou algum outro aspecto do nariz, olhos, pálpebras, sobrancelhas, orelhas, boca, lábios, dentes, mandíbula, queixo, bochechas ou cabeça.

Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação (por ex., genitais, seios, nádegas, abdômen, braços, mãos, pés, pernas, quadris, ombros, coluna vertebral, regiões corporais maiores, ou tamanho geral do corpo). A preocupação pode concentrar-se simultaneamente em diversas partes do corpo. Embora a queixa frequentemente seja específica (por ex., lábio "torto" ou nariz "chato"), ela por vezes pode ser vaga ("face caída" ou olhos "inadequadamente fixos").

Em vista do seu embaraço com suas preocupações, alguns indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal evitam descrever seus "defeitos" em detalhes, podendo referir-se apenas à sua "feiúra" geral. A maior parte dos indivíduos com este transtorno experimenta acentuado sofrimento acerca de sua suposta deformidade, em geral descrevendo suas preocupações como "intensamente dolorosas", como "um tormento" ou "devastadoras".

A maioria considera difícil controlá-las e faz pouca ou nenhuma tentativa no sentido de resistir a elas. Em consequência disto, freqüentemente passam horas por dia pensando em seu "defeito", a ponto de esses pensamentos poderem vir a dominar suas vidas. Um prejuízo significativo em muitas áreas do funcionamento geralmente ocorre. Os sentimentos de desconforto com seu "defeito" podem levá-los a evitar o trabalho ou situações públicas.

### 3.4 TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Segundo a DSM-IV este transtorno é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar + perda de controle). Seriam comportamentos associados a compulsão alimentar relacionados a comer rapidamente, até sentir-se cheio, também em grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome. Pode haver também a necessidade de comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida, causando a partir destes comportamentos todos um sentimento de repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão, acentuada angústia pela compulsão alimentar e isolamento social.

### 3.5 ADOLESCÊNCIA E TRANSTORNOS ALIMENTARES

Cordas (2004) diz que na anorexia nervosa há um controle obsessivo do corpo através da negação do apetite e faz referência ao termo alemão *Pubertaetsmagersucht*, isto é, “a busca da magreza por adolescentes”. [grifo do autor]

Conforme Morgan, Vecchiatti e Negrão et al (2002) alguns autores referem que a jovem pré-anoréxica, através da sua inteligência, vivacidade, obediência, perfeccionismo e dedicação ao estudo e ao trabalho, satisfaz essa rígida expectativa e colabora para manter a aparente harmonia, em detrimento da sua própria personalidade em formação. Contudo, o advento da adolescência, com seu impressionante cortejo de mudanças biológicas, psicológicas e sociais, faz com que essa jovem aparentemente bem ajustada seja inundada por sentimentos de ineficiência, desamparo e descontrole sobre o seu corpo e a sua vida. Na seqüência, a busca desesperada da magreza, que implica na manutenção devido as mudanças na puberdade, representa um derradeiro esforço para readquirir o controle e a harmonia perdidas. A jovem anoréxica não desenvolve um sentido de valor próprio, como uma pessoa independente capaz de

dirigir sua vida, e quando chegar a hora de mostrar independência e autonomia, ela provavelmente vai se sentir incapaz de enfrentar o que se exige dela.

### 3.6 INFLUÊNCIA DA MÍDIA E TRANSTORNOS ALIMENTARES

Conforme Saikali et al (2004) alguns autores referem existir evidências em que a mídia promova distúrbios da imagem corporal e alimentar. Análises têm estabelecido que modelos, atrizes e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas. Indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados em demasia pela mídia para serem magros e reportam terem aprendido técnicas não-saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas) através desse veículo. Em estudo realizado nas ilhas Fiji, também citado pelas autoras, foi realizada uma avaliação sobre o impacto da exposição das adolescentes à televisão e conseqüentes atitudes e comportamentos alimentares desses indivíduos. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, já com três anos de exposição à televisão. Os resultados mostraram que os indicadores de transtorno alimentar foram significativamente mais prevalentes após 1998, demonstrando também maior interesse em perda de peso, sugerindo um impacto negativo da mídia.

Bourdieu (1997), analisando os efeitos nocivos da televisão sobre o imaginário social, tece duras críticas a este mecanismo de "fabricação de subjetividades", conjeturado sob a forma de um campo, espaço socialmente estruturado como produtor de violência simbólica, onde ocorrem as lutas de poder para sua transformação ou conservação; nele se desdobra a pressão das macroestruturas econômicas e sociais, outorgando relações concorrenciais e desleais, sendo, verdadeiramente, um espaço de exclusões e invasões. Na medida em que a mensagem veiculada é unidirecionada para o interlocutor, não há via dialógica e sim impositiva. Um fragmento do pensamento de Platão é referenciado por Bourdieu (1997), quando afirma que "somos marionetes da divindade", visando traduzir o poder da televisão, através de seus agentes sociais, na criação de valores míticos como liberdade, autonomia, felicidade e bem-estar, prescrevendo, simultaneamente, comportamentos adequados ao alcance de tais fins.

Para dimensionar essas reflexões na realidade do Brasil, Andrade e Bosi (2003) demonstram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1996), em que 86,2% da população brasileira possui televisores em seus lares e 90,3% possui rádio, enquanto o item geladeira ocupa o 5<sup>o</sup> lugar, com 80,3%. Diante dessas informações,

podemos observar a existência de brasileiros que dão preferência à aquisição de meios de comunicação nos seus lares em detrimento de outros bens de consumo, considerados como necessários à rotina e à manutenção básica de uma família.

