



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes  
Departamento de Ensino de Ciências e Biologia

Ester Helena Lima de Souza

**Construção de um guia de prevenção aos Transtornos Alimentares para  
professores da Educação Básica**

Rio de Janeiro

2019

Ester Helena Lima de Souza

**Construção de um guia para prevenção aos Transtornos Alimentares**

— Monografia apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Especialista no Ensino de Ciências, ao Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra.Erika Winagraski

Rio de Janeiro

2019

Ester Helena Lima de Souza

**Construção de um guia para prevenção aos Transtornos Alimentares**

Monografia apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Especialista no Ensino de Ciências, ao Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 27 de março de 2019

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Erika Winagraski (orientadora)

Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andréa Espinola de Siqueira

Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Marly Cruz Veiga da Silva

Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes – UERJ

Rio de Janeiro

2019

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a meu filho Daniel, amor incondicional.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que com sua graça e misericórdia fez caminhos no deserto. Até aqui Ele me sustentou.

A minha mãe Ivaneide que me apoiou e ajudou nos momentos mais difíceis.

A meu pai Onilo Carlos que demonstrou carinho e dedicação ao me buscar nas aulas da Especialização, sempre com um sorriso e uma boa conversa.

A meu filho Daniel, que muitas vezes dividiu a minha atenção com este trabalho, sendo compreensível e paciente. A ele todo o meu amor.

A minha amiga Debora que me incentivou, que acreditou em mim mais do que eu mesma e me estendeu a mão sempre que eu precisei.

À professora Érika pela orientação, pelas palavras de incentivo e, principalmente, por se mostrar humana e atenciosa diante de todo o processo pelo qual passei. Obrigada por não me deixar desistir.

À equipe do AMBULIM, representada pela professora de Educação Física e doutora em Neurociências pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, Professora Paula Costa Teixeira e pelas nutricionistas Ana Carol Costa e Alessandra Fabbri que com generosidade e profissionalismo abdicaram parte do seu tempo para responderem ao questionário.

Aos professores do curso de Especialização no Ensino de Ciências que me proporcionaram momentos de efetiva aprendizagem.

À coordenação do Departamento de Ensino de Ciências pela oportunidade que me deu para concluir este trabalho.

## RESUMO

SOUZA, Ester Helena Lima de. *A construção de um guia para prevenção aos Transtornos Alimentares*, 2019. 56f. Monografia (Especialização em Ensino de Ciências) – Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A anorexia e a bulimia nervosas são transtornos alimentares considerados graves, que afetam principalmente jovens e adolescentes e podem levar à morte. Diante disso, torna-se necessária a busca por medidas que ajudem no combate e prevenção a esses transtornos. A escola é, naturalmente, um ambiente onde deve haver promoção de saúde e pode colaborar nessa luta. Mas para combater é preciso conhecer. Esse trabalho começa verificando o conceito de beleza, sua influência e impacto na vida das pessoas. A insatisfação corporal, a pressão diante dos padrões de beleza estabelecidos e o desejo de aceitação apresentam-se como alguns dos fatores que contribuem para o surgimento e progresso dos transtornos alimentares. A partir daí, o caminho percorrido é o dos transtornos alimentares, mais especificamente, a anorexia e a bulimia: causas, sintomas, comportamentos favoráveis... Com a ajuda de quatro professores da Rede Pública de Ensino, que elaboraram um questionário, foi possível estabelecer o que realmente interessa saber sobre o assunto. E quem responde a essas perguntas é a equipe multidisciplinar do AMBULIM que, com uma vasta experiência no tratamento de pessoas com anorexia e bulimia, esclareceu dúvidas e confirmou muito do que havia sido apontado ao longo da pesquisa bibliográfica. Sendo assim, o guia do professor pôde ser elaborado levando em consideração as informações mais importantes reveladas ao longo da pesquisa teórica e do resultado do questionário, bem como os cuidados e conselhos transmitidos pelos especialistas. Ao invés de um trabalho abordando os transtornos alimentares nas escolas, propõe-se o conhecimento prévio do assunto por parte de professores e educadores para que sejam desenvolvidas atividades que visem, não a exposição do transtorno, mas a valorização da autoestima, a aceitação do outro e o incentivo aos hábitos alimentares saudáveis.

Palavras-chave: Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Beleza. Imagem corporal. Adolescência. Autoestima. Saúde.

## ABSTRACT

SOUZA, Ester Helena Lima de. *Construction of a guide for prevention of eating disorders*, 2019. 56f. Monography (Specialization in Science Teaching) – Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Nervous anorexia and nervous bulimia are eating disorders considered serious, which mainly affect young people and teenagers and can lead to death. Therefore, it is necessary to search for measures that help combat and prevent these disorders. The school is, naturally, an environment where there must be health promotion and can collaborate in this fight. But to fight it is necessary to know. This work begins by verifying the concept of beauty, its influence and impact on people's lives. Body dissatisfaction, pressure on established beauty standards and the desire for acceptance are some of the factors that contribute to the onset and progress of eating disorders. The literature search contributed to clarify the causes, the symptoms and the behaviors favorable to these disorders. In addition to recognizing the studies that led researchers to better understand their appearance over the centuries. With the participation of four teachers from the Public Education Network, who prepared a questionnaire, it was possible to establish what really matters to know about the subject. And who responds to these questions is the AMBULIM multidisciplinary team that, with extensive experience in the treatment of people with anorexia and bulimia, clarified doubts and confirmed much of what had been pointed out throughout the bibliographic research. Therefore, the teacher's guide could be elaborated taking into account the most important information revealed during the theoretical research and the result of the questionnaire, as well as the care and advice transmitted by the specialists. This work proposes to inform teachers and educators about the subject so that activities aimed at not exposing eating disorders, but at valuing self-esteem, accepting the other and encouraging healthy eating habits are developed.

