

TRANSTORNOS ALIMENTARES: A INFLUÊNCIA DA MÍDIA NOS CASOS DE ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

Gabriela C. ROCHA
Hiago MALAFAIA
Laís Fernanda de SOUZA
Lucas dos Santos LIMA
Valdinei Rogério Bonini. JÚNIOR¹

RESUMO: Nos dias atuais, percebe-se claramente uma extrema valorização do corpo magro como padrão de estética. Ideais fortemente disseminados através dos veículos de comunicação em massa. Tendo em vista esta alusão, levantamos informações sobre os efeitos causados por esse padrão comportamental, dentre esses estão os casos de transtornos alimentares, dentre os quais são mais comuns a anorexia e a bulimia nervosa. Ao início da realização do projeto houve a idealização objetiva dos resultados, bem como: causas e fatores para o desenvolvimento do distúrbio, classificação diagnóstica, índice de incidência do problema, e possíveis tratamentos psicoterapêuticos. Dentre esse meio, consideramos a situação problema que serviu como motivação para a escolha do tema: Se todos nós estamos expostos aos padrões de beleza socialmente inoculados na nossa cultura, por que somente determinado grupo desenvolve uma resposta tão extrema, como no caso dos distúrbios de comportamento alimentar? Frente a isso, apresentamos a hipótese de que esses grupos compartilham outros fatores que contribuem relativamente ao processo de desenvolvimento do transtorno. Os métodos para a implantação dos conteúdos aqui desempenhados encontram-se de acordo com o método científico, onde buscamos sugerir uma hipótese para o problema. A pesquisa foi realizada de forma explicativa e/ou exploratória e produzida com base nos referenciais bibliográficos além de pesquisa com profissional da área. Na fase final do projeto, têm-se a crença, por parte do grupo, de que os distúrbios de comportamento alimentar são demonstrações autodestrutivas de conflitos internos e má interpretação de emoções, somatizado a problemas biológicos e também relativos às imposições sociais referentes ao corpo e a valorização da magreza.

Palavras-chaves: corpo magro; transtornos alimentares; anorexia; bulimia.

¹ Alunos da 2ª série A do Ensino Médio da EE João Arruda – PEI – Professor Orientador (a): Me. Marcelo Alessandro Almeida

Introdução

Nos dias atuais nota-se uma supervalorização da imagem corporal. Está podendo, muitas vezes, substituir valores que serviam de base para as relações sociais em tempos remotos. O excesso de preocupação com o corpo instalou-se na vida das pessoas e os meios de comunicação em massa são, em parte, responsáveis pela grandiosidade desse novo meio comportamental. Em alguns casos específicos há uma reação extrema desses novos padrões, como nos Distúrbios Alimentares.

Com base nisso, este projeto apresenta o seguinte problema: se todos nós estamos expostos aos padrões de beleza impostos socialmente, por quê só um determinado grupo de pessoas desenvolve uma resposta tão extrema?

Diante desse questionamento buscamos sugerir respostas, uma delas supostamente seria que essas pessoas compartilham outros fatores, como por exemplo: disfunções hormonais e instabilidades emocionais.

Portanto, este trabalho visa compreender como a mídia pode estar relacionada aos casos de Distúrbios Alimentares na vida contemporânea. Têm-se como objetivo analisar a natureza e etiologia desses distúrbios e a forma na qual o mesmo se desenvolvem na psique humana, bem como as formas de tratamento aplicadas por especialistas no caso do diagnóstico do problema.

1. Desenvolvimento

1.1. Transtornos alimentares

1.1.1 Definição

É um termo usado para designar qualquer padrão de comportamento alimentar que seja prejudicial à saúde. Geralmente apresentam suas manifestações na infância ou adolescência. São síndromes psiquiátricas relacionadas à alimentação e também ao corpo, das quais as mais comuns e recorrentes são anorexia nervosa e bulimia nervosa. São descritos como doenças de causas múltiplas, dentre essas estão principalmente aspectos biológicos, psicológicos, emocionais e socioculturais.