As mesmas autoras ao discutirem a influência da mídia na produção do ideal de beleza feminina, observaram a disseminação de uma falsa crença acompanhando a busca do corpo ideal. A de que o corpo é infinitamente maleável, podendo alcançar o ideal estético com dietas e exercícios, negligenciando-se as determinações biológicas e genéticas, situação chamada por alguns autores, na literatura especializada, de *setting point*. Para este intento, é necessária uma grande dose de esforço pessoal, acompanhado de conotações simbólicas de sucesso, liberdade, felicidade, longevidade, liberação sexual, mobilidade social, e outras, reforçando a outra crença de que, ao conseguir este ideal, a pessoa terá alcançado o sucesso não só na profissão como também nos relacionamentos sociais e amorosos. Os meios de comunicação também influenciam essas mulheres no incentivo a dietas, veiculando o paradigma de beleza imposto, que pressiona a ter um corpo magro (SOUTO e FERRO-BUCHER, 2006).

Azevedo e Morgan (1998) adverte-nos que, ao analisar-se a influência da mídia na produção das imagens femininas, é preciso ter o devido cuidado para não cair em posições reducionistas quando a mídia e a tecnologia das informações consolidam o movimento da globalização. Para tanto, deve-se considerar que a importação de modelos fragmenta e dilui as fronteiras nacionais, despersonifica a cultura de um povo, infiltrando sentimentos conflitivos em relação à identidade cultural, pulverizando-a tanto no plano individual quanto no coletivo, neutralizando o sentimento de pertença a um grupo ou comunidade, tão vital para a garantia da saúde.

Além disso, o aumento das expectativas voltadas ao papel da mulher, produzem demasiada insegurança, vulnerabilizando sua identidade, levando-a, na tentativa de resgatar a integridade de sua existência, a buscar, no próprio corpo, o controle perdido. O refúgio ante tal expropriação se dá através da instalação de comportamentos por vezes patológicos (ANDRADE e BOSI, 2003).

Guattari (1990) denuncia o esfacelamento de subjetividades ancoradas pelas formas de produção da vida moderna, pelas rápidas transformações técnico-científicas e pelos avanços dos meios de comunicação, os quais engendram no cotidiano formas cada vez mais expropriadas de si, através do ritmo frenético imposto pelo modo imperialista do capitalismo mundializado. Observa-se o abandono progressivo de uma economia voltada para a produção de bens de consumo e serviços em favor da produção de imagens, símbolos e sintaxes, por intermédio, especialmente, do controle que exerce

sobre a publicidade e as sondagens, alienando, massificando e normalizando o modelo global.

Nas últimas décadas, assiste-se a grandes mudanças nos padrões de beleza, além de ter se estabelecido um fascínio pela imagem, que é mediado pelo culto ao corpo. Este, por sua vez, passa a ter um espaço privilegiado na publicidade. (SOUTO E FERRO-BUCHER, 2006). Estas autoras evidenciaram em pesquisa realizada com adolescentes que as mesmas por vezes se consideraram vítimas da mídia por haver uma forte pressão para que todos tenham padrões corporais ditos “perfeitos”. As informantes desta pesquisa se viam como vítimas da mídia que, no entendimento destas, as influencia muito, por divulgar e propagar um padrão de beleza, o qual determina que para ser bonita deve-se ter um corpo "saradão", "sem um pingão de barriga", ou seja, deve-se ser "seca". Sendo essa imagem associada ao sucesso, esse corpo esguio passando a ser desejado e buscado "desesperadamente". (idem)

O padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social parece exercer um efeito marcante sobre as mulheres. Em pesquisa, universitárias sem TA, expostas ao modelo de corpo magro, a imagens neutras e a imagens de mulheres de peso normal/sobrepeso relataram que as mulheres magras eram tidas como mais atraentes e que a exposição ao modelo magro gerava um aumento de respostas afetivas negativas (culpa, depressão, infelicidade, vergonha). Mais ainda, o reforço social exercido pela família, pelos amigos e pela mídia em adolescentes e adultas jovens para se ter o corpo magro relaciona-se à presença de sintomas bulímicos e prediz o início de sintomas nesta população. (GRANDO e ROLIM,2005).

O mundo das dietas e a indústria do emagrecimento incluem livros, revistas, artigos de jornal, programas de televisão, vídeos com exercícios, academias de ginástica, regimes alimentares e cirurgias plásticas. Essas mensagens influenciam o psiquismo, principalmente o feminino, principal alvo de tais investidas. A indústria da dieta prioriza o capital e ignora os danos à saúde. Assim, informações deturpadas invadem o universo das mulheres que buscam, incansavelmente, esse ideal impossível para a maioria delas, visto que existem biótipos diferentes. (SOUTO E FERRO-BUCHER, 2006).

### 3.7. A FAMÍLIA E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

O desenvolvimento de Transtornos Alimentares é foco de várias pesquisas sobre o tema. Souto e Ferro-Bucher (2006) observaram que a motivação inicial para a



modificação da alimentação e a redução de peso foi pessoal, contando, inicialmente, com apoio ou indiferença da família e com o incentivo de educadores físicos. Assim, decorrente de uma insatisfação com o peso, dá-se início à prática de dietas restritivas. Percebe-se que a dieta surge com objetivo de redução de peso, posteriormente ocorre uma restrição alimentar rígida e o Transtorno Alimentar é desencadeado, podendo resultar na drástica restrição ou em episódios compulsivos, seguidos de práticas compensatório-purgativas (bulímicas) ou não (comedoras compulsivas).