Palavras-chave: Nervous anorexia. Nervous bulimia nervosa. Beauty. Body Image. Adolescence. Self-esteem . Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CID-10	Classificação Internacional de doenças
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GENTA	Grupo de Especialização em Nutrição, Transtornos Alimentares e Obesidade
GOTA	Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares
IMC	Índice de Massa Corporal
NESA	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
TA	Transtorno Alimentar
UniFMU	Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico



## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b>	8
1-	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
1.1-	<b>A Cultura da Beleza</b>	13
1.1.1-	<u>Autoimagem e insatisfação corporal</u>	16
1.1.2-	<u>Escola: Lugar de interação e descoberta</u>	17
2-	<b>TRANSTORNOS ALIMENTARES</b>	20
2.1-	<b>Anorexia Nervosa</b>	24
2.2-	<b>Bulimia Nervosa</b>	25
3-	<b>OBJETIVOS</b>	26
4-	<b>METODOLOGIA</b>	27
5-	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	31
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	48
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	51
	<b>APÊNDICE – Guia do professor</b>	58

## APRESENTAÇÃO

O interesse em iniciar uma pesquisa bibliográfica sobre os transtornos alimentares surgiu há cerca de oito anos, ainda na graduação. Após um período de experiência pessoal com a anorexia nervosa, não foi difícil perceber a demanda por informações que ajudem as pessoas que convivem com aqueles que sofrem com a doença a livrar-se desse mal ou quiçá consigam evitá-la antes mesmo que ela se desenvolva. Muitas vezes, o desejo de ajudar sem o conhecimento necessário pode contribuir para intensificar ainda mais os fatores que corroboram para o seu progresso. Desde o início da pesquisa, ficou muito claro a delicadeza do assunto, que envolve diversos fatores e que vão além de uma disfunção orgânica, solucionada apenas com o uso de fármacos.

A experiência com o transtorno alimentar, que durou oito anos, possibilitou, ainda no planejamento deste trabalho, uma visão mais intimista do tema. Algumas lembranças foram inevitáveis e serviram para definir a sua trajetória. Algumas das recordações dessa época permitiram entender, por exemplo, o quão raros são os episódios em que a preocupação com a saúde se sobrepõe à necessidade de alcançar uma aparência que contemple um desejo pessoal de aceitação. A certeza, ainda que equivocada, de que a magreza está atrelada à beleza e serve de “cartão de visita” impulsiona ainda mais para o fundo do poço e, com ela, a ideia do sacrifício inevitável para cumprir com esse ideal torna-se, aos poucos, compulsiva.

E é exatamente por isso que, mais do que lutar contra o transtorno, é necessário combater as suas principais causas. Melhor do que curar uma doença é conseguir evitá-la. E é pensando em saúde, que afastamos a doença. Afinal, é preciso fazer entender que bonito mesmo é ser saudável!

Com a pesquisa teórica, foi possível observar o quanto o assunto ainda precisa ser explorado e conhecido. Nas livrarias, houve certa dificuldade para encontrar os títulos que tratavam do tema. Também foi notória a pouca informação de alguns livreiros e vendedores, que se dispunham a ajudar, quando o assunto era Transtornos alimentares.

No entanto, na internet é possível encontrar uma vasta bibliografia falando desses Transtornos. São, em sua maioria, artigos acadêmicos de autoria, coautoria ou orientados pelo médico psiquiatra Táki Athanássios Cordás, coordenador geral

do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares, do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo.

O presente trabalho traz referências constantes aos textos do professor Cordás. Além disso, a participação de sua equipe foi fundamental no planejamento e construção dessa pesquisa, sendo mais um suporte para a confecção do produto final: o guia.

## INTRODUÇÃO

Um levantamento feito pelo Ministério da Saúde em 2016 mostrou que 53,8% dos brasileiros estão acima do peso<sup>1</sup>. Os dados são da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) que entrevistou cerca de 53.210 pessoas em todas as capitais e no Distrito Federal. Na edição de 2006, o índice era de 42,6%. Os resultados dessas pesquisas estão contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, uma vez que revelam os hábitos alimentares dos brasileiros organizados por gênero, idade e escolaridade (VIGITEL BRASIL, 2016).

A propagação de hábitos alimentares inadequados e o aumento do excesso de peso são questões realmente preocupantes. Por isso, o Ministério da Saúde criou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde que estabelecia o compromisso de disseminação da cultura da alimentação saudável, tendo como uma de suas estratégias o desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável (BRASIL, 2010).

O problema é que essa mesma mídia que estaria encarregada pelo Ministério da Saúde de divulgar campanhas dos benefícios de uma alimentação saudável, é a responsável pela divulgação de anúncios que estimulam o consumo de alimentos pobres em nutrientes (MOURA, 2010) e, paradoxalmente, por divulgar um padrão de beleza, quase sempre inatingível, definido através de corpos com curvas perfeitas e medidas exatas (MIRANDA, 2010).