1.1.2. Principais fatores

Estão frequentemente associados à:

- Histórico de transtorno alimentar na família;
- Histórico de transtorno de humor como depressão ou transtorno bipolar;
- Famílias autoritárias (anorexia) ou negligentes (bulimia);
- Relações socioculturais que valorizam de forma extrema o corpo magro;
- Disfunções metabólicas e

- Alguns traços de personalidade.

1.1.3 Fatores ambientais

Os transtornos alimentares têm maior incidência nos países industrializados, frequentemente nas classes média e alta. Pessoas que são profissionais de áreas que valorizam a magreza como modelos e bailarinas são mais suscetíveis ao problema.

1.1.4 Fatores bioquímicos

Pesquisadores constataram que os transtornos alimentares têm ligações diretas com o transtorno depressivo, visto que a maioria dos diagnósticos de distúrbios alimentares apresentam simultaneamente transtornos de alteração de humor, como a depressão.

Estudos mostram que alguns neurotransmissores do sistema nervoso central funcional de forma anormal quando constatado transtorno depressivo e, têm-se observado que estes neurotransmissores encontram-se de forma reduzida nos pacientes que apresentam anorexia e bulimia nervosa.

Na bulimia, acredita-se que o comer compulsivo esteja relacionado a problemas emocionais, como estresse e ansiedade (de acordo com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica-SBPC).

Tem sido dedicada uma atenção especial ao sistema neuroendócrino. Essa parte do cérebro é responsável por hormônios que regulam o crescimento e desenvolvimento físico, apetite e digestão, emoções etc., entretanto em pessoas que apresentam o diagnóstico de algum distúrbio alimentar esses reguladores estão comprometidos.

1.1.5 Fatores culturais

Em alguns casos os transtornos alimentares são apenas formas extremas de crenças amplamente defendidas e apoiadas na sociedade.

Os conceitos culturais de beleza valorizam e estipulam padrões do corpo perfeito e, especialmente as mulheres (90% dos casos de anorexia e bulimia são atribuídos às mulheres) podem acreditar de forma exagerada que somente serão realizadas e alcançaram sua satisfação pessoal caso seguirem esses valores.

1.1.6 Fatores familiares e emocionais

Os padrões das famílias que apresentam algum caso de transtorno alimentar são, em sua maioria, variados. Entretanto, em algumas pesquisas, revela-se que em famílias autoritárias há um maior índice de anorexia nervosa, bem como em lares negligentes vê-se um elevado número de casos de pacientes bulímicos.

Para alguns, um distúrbio alimentar é uma resposta à falta de autônoma de uma criança durante sua passagem para a pré-adolescência, sendo este “um salto para voar para fora”.

Um estudo recente mostrou que mães muito preocupadas com o excesso de peso e a aparência física das filhas podem aumentar os riscos de transtornos alimentares (SBPC)

1.1.7 Associações médicas

De acordo com a SBPC, mais de 10% dos pacientes com transtornos alimentares morrem, seja por desnutrição ou suicídio. Os distúrbios de comportamento alimentar representam um dos maiores responsáveis pelo índice de mortalidade gerado por uma desordem mental.

Na anorexia nervosa, a falta de nutrientes pode acometer problemas cardíacos e órgãos vitais, como o cérebro. Nesse caso, o organismo reduz suas atividades como, por exemplo, a pressão arterial e frequência respiratória, podendo também haver inflamações nas articulações.

Ambos os transtornos são de EIXO I, onde estão associados distúrbios que compreendem desordens mentais.

1.2. Anorexia nervosa

“O truísmo absoluto dos transtornos alimentares é que você nunca acredita estar magra o bastante” (HORNACHER, 1998; p. 288)

1.2.1 Definição do termo

O termo anorexia vem do grego ‘orexia’ que significa desejo, anterior a ela segue-se o prefixo ‘a’ que demonstra negação. Logo, vê-se que em uma tradução literal do sentido anorexia remete à negação do desejo.