O profissional de enfermagem, em seu cotidiano de trabalho não lida apenas com o indivíduo, mas também com sua família. Mesmo quando ela está lidando apenas com um indivíduo, é impossível a interação não afetar e ser afetada por sua família, conseqüentemente, as interações com um indivíduo são vistas como interações indiretas com a família dele. Grandó e Rolim (2005, p.23) salientam a importância desta relação:

"O comportamento de um indivíduo é imensamente influenciado por sua família e, por sua vez, quaisquer alterações em seu comportamento invariavelmente afetarão sua família. Quer se adote essa perspectiva ou não, é difícil negar que a enfermeira, para ser eficaz, precisa compreender a família"

A família se constitui em elemento importante na compreensão das representações acerca dos transtornos alimentares, uma vez que a interiorização do mundo objetivo vai se dar através da transmissão de valores, normas, crenças, passados pela família que irá produzindo e reproduzindo cultura e onde seus membros são educados para viver em determinado tipo de sociedade. Esse será o primeiro espaço afetivo, cultural e social, expressando situações da vida cotidiana onde a identidade se dá a ver. Por outro lado, compreender como os profissionais representam a família, nos fornecerão dados importantes e darão "pistas" de como elas vêm sendo cuidadas. (GRANDO e ROLIM, 2005, p. 23).

Conforme os mesmo autores, um estudo focalizando o contexto familiar que envolve a anorexia da perspectiva do discurso materno, investigou como as mães entendiam o transtorno alimentar e concluiu que o funcionamento familiar é drasticamente afetado com a eclosão do transtorno e que nesse processo a família passa a viver em função do membro afetado, que mobiliza a todos no sentido de buscar ajuda. Há ainda alterações nas interações familiares, onde os relacionamentos com os pais e irmãos se modificam, emergindo sentimentos ambivalentes.

O ambiente familiar antes da instalação do quadro é percebido como “normal” e o filho portador como “saudável”, “inteligente” e “perfeccionista”. O perfeccionismo é um traço de caráter que, nesse contexto, remete à necessidade de aceitação social que os pacientes anoréxicos têm (precisam agradar o outro e continuamente buscam reassseguramento de que estão sendo aceitos). Dentre as mudanças observadas após o adoecer, destaca-se o aparecimento de rituais e exigências excessivas do filho, relacionados ao comportamento alimentar. Com o desenvolvimento da doença, as mães procuram conhecer melhor a anorexia, apresentam um alto nível de informação sobre o transtorno, o que parece favorecer a aderência ao tratamento, demonstrando ainda ter uma percepção dos aspectos médicos da doença, mas desconhecimento do papel dos fatores familiares envolvidos no quadro. (GRANDO e ROLIM,2005).

Na anorexia e bulimia, o comprometimento familiar é bastante evidente. O sofrimento não fica limitado à pessoa portadora. A doença crônica prende toda a família em sua teia. O sistema familiar como um todo precisa se reorganizar para enfrentar a nova realidade e se adaptar às condições de vida engendradas pela doença e pelo tratamento. O contato com procedimentos médicos, tais como consultas, exames e abordagens terapêuticas diversas, assim como a necessidade de se recorrer eventualmente ao ambiente hospitalar em momentos de agravamento do quadro, tudo isso gera mudanças na rotina doméstica, gerando desorganização e angústia frente ao desconhecido. (idem).

### 3.8 MALES DA CONTEMPORANEIDADE

A sociedade determina e impõe um padrão de beleza que, inconscientemente, é incorporado. Na busca desse ideal de beleza de um corpo perfeito surge, atualmente, uma obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade. (ANDRADE e BOSI, 2003)

A ênfase da sociedade contemporânea no ideal de magreza (culto ao corpo), as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes e de produtos dietéticos, bem como o crescimento de academias e do número de revistas sobre o assunto, fornecem o ambiente sociocultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e modernidade. Entretanto, essa imagem corporal idealizada é um padrão impossível ou impróprio, incompatível para a grande maioria da população. (ANDRADE e BOSI, 2003).

Atualmente, observa-se o crescimento de dietas e de transtornos alimentares, o que representa, individualmente, insegurança e insatisfação quanto ao corpo e, no coletivo, uma mudança rumo a novas formas de consciência da mulher. Mencionam-se as mulheres pois é com elas que ocorrem cerca de 90% dos casos de AN, a quem o culto à beleza representa uma neurose moderna e coletiva que se espalha, em ritmo acelerado, de mulher para mulher. (ANDRADE e BOSI, 2003).

Refletir a respeito da experiência contemporânea do corpo é identificar que, no presente, ele vem operando uma forma de relação com o mundo no qual preconceitos relativos à beleza, associados à preocupação excessiva com a aparência e com a saúde predominam na cultura. De fato, vive-se "numa época em que se fala massivamente do culto ao corpo" (SANT'ANNA, 1995, p.13). Sendo assim, há um enorme interesse em privilegiar os discursos a respeito do corpo para enfrentar um certo desconforto decorrente da destradicionalização e esvaziamento da história.

Foucault (1999) em **Vigiar e Punir** nos mostra que, para disciplinar, é necessário individualizar o corpo. Através da análise dos conventos, exércitos, escolas e fábricas, o autor discute inúmeras técnicas e procedimentos de distribuição dos sujeitos num modo individual para poder discipliná-los. Trata-se de colocar cada indivíduo num determinado lugar.