Na sociedade contemporânea, pode-se observar que a beleza está atrelada ao valor comercial de produtos que, quando consumidos ou utilizados, prometem resultados milagrosos. Além disso, uma imagem corporal, na maioria das vezes irreal, é apresentada através das mídias e domina o inconsciente coletivo das pessoas que passam a acreditar que a felicidade está condicionada à exibição de um corpo perfeito (MIRANDA, 2010).

---

<sup>1</sup><http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28108-em-dez-anos-obesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-de-hipertensao-e-diabetes>

Mas quem não deseja ser considerado belo? Quem nunca usou a fita métrica na busca por centímetros a menos de barriga e depois se sentiu feliz ou, não poucas vezes, decepcionado com o resultado que atire a primeira pedra!

No livro *A História da Beleza* (2007), Umberto Eco afirma que embora os padrões estéticos tenham sofrido alterações ao longo dos tempos, em todos os séculos se falou da beleza da proporção, ou seja, em todos eles é possível perceber o princípio aritmético e geométrico. Segundo Eco (2007, p.7), o melhor meio de documentação da beleza sempre foi a arte. Diz ele: “*foram artistas, poetas, romancistas que nos contaram através dos séculos o que eles consideravam belo e que nos deixaram seus exemplos*”.

Sendo assim, comparando obras de arte de períodos diferentes com a representação da figura feminina, será fácil identificar diferenças na imagem corporal. A famosa Mona Lisa, do pintor italiano Leonardo da Vinci, por exemplo, é detentora de um corpo considerado padrão de beleza da sua época, mas que em nada lembra os corpos esbeltos e esguios cultuados nos dias atuais.

Hoje, existe uma tendência social e cultural que considera a magreza o ideal de aceitação e a garantia de êxito (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006). Muitas vezes, essa imagem idealizada do corpo é perseguida por jovens e adolescentes que, ao se notarem distanciados desse ideal, ficam sujeitos a uma série de conflitos desencadeados pela baixa autoestima (CHIPKEVITCH, 1987).

Dessa forma, a aceitação de um ideal de magreza e a internalização desse modelo levam a adoção de práticas inadequadas que aumentam os riscos de desenvolvimento do transtorno alimentar (CAFRI et al., 2005 apud LEAL, 2013).

Tanto a anorexia quanto a bulimia são considerados quadros psíquicos caracterizados por severas perturbações no comportamento alimentar (LEAL, 2013).

Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V)<sup>2</sup>, sendo este a última versão, publicada em 2013, a anorexia corresponde a perda de peso intencional e induzida. O indivíduo que sofre desse transtorno apresenta uma busca obcecada pela magreza através de dietas e jejuns e medo intenso do ganho de peso. Tal perturbação no modo de vivenciar o peso, leva ao distúrbio na autoavaliação da imagem corporal e à negação da gravidade da magreza.

---

<sup>2</sup> <http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>

Ainda segundo o DSM-V, a bulimia seria caracterizada pelo consumo alimentar compulsivo. O indivíduo considerado bulímico apresenta, além da sensação de perda do controle sobre o comportamento alimentar, sentimento de culpa seguido da prática de métodos compensatórios inapropriados como o vômito induzido, o uso excessivo de laxantes, diuréticos e drogas para prevenir o ganho de peso. Tanto a anorexia quanto a bulimia são considerados transtornos psíquicos graves que, se não tratados a tempo, podem levar ao óbito.

Leal (2013), em sua tese de doutorado sobre comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes, afirma que pesquisas no Brasil e em alguns países da América Latina e da Europa apontaram uma incidência entre os adolescentes com casos de insatisfação da imagem corporal. O Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 2º da lei 8.069 de 1990, define a adolescência como a faixa etária que vai dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990). Ainda segundo Leal, em todas as pesquisas, pelo menos metade dos jovens avaliados demonstrou não estar satisfeito com o próprio corpo. Considerando que a insatisfação com a imagem corporal pode estar associada à presença de transtornos alimentares e ao excesso de peso (POLTRONIERI et al., 2016), esses dados tornam-se ainda mais preocupantes.

O aumento desses transtornos em jovens e adolescentes pode estar associado às características próprias desse período da vida do ser humano (LEAL, 2013). Adolescência, época de mudanças físicas, psicológicas e sociais. É na adolescência que o indivíduo descobre o seu papel dentro da sociedade. Ele precisa ser aceito e, para isso, ele acredita que precisa estar bem, mostrar boa aparência. Daí a possibilidade de ser influenciado pela mídia e pelas pessoas inseridas em seu convívio social (LEAL, 2013).

O fato é que este grupo da sociedade frequenta a escola e acredita-se que, algumas vezes, é possível que demonstre indícios da doença ou de comportamentos favoráveis aos transtornos alimentares também dentro do ambiente escolar. Além disso, a insatisfação com a imagem corporal, quando identificada precocemente, pode prevenir futuros problemas relacionados ao desenvolvimento de transtornos alimentares (POLTRONIERI et al., 2016). E sendo o espaço escolar um ambiente intermediário entre a família e a sociedade, onde seus frequentadores se encontram numa mesma faixa etária e, portanto, apresentam dúvidas, questionamentos, interesses e crises bastante parecidas, pode tornar-se também

um lugar oportuno para que o professor, atento e preocupado com o desenvolvimento saudável de seus alunos, possa perceber comportamentos que denunciem a presença ou a predisposição aos distúrbios na alimentação ainda na infância ou adolescência.