1.2.2 Definição médica

Distúrbio alimentar caracterizado pela obsessão e culto pela magreza. Nele, têm-se uma perda de peso intencional acentuada. É comum uma distorção da imagem corporal e um medo injustificável de sobrepeso. Muitas vezes, os pacientes utilizam de exercícios físicos exagerados para perder peso.

1.2.3 Subtipos da anorexia nervosa

ANOREXIA DE SUBTIPO RESTRITIVO: O paciente apresenta uma alimentação restritiva e não costuma recorrer aos métodos compensatórios. E dentre esse subtipo é comum a perda de peso relacionada às dietas e exercícios físicos.

ANOREXIA DE SUBTIPO COMPULSÃO PERDIÓDICA/PURGATIVO: O paciente recorre a comportamentos de ingestão compulsiva seguidos de métodos compensatórios,

distinguindo-se da bulimia nervosa apenas pelo baixo índice de massa corporal. Alguns indivíduos incluídos neste subtipo não comem de forma compulsiva, mas fazem purgações regularmente após o consumo de pequenas quantidades de alimentos.

1.2.4 Histórico da anorexia nervosa

O primeiro caso sugestivo de anorexia nervosa aconteceu em 895 com uma serva. Ela havia acabado de se recuperar de uma doença e apresentava um apetite voraz e acentuado.

Então, com o intuito de diminuí-lo ela buscou ajuda em um convento e passou a restringir sua alimentação a longos jejuns. Morreu alguns meses depois, por desnutrição.

1.2.5 Santas anoréxicas

Diferenciando-se dos dias atuais onde as mulheres buscam a magreza pelos padrões, em tempos remotos essas buscavam a mesma coisa com um intuito diferente, seu objetivo era aproximar-se da santidade.

Durante o século XIII havia muitas mulheres que se impunham o jejum como forma de se fazer íntima e aceita no reino de Deus, conseguindo dessa forma ser mais próxima deste último. Hoje em dia, os historiadores reconhecem-nas como as ‘santas anoréxicas’.

Simultâneo à isso, essas também apresentavam um quadro de perfeccionismo extremo, insatisfação consigo própria e algumas distorções na imagem e percepção corporal, assim como as anoréxicas da era contemporânea.

1.2.6 Classificação e diagnóstico

Segue anexo com as informações e critérios utilizados para o diagnóstico da anorexia nervosa de acordo com o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Figura 1- Quadro para diagnóstico da anorexia nervosa de acordo com o DSM-IV e CID-10

1.3. Bulimia nervosa

1.3.1 Definição do termo

Quadro 1: Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10.

DSM-IV	CID-10
- Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado. - Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior. - Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se auto-avaliar; negação da gravidade do baixo peso. - No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorréia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado. Tipo: - Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas). - Purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação.	- Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado. - A perda de peso é auto-induzida pela evitação de “alimentos que engordam”. - Há uma distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar. - Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Comentários: Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia; os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

Assim como na anorexia, a origem da palavra também é grega e significa *fome de boi*, referindo-se a uma vontade incontável e animalasca de comer compulsivamente, nesse caso a palavra ‘boi’ sugere algo fora dos limites humanos.

1.3.2 Definição médica

Caracteriza-se por uma enorme ingestão de alimentos em um curto período de tempo junto a uma sensação de perda de controle, esses denominados episódios bulímicos, seguidos de métodos compensatórios para evitar o ganho de peso.

1.3.3 Subtipos de bulimia nervosa

BULIMIA DE SUBTIPO PURGATIVO: O indivíduo recorre a vômitos auto induzidos para obter o controle de ganho de peso.

BULIMIA DE SUBTIPO NÃO PURGATIVO: O paciente tende a recorrer a outros meios para que possa evitar o aumento de massa corpórea, dentre os mais comuns estão o abuso de laxantes e diuréticos, carga intensa de exercícios físicos e longos períodos em jejum.