Essa tecnologia específica de poder, que Foucault nomeou de disciplina, centrada numa lógica individualizante cuja norma os sujeitos devem adaptar-se, atualiza-se na problemática contemporânea dos Transtornos Alimentares. De fato, quando ter um corpo magro torna-se a norma definida pela sociedade, as exigências de uma adaptação podem produzir a exclusão de qualquer outra possibilidade. Quando isso ocorre, a base do entendimento é sustentada através de regularidades, generalizações e medições de aspectos individuais e/ou familiares resultando, por exemplo, em um diagnóstico de anorexia e bulimia. Baseado na idéia de indivíduo - pois, segundo essa operacionalidade, quem tem o problema é o indivíduo e não a sociedade -, encontramos os elementos sustentados no "modelo disciplinar" de Foucault baseados na comparação, diferenciação, separação e exclusão dos indivíduos, segundo um padrão normativo para melhor controlá-los (Foucault, 1999).

Já que quase todos apresentam uma preocupação com o peso, o anormal vem sendo identificado apenas em termos do excesso de tal situação, sem colocar em discussão os padrões normativos que habitam nossos modos de vida. Segundo Canguilhem (1966;2000), na medida em que uma norma impõe impedimentos e é percebida pelo sujeito como negativa à expansão da vida, ela passa a configurar o

patológico ou anormal. O anormal, neste caso, é entendido não como uma ausência de normas, mas sim como uma inflexibilidade e restrição da própria norma. Lutar pela beleza do corpo, seja com dietas, ginásticas, drenagens linfáticas, lipoaspiração etc, são estratégias encontradas por alguns para incluir, adaptar e adequar o corpo na suposta normatividade sociocultural.

#### 4. MÉTODO

Trata-se de uma Pesquisa Bibliográfica que se deu a partir de busca em publicações científicas brasileiras, indexadas na base de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE); Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde LILACS e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e outras fontes impressas de relevância no tema.. Para a busca das publicações foram utilizados três delimitadores: 1) descritor primário: transtornos alimentares 2) descritor secundário. família. 3) Descritor Terciário: mídia; 4) Ano de publicação: de 2000 a 2009.

Como critérios de inclusão foram: publicações em português que apresentaram um ou mais descritores contemplados e que apresentaram os textos completos nas versões online.

Nesta etapa foi realizada uma leitura minuciosa de cada artigo e livro selecionado para observar a adequação ao tema, sua relevância, originalidade e profundidade.

Os dados foram agrupados, avaliados, comparados e categorizados a fim de possibilitar sua análise. Os resultados finais foram apresentados no decorrer da pesquisa.

A análise das evidências ocorreu a partir da análise do conteúdo dos dados coletados e discutidos à luz da teoria.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.3.1 - Distorção de Imagem

Uma das características dos transtornos alimentares é a distorção de imagem das pessoas acometidas, conforme Saikali (2004) o distúrbio da distorção da imagem corporal é um sintoma nuclear dos transtornos alimentares, caracterizado por uma auto-avaliação dos indivíduos que sofrem desse transtorno, influenciada pela experiência com seu peso e forma corporal. Distorções cognitivas relacionadas à avaliação do corpo, comuns em indivíduos com transtornos alimentares, incluem: pensamento dicotômico – o indivíduo pensa em extremos com relação à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela; comparação injusta – quando o indivíduo compara sua aparência com padrões extremos; atenção seletiva – focaliza um aspecto da aparência e erro cognitivo, o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação à sua aparência.

Mesmo encontrando-se em boa forma, pessoas com distorção da imagem corporal tendem a esconder-se e evitar o contato com demais pessoas, seja por medo da aceitação, seja por não aceitarem a si próprios. Este sentimento faz parte das características de Transtornos Alimentares como Bulimia, Anorexia, Comer Compulsivo e também, fazem parte do Transtorno Dismórfico Corporal.

Conforme a DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a característica essencial do Transtorno Dismórfico Corporal (historicamente conhecido como dismorfofobia) é uma preocupação com um defeito na aparência. O defeito é imaginado ou, se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.

Esta preocupação pode causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Portanto, a Distorção da Imagem é um fator muito comum em pessoas que sofrem de algum tipo de Transtorno Alimentar, as mesmas encontram-se fragilizadas em relação a sua imagem. Ocorre um tipo de desconforto em relação ao seu “defeito”, propriamente exagerado pelas mesmas. Isto ocorre, porque na maioria das vezes estas pessoas não têm um entendimento significativo sobre o que está acontecendo consigo, não entendem que o grau de comprometimento e não muito menos que possa ser um transtorno, o que faz com que seu sofrimento aumente cada vez mais e que seu quadro clínico agrave-se gradativamente podendo levar algumas destas pessoas a morte.

### 5.3.2 – Os transtornos Alimentares

Os Transtornos Alimentares podem ser classificados de várias formas, de acordo com as especificidades de cada paciente. Pessoas que sofrem de Bulimia Nervosa pode-se observar sintomas característicos como as ações purgativas, os jejuns prolongados, a supressão de refeições, a indução de vômito esporadicamente e o uso de atividade física exageradamente.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa colocam uma ênfase excessiva na forma ou no peso do corpo em sua auto-avaliação, sendo esses fatores, tipicamente, os mais importantes na determinação da auto-estima.