Acontece que com as muitas responsabilidades e com o número excessivo de alunos em sala de aula, dentre outros fatores, é natural que muitos professores não percebam o que se passa com os alunos. Porém, o conhecimento prévio dos transtornos e de suas principais características podem facilitar a percepção do problema e prepará-los para lidar com esta realidade.

Assim, acreditando na necessidade de divulgar a existência e os perigos desses transtornos, este trabalho assumiu o compromisso de recolher dados e informações, que deu origem a um guia que pode auxiliar na promoção de atitudes conscientes por parte dos professores na percepção de casos e na relação escola/aluno com transtornos alimentares.

## 1.1 – A Cultura da Beleza

“As muito feias que me perdoem. Mas beleza é fundamental”

(Vinicius de Moraes. *Receita de Mulher*, 1996, p.189)

O autor da epígrafe acima é o mesmo que anos mais tarde, depois de nove casamentos, afirmou: “*A beleza para mim é importante. Eu amei feias lindas, feias interessantes. Namorei muita mulher que eu considero esteticamente de nenhuma beleza, mas eram mulheres interessantes, mulheres que tinham alguma coisa.*”<sup>3</sup> Justificativas a parte, Vinicius de Moraes ficou conhecido por suas lindas poesias, muitas delas ricas em adjetivos direcionados à figura feminina como acontece em “receita de mulher” e na tão consagrada “Garota de Ipanema”, em parceria com o amigo e também compositor Tom Jobim. Uma verdadeira ode à “moça do corpo dourado” e do “balançado que é mais que um poema”!

Não adianta, na sociedade do olhar, o que pode ser mais importante do que aquilo que se oferece ao olhar do outro?

---

<sup>3</sup> <http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2013/02/eu-amei-feias-lindas-feias-interessantes-dizia-o-centenario-vinicius-de-moraes.html>

Aliás, em sua “Receita de Mulher”, Vinicius de Moraes (1996) exalta as qualidades físicas da mulher que, segundo o poeta, “desabrocha no olhar do homem”. E não são poucos os atributos almejados pelos olhares masculinos:

Seja bela e tenha pelo menos **um rosto que lembre um templo** e seja leve como um resto de nuvem: mas que seja uma nuvem **com olhos e nádegas. Nádegas são importantíssimo.**  
Olhos, então  
nem se fala, que olhe com certa maldade inocente. **Uma boca fresca** (nunca úmida!) é também de extrema pertinência.  
É preciso que **as extremidades sejam magras**; que uns Ossos Despontem, sobretudo a rótula ao cruzar as pernas e,  
As pontas pélvicas  
No enlaçar de uma **cintura semovente.**  
Gravíssimo é porém o problema das **saboneteiras**: uma Mulher sem saboneteiras  
É como um rio sem pontes. Indispensável.  
Que haja **uma hipótese de barriguinha**, e em seguida  
A mulher se alteie em cálice, e que seus **seios**  
**Sejam uma expressão Greco-romana**, mas que gótica ou barroca  
(MORAES, 1996 - grifo nosso)

Quase sessenta anos separam a poesia de Vinicius de Moraes dos dias de hoje. No entanto, eliminando a atualmente inconcebível “hipótese de barriguinha”, é possível enxergar no biotipo apresentado semelhanças ao padrão estético buscado ainda nos dias de hoje.

A sociedade moderna vive a cultura do corpo. Ela é narcisista, imagética e espetacular. A felicidade está rigorosamente atrelada à beleza física e, por isso, a preocupação com a aparência tornou-se uma característica inata do ser humano (GOLDENBERG, 2007).

Segundo Goldenberg (2007), o indivíduo passou a ser o responsável por sua aparência e ser belo e até permanecer jovem tornaram-se uma opção. Basta se cuidar, trabalhar o corpo, utilizar os produtos certos e, é claro, corrigir as imperfeições. Dessa forma, a visão de um corpo diferente daquele considerado esteticamente correto fica naturalmente associada ao desleixo e à preguiça (GOLDENBERG, 2007).

Nesse mesmo contexto, a mídia surge, por meio das novelas, filmes e propagandas de produtos estéticos, dentre outros, como grande aliada à disseminação da crença de que o sucesso pessoal depende da boa forma (BOHM, 2004). A mídia tem o poder de influenciar, propagar tudo aquilo que deve ser copiado, seguido:



A mídia adquiriu um imenso poder de influência sobre os indivíduos, generalizou a paixão pela moda, expandiu o consumo de produtos de beleza e tornou a aparência uma dimensão essencial da identidade para um maior número de mulheres e homens (GOLDENBERG, 2007, p.8)

No livro *O preço da sedução* (2004), Denise Mattar reúne um conjunto de slogans que serviram ao longo dos anos para seduzir “Imagine como é bom ser bonita!”, *slogan* do Creme *Pollah*, em 1937, e intimidar “Saiba: ele facilmente nota a sua idade!”, *slogan* de *Pond’s* em 1957; Prometer “15 anos mais jovem em 15 minutos com a tintura Fleury”, de 1941, e ameaçar as mulheres “O romance foge das moças gordas...” *slogan* das Drágeas *Esbeltan*, em 1941. A indústria da beleza anuncia, desse modo, o espetáculo das transformações dos corpos.