1.3.4 Histórico da bulimia nervosa

Esse termo já era comumente usado antes de Cristo para designar uma fome doentia. A definição que hoje é atribuída à esse problema surgiu em 1979, com a definição de Gerald Russel e foi descrita originalmente como pacientes com peso normal que apresentavam pavor de engordar e auto induziam vômitos.

1.3.5 Características do problema

Pacientes com bulimia nervosa possuem uma maior capacidade de esconder o problema, pois os episódios bulímicos são realizados em segredo e, além disso, não há necessariamente uma perda de peso significativa como na anorexia.

A bulimia e o vômito tornam-se um ciclo vicioso, uma vez que o vômito leva o indivíduo a comer sem o medo de consequências calóricas.

Os pacientes mais vulneráveis são aqueles que fazem uso de drogas para indução dos vômitos ou laxantes e diuréticos, pois aumentam os riscos de problemas no coração.

1.3.6 CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Segue anexo com as informações e critérios utilizados para o diagnóstico da bulimia nervosa de acordo com o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

1.3.7 Características dos pacientes

A maioria dos pacientes tanto com anorexia quanto com bulimia desenvolvem sistemas sobre sua alimentação. Na bulimia, por exemplo, eles desenvolvem um sistema de “pontos”, onde comem primeiro comidas coloridas para, durante a o efeito de purga, saber quando parar.

Quadro 2: Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10.

DSM-IV	CID-10
A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos – tendo as seguintes características: 1. ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente em duas horas) uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias; e 2. sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação da não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come). B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos. C. Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses. D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. Tipos: - Purgativo: auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas. - Sem purgação: sem práticas purgativas, prática de exercícios excessivos ou jejuns.	A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses). B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão a comer. C. O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de um ou mais do que segue: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico. D. Há uma auto-percepção de estar muito gorda, com pavor intenso de engordar e com uso exercícios excessivos ou jejuns.

Estima-se que entre 30% e 50% dos pacientes com bulimia nervosa apresentam também um histórico de uso abusivo de drogas. E frequentemente isso não é restrito às drogas ilícitas.

“O impulso bulímico é mais realista do que o anoréxico porque, com todo o seu niilismo, ele compreende que o corpo é inescapável”.

Especula-se que os transtornos alimentares têm pelo menos uma base em algum trauma sofrido durante a primeira infância.

De acordo com Zerbe (1993), pacientes bulímicas tendem a transformar conflitos psíquicos, de forma que suas emoções internas irrompem o corpo fazendo-as a ter uma dor física concreta, pois é preferível uma doença tratável a uma doença psicológica.

O sexo, assim como comer compulsivamente caracteriza-se, para pacientes com distúrbios alimentares, uma tentativa para se preencher. Aqueles diagnosticados com bulimia nervosa tendem a ter mais relações sexuais do que paciente com anorexia ou indivíduos que não apresentam nenhum transtorno alimentar.

1.4. Tratamento dos transtornos alimentares

O tratamento de pessoas que possuem qualquer transtorno alimentar deve ser realizado e orientado por uma equipe multidisciplinar, na qual se enquadram nutricionistas, psiquiatras, um psicólogo individual, se possível um psicoterapeuta em grupo e, caso seja necessário, um profissional do esporte; este de é preferível que tenha uma especialização sobre o assunto e que esteja na área referente a atletas. O tratamento deve ser preferivelmente feito com profissionais que tenham algum conhecimento sobre o problema.

5. Considerações finais

O propósito principal do presente artigo teve como objetivo explicar e explorar o mundo dos transtornos alimentares que crescem a cada dia; adoecendo garotas, em sua maioria (90% das anorexias incidem sobre o sexo feminino, embora cada ano que passa, o número de anorexia masculina vem aumentando intensamente), e as fazendo reféns de uma vontade: tornar-se magra.