Muitas vezes esta autocrítica excessiva vem de padrões de beleza impostos pela mídia, onde a mesma mostra mulheres excessivamente magras com um padrão de beleza que foge ao da maioria das mulheres ditas “comuns” o que agrava o caso da auto-estima baixa. A maioria das mulheres que sofrem algum tipo de Transtorno Alimentar, como por exemplo, a Bulimia Nervosa toma como padrão de beleza única e exclusivamente mulheres magérrimas, vistas em desfiles de moda e revistas que enfatizam o baixo peso. O que por fim, acaba agravando e aumentando cada vez mais os casos de algum tipo de Transtorno Alimentar.

### 5.3.3 - Influência da Mídia

A mídia muitas vezes tem influência nos casos de Transtornos Alimentares, a mesma acaba induzindo meninas a buscarem um padrão de beleza visto em revistas, jornais e principalmente na televisão. Conforme Saikali et al (2004) alguns autores referem existir evidências em que a mídia promova distúrbios da imagem corporal e alimentar. Análises têm estabelecido que modelos, atrizes e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas. Indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados em demasia pela mídia para serem magros e reportam terem aprendido técnicas não-saudáveis de controle de peso através desse veículo.

Muitas vezes após negligências alimentares sugeridas por revistas, as adolescentes acabam alimentando-se de forma exagerada. E, após estas ocasiões surgem sentimentos de culpa que conseqüentemente as levam ao ato de indução de vômitos ou outras formas alternativas de diminuir este sentimento de fracasso, por não

conseguirem realizar as dietas ou por comerem exageradamente, conforme seus conceitos.

#### 5.3.4 - Culpa

Um dos sentimentos que podemos observar em pessoas que sofrem algum tipo de Transtorno Alimentar é a Culpa. Conforme Bosi e Oliveira (2004) indivíduos com bulimia nervosa podem consumir grandes quantidades de alimento, especialmente quando submetidos à situações de estresse. Para evitar o ganho de peso e aliviar a culpa e a vergonha provocadas pelo descontrole alimentar, apresentam comportamentos compensatórios. Devido ao caráter "secreto" desse ritual, a bulimia nervosa é de difícil diagnóstico, sobretudo em sua fase inicial, o que dificulta a prevenção e tratamentos precoces.

O simples fato de ingerir alimento faz com que a pessoa sinta-se mal, culpada, fora do controle. Culpa-se e se odeia pelo comportamento que não foi capaz de controlar. Sua necessidade é de desfazer o que acabou de fazer, recorrendo assim aos comportamentos alternativos inadequados. Além do sentimento de culpa, pessoas que sofrem de algum tipo de Transtorno Alimentar têm uma grande dificuldade de aceitar-se como são, aceitar a sua auto-imagem vista no espelho, causa um sofrimento muito grande para os mesmos. A gravidade da Bulimia Nervosa implica quando a pessoa já não consegue mais controlar as condições do vômito e o mesmo acontece imediatamente após a ingestão de alimentos. O tratamento pode ser bastante difícil quando os casos chegam a esta fase.

#### 5.3.5 - Auto-aceitação

Outro sentimento que deve ser levado em conta com sujeitos que sofrem algum tipo de Transtorno Alimentar é a auto-aceitação. Sentimento este de difícil compreensão, tanto por parte da pessoa que sofre o transtorno quanto das pessoas que convivem com o doente. Conforme Espínola e Blay (2006) estudos identificam que nem sempre as pessoas que sofrem de algum tipo de Transtorno Alimentar têm uma percepção bastante clara de sua doença. Esse dado é importante, visto que o modo como esses sujeitos se auto-avaliam determina o curso do próprio tratamento e de sua recuperação. Quanto menos aceitarem que estão doentes e que necessitam de tratamento, mais a doença pode evoluir e agravar-se podendo causar males irreversíveis.



Conforme o autor citado acima, experiência de uma pessoa com transtorno alimentar é permeada de múltiplos sentimentos e idéias, ora de características negativas, ora positivas. Os pacientes expõem um leque de sentimentos negativos em relação aos episódios de compulsão alimentar. Os mais comuns que são citados são: solidão, medo, culpa, raiva, tristeza e a não aceitação da doença e de sua imagem.

Outro fato relevante para a não aceitação ou aceitação da doença é o apoio da família e dos amigos próximos. A família é um elo fundamental para a recuperação e tratamento do Transtorno Alimentar.

#### 5.5.5.1 - Relação com a Família

A relação com a Família foi descrita como um ponto chave no tratamento de uma pessoa que sofre um Transtorno Alimentar. O apoio e a compreensão dos mesmos são fundamentais para que haja uma evolução no entendimento e aceitação desta doença. Porém, para Grando e Rolim (2005) o comprometimento familiar é bastante evidente. O sofrimento não fica limitado à pessoa portadora. A doença crônica prende toda a família em sua teia. O sistema familiar como um todo precisa se reorganizar para enfrentar a nova realidade e se adaptar às condições de vida engendradas pela doença e pelo tratamento. O contato com procedimentos médicos, tais como consultas, exames e abordagens terapêuticas diversas, assim como a necessidade de se recorrer eventualmente ao ambiente hospitalar em momentos de agravamento do quadro, tudo isso gera mudanças na rotina doméstica, gerando desorganização e angústia frente ao desconhecido.