Campanhas publicitárias mais recentes não perderam em nada tais características: “Brilhar está na moda” foi o *slogan* criado para a Impala cosméticos em 2010, “Deu vontade de ser caça ou caçadora?” era o *slogan* do Esmalte Colorama/ coleção África à vista em 2012, “... para uma pele perfeita imediatamente”, *slogan* do BB cream *L’Oreal* no ano de 2014 e “Transformando você no melhor que você realmente é.” da *Hair Life* cabeleireiros em 2009.

Para Andrade e Bosi (2003), o culto à beleza está diretamente associado à imagem de poder e mobilidade pessoal. Dessa forma, propõe-se a lógica “o que é bonito, é bom” e, dito isso, pode-se criar em geral a expectativa de que a beleza caminha junto da inteligência, da capacidade e do sucesso profissional.

A professora e antropóloga Mirian Goldenberg, em conjunto com o também antropólogo Marcelo Silva Ramos, no artigo intitulado “A civilização das formas: o corpo como valor” (2007) fala de uma pesquisa feita com homens e mulheres das camadas médias urbanas do Rio de Janeiro, cujo objetivo era justamente avaliar a presença desta nova moralidade que, segundo eles, ganha força singular na cidade.

Segundo Goldenberg e Ramos (2007), o ideal individualista tão difundido nos dias atuais, que declara a necessidade cada vez maior de uma liberação física e sexual, garantindo o direito à autonomia passa a coexistir de forma chocante com a “moral da boa forma”, que se expressa por meio de um padrão estético definido e confirma a supremacia de um determinado modelo de beleza, exigindo, assim, um ambiente de conformidade a esse modelo social do corpo.

Se é bem verdade que o corpo se emancipou de muitas de suas antigas prisões sexuais, procriadoras e indumentárias, atualmente encontra-se submetido a coerções estéticas mais imperativas e geradoras de ansiedade do que antigamente. A obsessão com a magreza, a multiplicação com os

regimes e das atividades de modelagem do corpo, a disseminação da lipoaspiração, dos implantes de próteses de silicone nos seios, de botox para atenuar as marcas de expressão na face e da modelagem de nariz testemunham o poder normalizador dos modelos, um desejo maior de conformidade estética que se choca com o ideal individualista e sua exigência de singularização dos sujeitos (GOLDENBERG, 2007, p.9).

O resultado da pesquisa de Goldenberg e Ramos (2007) mostrou que o corpo admirado e desejado é o corpo “sarado”, “malhado” e “definido” que, segundo os autores, é marca indiscutível de um determinado grupo considerado de virtude superior.

As consequências disso são preocupantes. Uma cultura que classifica, julga e hierarquiza a partir da forma física, alimenta um indivíduo inseguro, que teme a exclusão e gera uma insatisfação permanente com a aparência (GOLDENBERG e RAMOS, 2007).

#### 1.1.1 – Autoimagem e insatisfação com o corpo

Uma pesquisa realizada na Universidade de Flinders, Austrália, para avaliar a diferença sexual em relação à autoimagem e a satisfação com o próprio corpo revelou que grande parte das mulheres sente-se acima do peso, mesmo quando isso não corresponde à realidade (QUEIROZ, 2000). Muitas delas gostariam de ser mais magras e quanto mais acima do peso se consideravam, mais baixa a sua autoestima. Já os homens mostraram maior percepção do peso real do corpo, porém, para eles, quanto maior a massa corporal, maior a satisfação e mais elevada a autoestima (QUEIROZ, 2000).

Pode-se afirmar que o resultado da pesquisa aponta para a preocupação dos jovens em se apresentar de acordo com os ideais de beleza estabelecidos culturalmente.

Apesar das diferenças entre mulheres, que desejam ter um corpo esguio e esbelto, e homens, que buscam um corpo forte e másculo, tanto homens quanto mulheres querem apresentar-se com o corpo “bem definido”, “malhado”, “trabalhado” e “bonito” (GOLDENBERG, 2007).

Foi o que observou Goldenberg (2007) ao solicitar a um grupo de jovens de classe média do Rio de Janeiro que respondessem a perguntas sobre o que mais os atraía no sexo oposto e o que mais invejavam em pessoas do mesmo sexo. A categoria corpo apareceu com significativa frequência.

O problema é que a dissonância desse padrão cria no indivíduo, principalmente nas mulheres, o receio da rejeição, da exclusão e

À medida que a beleza assume tal importância para as mulheres, seria pertinente ressaltar que a insatisfação de uma mulher neste domínio pode ter impacto negativo sobre a sua autoestima. Sendo o corpo fundamental para a atratividade feminina e como esta é elemento essencial da sua autoimagem, é possível prever que o peso e a satisfação com respeito a ele sejam determinantes para a satisfação integral da mulher. É comum que elas se vejam acima do peso, mesmo quando efetivamente tal percepção não corresponde à realidade. O número de mulheres que fazem regime para emagrecer é tão elevado que o padrão alimentar “normal” delas, em países ocidentais, poderia ser caracterizado como uma verdadeira dieta (POLIVY; HERMAN, 1987)

Em 1998, o psiquiatra e psicoterapeuta Joel Birman fez uma conferência sobre a psicopatologia na pós-modernidade. Ao longo do texto, Birman fala de uma sociedade cujos indivíduos fazem de suas vidas uma obra de arte a ser admirada pelo outro. E o que se ganha com isso? O enaltecimento do eu, diz o psiquiatra. Ou seja, o olhar do outro passa a ser fonte de existência (BIRMAN, 1998).