Através das resoluções e definições esclarecidas durante o projeto tem-se com resposta as causas e consequências do distúrbio. Inicialmente, havíamos proposto a seguinte causa: padrões explorados e altamente defendidos pela mídia e toda uma cultura sexista que objetiva os corpos femininos, impondo a estes limites e excluindo socialmente aqueles que não se encaixam, seguidos de fatores disfuncionais biológicos ou emocionais.

Um ponto relevante durante o estudo dos transtornos alimentares é justamente os motivos causadores deste. O desenvolvimento do transtorno aplica-se devido a diversos fatores, por exemplo: fatores genéticos, como a hereditariedade; fatores socioculturais, bem como os padrões socialmente inoculados; fatores biológicos, como as disfunções de hormônios; também relações afetivo-emocionais.

Desta forma, têm-se uma conciliação sobre causas multifatoriais, assim como foi exposto por nós, provando, não de forma íntegra, mas parcial nossa hipótese. Os transtornos alimentares caminham interligados, um não se separa do outro, pois numa predominância anoréxica pode haver uma mente bulímica e vice-versa, sendo dois lados da mesma moeda. O grande terror é a gordura, a grande vilã. Para a psicanálise, existe um grande sofrimento emocional para o qual esses distúrbios procuram fazer a defesa, migrando para o corpo a angústia que existe escondida atrás dos sintomas corporais.

Conclui-se, portanto que as causas consideradas dos distúrbios de comportamento alimentar, nos tempos atuais, diferem-se daquelas defendidas por Freud (1895) de que “a famosa anorexia nervosa de moças jovens, [...] é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu” e são, na verdade síndromes psíquicas caracterizadas por comportamentos prejudiciais à saúde dos indivíduos que apresentam o problema.

Referências

FARIA, Silvia Pedroza de; SHINOHARA, Helene. **Transtornos alimentares**. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/7644/5453>> Acesso em: 14 de julho de 2016, 16h05min.

HORNBACHER, Marya. **Dissipada: Memórias de uma anoréxica e bulímica**. 1º ed. Editora Record. 1998.

MIRANDA, Marina Ramalho. **O mundo objetual anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes.** Revista Brasileira de Psicanálise, 2004.

Sites pesquisados:

ANOREXIA NERVOSA. Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/15688/anorexia-nervosa>>. Acesso em: 11 de julho de 2016, 12h40min

BULIMIA NERVOSA. Disponível em <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/bulimia-nervosa/>>. Acesso em: 11 de julho de 2016, 13h15min.

CJ, McAdams; SMITH, W. **Correlações neurais dos transtornos alimentares.** Disponível em <<http://www.lisia-kiehl.com.br/transtornos-alimentares/>> Acesso em 15 de agosto de 2016, 15h30min.

CORDÁS, Táki Athanássions. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398>>. Acesso em: 17 de julho de 2016, 11h50min.

CULTO AO CORPO. Disponível em <<https://projetoedacao.com.br/temas-de-redacao/padrao-de-beleza-e-sociedade/culto-ao-corpo/27590>>. Acesso em: 16 de maio de 2016, 15h10min.

DEFINIÇÕES ANOREXIA E BULIMIA. Disponível em <<http://www.fcsh.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/anorexia/sintomas.htm>>. Acesso em 14 de julho de 2016, 12h20min.

PAPARELLI, Luís Fernando Bezerra; PAPARELLI, Rosélia Bezerra. Mídia Sociedade e o Padrão de Beleza. Disponível em <<http://unicastelo.br/portal/midia-sociedade-e-o-padroao-de-beleza-2/>>. Acesso em: 23 de maio de 2016, 15h30min

Perguntas frequentes sobre transtornos alimentares. Disponível em <<http://www.abpcomunidade.org.br/site/?p=275>> Acesso em: 22 de julho de 2016, 10h40min.

SAIKALI, Carolina Jabur et al. **Imagem corporal nos transtornos alimentares.** Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400006>. Acesso em: 27 de junho de 2016, 17h25min.

Transtorno alimentar. Disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_alimentar>. Acesso em: 14 de julho de 2016, 9h30min.