Ainda conforme os autores supracitados a família se constitui em elemento importante na compreensão das representações acerca dos transtornos alimentares, uma vez que a interiorização do mundo objetivo vai se dar através da transmissão de valores, normas, crenças, passados pela família que irá produzindo e reproduzindo cultura e onde seus membros são educados para viver em determinado tipo de sociedade.

Quando, por algum motivo esta família desestrutura-se, pacientes com Transtornos Alimentares tende-se a passar por algum tipo de sofrimento mental, o qual leva este mesmo paciente a sentir-se deslocado da sociedade, achando formas alternativas de suprirem este sentimento que os corrompem.

### 5.3.5.2 - Sofrimento Mental

Uma das características dos Transtornos Alimentares é o sofrimento mental das pessoas acometidas por esta doença. Conforme Andrade, Viana e Silveira (2006) a conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente, ocorrendo a partir de publicação realizada pela Organização Mundial da Saúde e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1994.

Os transtornos alimentares (TA), particularmente a anorexia e a bulimia nervosa, são causas importantes de morbidade e mortalidade em adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens. Esses transtornos estão associados a conseqüências clínicas e psicológicas devastadoras.

Os transtornos alimentares são mais prevalentes em adolescentes e adultos jovens pertencentes a todos os grupos étnicos, sendo aproximadamente dez vezes mais comuns em mulheres que em homens. Antigamente, esses transtornos eram relacionados a indivíduos de cor branca e de países industrializados, porém estudos recentes têm questionado o papel e importância de fatores sociais e culturais nos transtornos alimentares.

Estes fatores culturais e sociais são de suma importância em indivíduos que possuem Transtorno Alimentar, devido ao fato de que alguns destes fatores podem levar estas pessoas a sofrerem algum tipo de isolamento proposital ou não de acordo com sua cultura e valores impostos pela sociedade.

### 5.3.5.3 - Isolamento

O isolamento é outra característica importante em indivíduos que possuem Transtorno Alimentar. Conforme Appolinário e Claudino (2000) o início dos transtornos alimentares é marcado por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados "engordantes", como os carboidratos. As pacientes passam a apresentar certa insatisfação com os seus corpos assim como passam a sentirem-se obesas apesar de muitas vezes encontrarem-se emagrecidas (alteração da imagem corporal). O medo de engordar é uma característica essencial, servindo muitas vezes como um diferencial para outros tipos de anorexia secundária a doenças clínicas ou psiquiátricas. Gradativamente, as pacientes passam a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de

interesses e levando ao gradativo isolamento social. O curso da doença é caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras.

Conforme os autores acima citados, as adolescentes com Transtornos Alimentares experimentam uma variedade de complicações metabólicas e “seqüelas” psicossociais, incluindo a co-morbidade com os transtornos afetivos (depressão) e de ansiedade. Além disso, podem apresentar isolamento social decorrente de freqüentes intercorrências médicas, até mesmo a necessidade de internação hospitalar.

Um dos motivos para este isolamento social pode ser o preconceito sofrido por parte de pessoas que não tem o entendimento desta doença. Na maioria das vezes pessoas que possuem Transtorno Alimentar isolam-se da sociedade, afastam-se dos amigos por não aceitarem-se, por terem uma distorção de sua imagem, o que faz com que estimule ainda mais a gerar o preconceito nas outras pessoas.

#### 5.3.5.4 - Preconceito

O preconceito é outra situação presente nos Transtornos Alimentares. Pessoas que já sofrem com esta doença, ainda têm que encarar o preconceito que lhes atinge através de pessoas que simplesmente não tem o conhecimento do transtorno e ainda julgam as mesmas sem saber o porquê do desenvolvimento da doença. Conforme Souto e Ferro-Bucher (2006) constatam que as pressões para o emagrecimento estão presentes na vida de mulheres com TA, tendo surgido de diferentes lugares e pessoas, sendo assim, o preconceito e cobrança da aparência física e incentivo social para o emagrecimento geram sofrimento e discriminação destas mulheres.

A discriminação e cobrança são recorrentes na vida de quem sofre algum Transtorno Alimentar (SOUTO E FERRO-BUCHER, 2006). Tais situações repercutem negativamente nas vidas das mesmas, contribuindo para a o envolvimento em práticas alimentares inadequadas de controle de peso. Os meios de comunicação também influenciam essas mulheres no incentivo a dietas, veiculando o paradigma de beleza imposto, que pressiona a ter um corpo magro. Nas últimas décadas, assiste-se a grandes mudanças nos padrões de beleza, além de ter se estabelecido um fascínio pela imagem, que é mediado pelo culto ao corpo. Este, por sua vez, passa a ter um espaço privilegiado na publicidade.

Pessoas que não possuem este padrão de beleza imposto principalmente pela mídia, sentem-se discriminadas, seja pelos amigos ou até mesmo pelos próprios familiares. Estas situações, muitas vezes tornam-se agravantes dos Transtornos Alimentares.

#### 5.3.5.5 - A Sociedade e os Transtornos Alimentares

Conforme Andrade e Bosi (2003) a sociedade determina e impõe um padrão de beleza que, inconscientemente, é incorporado. Na busca desse ideal de beleza de um corpo perfeito surge, atualmente, uma obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade. A ênfase da sociedade contemporânea no ideal de magreza (culto ao corpo), as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes e de produtos dietéticos, bem como o crescimento de academias e do número de revistas sobre o assunto, fornece ao ambiente sociocultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e "modernidade". Entretanto, essa imagem corporal idealizada é um padrão impossível ou impróprio, incompatível para a grande maioria da população.