Ainda segundo Birman (1998), numa performance que objetiva a sedução do outro, a imagem é sempre a personagem principal. Sem ela, não é possível a captura do outro e o espetáculo se esvazia.

Nesse mesmo contexto apresentado por Birman (1998), é possível evidenciar que a preocupação exagerada com a própria imagem e a necessidade incontrolável de atrair o outro, pode desencadear outro distúrbio psiquiátrico grave, e cada vez mais frequente, causado pela insatisfação com o próprio corpo, que é a distorção da autoimagem.

Na distorção da autoimagem, o indivíduo se olha no espelho e vê uma figura que não corresponde à realidade. Também conhecida como distúrbio da imagem corporal, ela é um dos fatores necessários ao desenvolvimento dos transtornos alimentares (SAIKALI et al., 2004).

#### 1.1.2– Escola: Lugar de interação e descoberta

Não é de se estranhar que transtornos alimentares ocorram principalmente em jovens do sexo feminino com idade entre 12 e 25 anos. Segundo o psiquiatra Táki Athanássios Cordás (2004), a faixa etária da prevalência dessas doenças vem baixando a cada dia, podendo ser encontradas hoje em meninas de 9 e 10 anos.

Mas por que os adolescentes se tornaram alvos tão fáceis desses transtornos?

Acontece que a adolescência constitui um processo marcado por perdas. Perde-se a condição infantil, os pais da infância, o corpo infantil, além de outros referenciais identificatórios. Muitas vezes, essas perdas são muito significativas e podem ser vividas com intensa angústia (PALMEIRA et al., 2011).

Por outro lado, a sociedade contemporânea é marcada por sujeitos fascinados pelos atrativos das novas tecnologias e pela busca desenfreada pelos bens de consumo. Nessa sociedade, o “ter” define quem você “é”. A felicidade e o consumo andam de mãos dadas (BAUDRILLARD, 1991).

Aí está uma complicada combinação: angústia e melancolia próprias do período da adolescência (PALMEIRA et al., 2011) e a necessidade de ser alguém numa sociedade onde a imagem construída determina o valor que se tem (VENTURI et al., 2011).

Segundo Mauricio Knobel (1981), é possível encontrar no período da adolescência certo teor de conduta patológica ou “desequilíbrios e instabilidades extremas” que seriam aceitáveis e que ele chamou de “síndrome normal da adolescência”. Dentre os sintomas dessa síndrome estão a busca de si mesmo e da identidade e a tendência grupal.

Na adolescência é comum a busca de uma nova identidade e é também nesse período que ocorrem as mudanças corporais. Esse corpo que cresce e se transforma, assumindo involuntariamente novas características, causa um estranhamento e gera conflitos com a autoimagem. É hora de reeditar a própria imagem. Desse mesmo modo, a presença do olhar do outro é agora motivo de insegurança e preocupação (VENTURI et al., 2011).

A incerteza do adolescente diante dessa imagem construída coloca-o como escravo de um olhar proveniente do exterior, único capaz de endossar seus atributos e, por conseguinte, dizer aquilo que ele é. Esta é a origem da preocupação permanente do adolescente com respeito ao modo como é visto pelo outro. Não sabe ao certo se é bonito ou feio, agradável ou desagradável, inteligente ou estúpido, oportuno ou inoportuno etc. A exposição permanente ao olhar pode tornar-se, assim, fonte perpétua de insegurança e timidez, como se o outro pudesse testemunhar a qualquer instante uma falha, uma insuficiência, que deveria estar escondida (VENTURI et al., 2011, p. 121).

Para amenizar essa falta de segurança, o adolescente busca a uniformidade. Essa tendência grupal é motivada pela necessidade de aceitação e estima pessoal. O grupo ocupa, então, o espaço antes destinado à família (COSLIN, 2009).

Para Coslin (2009), fazer parte de um grupo onde é possível identificar semelhanças no comportamento, roupas e atitudes possibilita a estabilidade e proporciona um sentimento de pertença, o que é essencial para o adolescente.

A escola desempenha, nesse período, um importante papel na descoberta e construção da nova identidade. Além do compromisso de preparação do indivíduo para o trabalho e o exercício da cidadania (BRASIL, 1996), a escola constitui um espaço de convivência, um ambiente extremamente propício para a socialização.

Na escola, o adolescente encontra em seus pares os mesmos conflitos e necessidades pelos quais está passando. É nessa relação de identificação que os grupos são formados (COSLIN, 2009).

O ingresso num determinado grupo, no entanto, está sujeito a um julgamento favorável e à aceitação de seus integrantes. Este pode se tornar outro problema para o adolescente: ser aceito no grupo que escolheu. Mais uma vez a insegurança e o medo... Para ser aceito, geralmente é preciso ter boa aparência e o corpo, que a cada dia é mais valorizado nas sociedades, assume um importante papel nos relacionamentos e na formação da identidade (COSLIN, 2009).

No artigo “A produção cultural do corpo”, Silvana Vilodre Goellner (2007) lembra que esse corpo idealizado pela sociedade, define o sujeito, cria uma identidade e que ele não está reduzido ao seu aspecto orgânico e anatômico:

Um corpo não é apenas um corpo. É também o seu entorno. Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele exibem, a educação de seus gestos... Enfim, é um sem limites de possibilidades sempre reinventadas e a serem descobertas. Não são, portanto, as semelhanças biológicas que o definem, mas, fundamentalmente, os significados culturais e sociais que a ele se atribuem (GOELLNER, 2007, p.29)

Assim, o corpo é, explicitamente, para o adolescente motivo de aceitação e de rejeição. Junto do corpo está a roupa que nele se ajusta, e os acessórios que o enfeitam. Enfim, aquele corpo eleito pela sociedade como seu ideal de perfeição e beleza passa a ser perseguido por adolescentes e quem mais se adequar a esse padrão tornar-se-á referência e modelo a ser copiado pelos demais integrantes do seu grupo (GOELLNER, 2007).

## 2 – TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo o AMBULIM<sup>4</sup> (Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), os transtornos alimentares são caracterizados por distúrbios no comportamento alimentar, podendo levar ao emagrecimento extremo, à obesidade ou mesmo a outros problemas físicos. Os principais transtornos são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

Ainda segundo o AMBULIM, tanto a anorexia quanto a bulimia são caracterizadas por uma preocupação extrema com o peso e medo exagerado de engordar, assim como a permanente insatisfação com a imagem corporal, na maioria das vezes percebida de forma distorcida, além da autoavaliação baseada nas medidas corporais.

O Transtorno do comer compulsivo também é apresentado pelo AMBULIM como transtorno alimentar e é caracterizado por um comportamento de descontrole alimentar com a ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimentos durante o dia com sensação de perda de controle e geralmente está associado a outras graves doenças psiquiátricas como depressão e ansiedade.

Levando-se em consideração os costumes da modernidade no que diz respeito à demasiada importância depositada nos padrões de beleza pré-estabelecidos e na supervalorização de um modelo corporal (BUCARETCHI, 2003), pode-se imaginar que estes seriam os únicos motivos para o desenvolvimento de transtornos alimentares e que o aparecimento dessas patologias estaria intrinsecamente ligado ao advento da modernidade.

No entanto, muitos autores afirmam que não. Não se pode contestar os impactos dos fatores socioculturais no desencadeamento e manutenção da bulimia e da anorexia nervosas, porém, culpá-los por todo o mal seria incorreto (WEINBERG et al., 2005).

---

<sup>4</sup> Site: <http://ambulim.org.br/TranstornosAlimentares/OqueSao>

O motivo de tal afirmação, segundo Weinberg (2005) seriam os documentos e registros dos relatos de santas e beatas da Idade Média que eram adeptas dos jejuns autoimpostos e tinham por principais objetivos a comunhão com Deus, a conservação da virgindade e a chance de se livrar de algum casamento arranjado e indesejado.

Para Weinberg (2005), embora a motivação seja diferente, é possível perceber no paralelo entre as anoréxicas de hoje, as chamadas meninas cloróticas do século XIX e as santas jejuadoras da Idade Média comportamentos muito semelhantes.

A clorose ou doença verde virou epidemia entre as meninas adolescentes na Inglaterra, França e Estados Unidos durante o século XIX e tinha por principais sintomas a presença de palidez, fraqueza, cansaço, irritabilidade, constipação e amenorreia (WEINBERG; CORDÁS, 2006). A aversão por alguns alimentos, especialmente carnes vermelhas, e o baixo apetite desencadeavam em um emagrecimento exagerado.

Segundo Loudon (1998), conhecida por “doença das virgens”, a clorose foi descrita pela primeira vez em 1554 nos registros de Johannes Lange, que acreditava ser esta doença causada por uma “febre amorosa” que se curaria com o casamento, o intercurso sexual e a maternidade (apud WEINBERG, 2006). Por volta da terceira década do século XX, a doença desapareceu completamente dos registros médicos.

Vale ressaltar que, além de pressupor um comportamento provocativo ao ideal burguês, essas meninas tinham em suas leituras educativas a biografia de Santa Catarina de Siena, admirada por seu autocontrole e elevação espiritual (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Santa Catarina de Siena nasceu em 1347 na cidade de Toscana, e, ainda bem pequena, aos sete anos de idade, resolveu dedicar sua virgindade à Virgem Maria, além de decidir nunca mais comer carne (Idem, 2006).

Não demorou muito para que Catarina demonstrasse um rigor ainda maior tanto em sua devoção religiosa quanto em sua restrição alimentar. Dedicava boa parte do seu tempo em orações e ingeria diariamente apenas um molho de ervas e algumas vezes um pedaço de pão, recorrendo aos vômitos sempre que era forçada a comer outro tipo de alimento. Também se submetia a castigos físicos e, para livrar-se de um casamento arranjado, cortou os cabelos muito curtos com o objetivo de se tornar feia (Ibidem, 2006).