Refletir a respeito da experiência contemporânea do corpo é identificar que, no presente, ele vem operando uma forma de relação com o mundo nos quais preconceitos relativos à beleza, associados à preocupação excessiva com a aparência e com a saúde predominam na cultura. De fato, vive-se "em uma época em que se fala massivamente do culto ao corpo" (ANDRADI E BOSI, 2003). Sendo assim, há um enorme interesse em privilegiar os discursos a respeito do corpo para enfrentar certo desconforto decorrente da destradicionalização e esvaziamento da história.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo pode-se vislumbrar na literatura como são apresentados os motivos que levam estas adolescentes a desenvolver algum tipo de transtorno alimentar. A observação do meio social, as interações interpessoais, identificação e descrever os principais fatores que influenciam na “buscar o corpo dito perfeito”, para assim melhor compreender essas patologias.

Um dos fatores de grande importância identificado neste trabalho foi a distorção da imagem. Pode-se observar na literatura estudada, que esta característica encontra-se fortemente visível, pois as adolescentes podem evitar sair às ruas, esconder-se das pessoas e ao olhar-se ao espelho nunca estando satisfeitas com a imagem vista. Esta excessiva preocupação com a imagem ocasiona um grande sofrimento para as pessoas que possuem o transtorno alimentar e também, para as pessoas que convivem com as mesmas.

Este sofrimento ocorre porque na maioria das vezes a pessoa que sofre do transtorno alimentar e as pessoas que convivem com a mesma não possuem um entendimento significativo do que é a doença o que pode retardar um possível tratamento e agravar assim o quadro clínico da patologia.

O transtornos alimentares, por se caracterizarem por uma grande preocupação com o peso corporal, gerando sofrimento para a pessoa, pois a mesma acredita que nunca está em seu peso ideal. Esta ênfase na busca do “corpo perfeito” é determinante no fator da auto-estima.

Na maioria das vezes esta ênfase no “corpo perfeito” vem das repercussões da mídia. Onde a mesma apresenta todos os dias mulheres magérrimas enfatizando que estas tem o padrão ideal de beleza. O que acaba por influenciar nos casos de transtornos alimentares, fazendo com quem sofre disto acabe por agravar o seu quadro clínico.

A repercussão da mídia é outro ponto importante no desencadeamento dos Transtornos Alimentares. A mídia está diretamente ligada nestes transtornos pelo fato de enfatizarem todos os dias, através dos meios de comunicação, como jornais, revistas e televisão o padrão de beleza imposto pela mesma e pela sociedade. Onde mulheres magérrimas seriam vistas como ícones da beleza, fazendo com que, principalmente nós mulheres comuns sejamos aprisionadas por esta imposição de beleza dita perfeita.

Um sentimento que se entrelaça a esta imposição da mídia pela busca do corpo perfeito, é o sentimento de culpa. Que muitas vezes surgem após a ingestão de alguma quantidade de alimentos dita exagerada.

Este ato de ingerir algum tipo de alimento traz um sentimento de culpa e de vergonha tão grande que a pessoa que sofre deste transtorno sente uma vontade incontrolável de desfazer o que acabou de fazer, recorrendo assim aos comportamentos alternativos inadequados, como por exemplo, a auto-indução de vômitos.

Outro sentimento que pôde-se observar em pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno alimentar, é a falta de auto-aceitação da forma corporal que possui. Na maioria das vezes esta situação não é compreendida pelas pessoas que fazem parte de sua vida, principalmente seus familiares. Este sentimento também não é compreendido por não relacionarem-na com uma doença e de que necessitam de um tratamento adequado. Quanto menos compreenderem que estão doentes, mais graves torna-se a doença, causando males irreversíveis, tanto físicos quanto psíquicos.

Por isso a família torna-se um elo fundamental para quem sofre de transtorno alimentar. A ajuda e apoio dos mesmos fazem com que haja uma compreensão e uma melhor aceitação desta doença. A totalidade dos autores pesquisados referiu que o transtorno alimentar não envolve somente a pessoa doente, mas sim toda a família, pois os mesmo necessitam adaptar-se a nova realidade em que estão inseridos.

Estudos pesquisados no decorrer do trabalho mostraram que, quando famílias se desestruturam no decorrer da doença, a pessoa portadora de mesma piora do seu sofrimento mental por sentir-se excluída e desamparada.

Este sofrimento mental passa a ser um fator importante para quem possui algum tipo de Transtorno Alimentar. Este sofrimento juntamente com o transtorno alimentar, trazem conseqüências clínicas e psicológicas devastadoras para quem sofre desta doença, conforme estudos realizados. Desta forma estes agravos representam um sério problema de saúde pública.

Uma destas conseqüências é o isolamento que podem ser ou não proposital. Este isolamento pode ser por motivos sociais e culturais do individuo que possui a doença. A pessoa que possui o transtorno alimentar passa a viver exclusivamente em função de dietas, do peso e da forma corporal, o que conseqüentemente acarreta em um isolamento social, por não sentir-se bem com a sua forma física e por sentir vergonha de se expor para a sociedade com medo de sofrer algum tipo de preconceito.

O preconceito torna-se outro fator importantíssimo o qual ocorre principalmente por parte de pessoas que não possuem um entendimento adequado do que é esta doença, podendo repercutir tão negativamente na vida de quem sofre o mesmo, que acaba por fazer com que estas pessoas que possuem o transtorno alimentar recorram, novamente a práticas inadequadas de controle de peso e que continuem

isolando-se da sociedade a fim de amenizar este sentimento de culpa e esta rejeição sofrida pelos mesmo.

Esta mesma sociedade que julga e impões padrões de beleza, torna-se outro fator importante nos Transtornos Alimentares. Na maioria das vezes esta imposição de um padrão de beleza ideal é inconsequentemente, aceito por grande parte da população. Este culto ao corpo, enfatizado pela mídia traz consigo uma simbologia de que a beleza física proporciona poder para quem a possui. O que na maioria das vezes esquecem, de que esta imagem corporal idealizada é um padrão inalcançável para a maioria da população.

Portanto, neste trabalho realizado pode-se constatar o quanto pessoas que possuem Transtornos Alimentares sofrem com esta doença. Na maioria das vezes por não aceitarem que estão doentes e que necessitam de tratamento adequado. A família também, foi outro fator importante para a conclusão deste estudo, se vislumbra observar o quão importantes são na evolução e aceitação do transtorno vivido. Enfim, com o desenvolvimento deste trabalho espera-se contribuir e acrescentar no conhecimento da área de saúde mental, a fim de refletir acerca das repercussões que a busca pelo dito ‘corpo perfeito’ podem causar.





## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Angela; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino; **Rev. Nutr.** vol.16 no.1 Campinas Jan./Mar. 2003; Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732003000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 01/12/09.

ANDRADE, Laura Helena S. G., VIANA, Maria Carmem, SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher. Ver. *Psiquiatr. Clín.* Vol.33 no.2 São Paulo 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200003&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 01/07/2010.

APPOLINÁRIO, José Carlos, CLAUDINO, Angélica M. Transtornos Alimentares. Ver. *Brás. Psiquiatr.* Vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600008&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em 01/07/2010.

AZEVEDO, A.M.C., MORGAN, C.M. Aspectos Socioculturais dos Transtornos Alimentares – Psychiatry on line Brazil (3) Fevereiro São Paulo, 1998 Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/culture.htm> Acesso em: 10/11/2009.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães, OLIVEIRA, Fátima Palha. Comportamentos Bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo, *Rev. Brás. Psiquiatra.* Vol.26 no.1 São Paulo Mar 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000100009&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000100009&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 01/07/2010.

BOURDIEU, P. *Sobre a televisão*, seguido de A influência do jornalismo e Os jogos Olímpicos. Rio de Janeiro : Zahar, 1997. 143p.

DSM-IV. Disponível em: [http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid/dsm.php](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php), acesso em: 28/10/09.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro, BLAY, Sérgio Luis. Bulimia e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica: Revisão Sistemática e Metessíntese, Ver. *Psiquiatr. Rio Gd. Sul* Vol28 no.3 Porto Alegre Sept./Dec 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000300006&script=sci\\_arttext&tlng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000300006&script=sci_arttext&tlng=em). Acesso em: 01/07/2010.

GRANDO, Lucia Helena; ROLIM Marli Alves. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental, **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005;; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt), Acesso 01/12/09

GUIDDENS, Anthony. A transformação da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo na sociedade moderna. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt->

[BR&lr=&id=O28DBmHWICMC&oi=fnd&pg=PA7&dq=anthony+giddens&ots=zKkEY6\\_nfB&sig=T1o2NCWe421\\_CnxV7HOTW2A2OWI#v=onepage&q=&f=false](http://www.scielo.br/psiquiatr/arttext/psiquiatr_02_01_00005).

Acesso em: 30/11/09.

IDA, Sheila Weremchuk; SILVA, Rosane Neves Transtornos alimentares: uma perspectiva social;

**Rev. Mal-Estar** Subj. v.7 n.2 Fortaleza set. 2007; Disponível em: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1518-61482007000200010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1518-61482007000200010&script=sci_arttext&tlng=pt)

Acesso em: 02/12/09

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. **In:** MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 28.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINISTERIO DA SAUDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96:** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF 1996.

MORGANA, Christina; VECCHIATTIA' Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais; **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.24 suppl.3 São Paulo Dec. 2002; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700005&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700005&tlng=en&lng=en&nrm=iso)

Acesso em: 01/12/09

SAIKALI, Carolina Jabur; SOUBHIA, Camila Saliba; SCALFARO, Bianca Messina; CORDAS, Táki Athanássios. Imagem corporal nos transtornos alimentares, **Rev. psiquiatr.** clín. vol.31 no.4 São Paulo 2004,.Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400006&script=sci_arttext&tlng=pt)

Acesso em: 01/12/09

SANTOS, Manoel Antônio; OLIVEIRA, Érika Arantes; MOSCHETA, Murilo dos Santos; RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa; SANTOS, José Ernesto. “Mulheres plenas de vazio”: os aspectos familiares da anorexia nervosa; **Vínculo** v.1 n.1 São Paulo dez. 2004; Disponível em: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1806-24902004000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1806-24902004000100008&script=sci_arttext); Acesso em 02/12/09.

SOUTO, Silvana; FERRO-BUCHER Júlia Sursis Nobre. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares; **Rev. Nutr.** vol.19 no.6 Campinas Nov./Dec. 2006; Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000600006&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000600006&tlng=en&lng=en&nrm=iso)

Acesso em: 01/12/09.

WEINBERG Cybelle, CORDAS Athanassios Taki; Do altar as Passarelas,;Agosto de 2006, pág 16- 17, Editora Annablume , São Paulo.