O comportamento de Santa Catarina de Siena marcado pelo jejum prolongado, hiperatividade, despotismo e mortificação do corpo foi comparado por alguns autores como comportamentos típicos das anoréxicas atuais (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Weinberg(2005) lembra que Rampling (1985) cita o confessor de Catarina, que afirmou sobre o comportamento alimentar anormal da santa:

(...)Era um grande sofrimento para ela comer, mais do que seria para um faminto ficar sem comida. Ela usava os vômitos como reparação, e como não conseguia vomitar espontaneamente, costumava usar uma fina palha ou outro objeto que podia pôr na sua garganta e provocar vômito. Seu confessor tentou persuadi-la que deixasse essa prática, mas ela continuava assegurando que isso agradava a Deus (RAMPLING, 1985, apud WEINBERG et al, 2005, p.53)

Outras jovens santas e beatas resolveram seguir a mesma trajetória de Santa Catarina de Siena, como Santa Madalena de Pazzi. Santa Madalena nasceu em Florença e antes de completar 20 anos, passou a alimentar-se apenas de pão e água, afirmando ter sido esta uma orientação divina (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

No entanto, uma característica bastante interessante no comportamento alimentar desta jovem, destacam Weinberg e Cordàs (2006), era que, assim como Santa Catarina de Siena, tinha o costume de provocar vômito quando forçada a comer, mas, por vezes, Santa Madalena de Pazzi fora surpreendida comendo rapidamente, às escondidas, grandes quantidades de alimento.

Segundo os relatos da santa (BELL, 1985 apud WEINBERG, 2006), ela era submetida às tentações do diabo todas as vezes que passava pela despensa, quando gavetas e prateleiras se abriam dispendo diante de seus olhos “tesouros culinários”. Para prevenir-se das tentações do diabo, Santa Madalena de Pazzi costumava açoitar o corpo e dormia bem pouco, nua sobre troncos de madeiras.

Weinberg e Cordàs (2002) lembram a semelhança do comportamento bulímico com o das anoréxicas atuais:

"Tentadas" por um grande desejo, as modernas anoréxicas permanecem durante longo tempo paradas em frente a vitrines de confeitarias, "seduzidas" pelas guloseimas. Outras mantêm no quarto, escondidas, caixas de alimentos ou apenas suas embalagens, para que possam admirá-las por um tempo indeterminado. Além disso, o hábito de colecionar livros de receitas, folheá-los constantemente, assistir a programas culinários e cozinhar maravilhosamente as mantêm no limite de "cair em tentação" (WEINBERG; CORDÁS, 2002, p.157)

Santa Rosa de Lima também adotou um modo de vida bastante semelhante ao de Santa Catarina de Siena, sendo considerada, por isso, sua seguidora. Desde



pequena, Santa Rosa apresentava disciplina e interesse pelos trabalhos manuais. Dedicava boa parte do seu tempo no altar, em orações e em afazeres domésticos, afirmam Weinberg e Cordàs (2002).

Segundo Ugarte (1994 apud WEINBERG; CORDÀS, 2006), autor de uma das biografias de Santa Rosa de Lima, a jovem começou a jejuar três vezes por semana, passou a aplicar em si severas penitências e cortou os cabelos para fugir das tentações da vaidade logo após ter lido sobre a vida de Santa Catarina de Siena.

A psiquiatra Rosa Behar (1991 apud WEINBERG et al., 2005) afirma que o comportamento alimentar de Santa Rosa de Lima a enquadraria no diagnóstico atual de anorexia nervosa, embora ela não considere correto classificar a santa de anoréxica, do mesmo jeito que não é possível classificar a anoréxica atual de santa. Segundo Behar, tanto a santa quanto a anoréxica atual compartilham das mesmas características psicopatológicas. Ambas não comem voluntariamente, nunca estão satisfeitas em conseguir seus objetivos, são autocríticas, não se interessam pelos relacionamentos sociais, minimizam as necessidades corporais...

A essas características das santas jejuadoras e das anoréxicas atuais, Weinberg (2005) acrescenta o comportamento imitativo, fazendo menção a Hilde Bruch (1978 apud WEINBERG; CORDÀS, 2006):

Hilde Bruch vincula esse tipo de comportamento, tão característico da anorexia nervosa, a déficits básicos do sentido de si mesmo, da identidade e do funcionamento autônomo. Jovens anoréxicas teriam tido dificuldade, ao longo de sua infância, de manifestarem seus desejos e sentimentos frente a pais que só levaram em conta as suas próprias necessidades. Assim, indivíduos com esse tipo de transtorno agem sempre em resposta à ordem de outros e não fazem nada do que querem. (...) Para Bruch, a magreza da anoréxica não é uma expressão de força e independência, mas uma defesa contra o sentimento de não ter uma personalidade própria, de ser fraca e ineficaz (WEINBERG et al., 2005, p.55)

Bruch (1978 apud WEINBERG; CORDÀS, 2006) chama essas meninas de “*me too*” anoréxicas por terem desenvolvido o transtorno após terem alguma informação sobre ele.

Sendo assim, as conclusões de Weinberg e Cordàs (2006) apontam para o fato de que o transtorno alimentar não seria um fenômeno recente e consideram que o aumento dos casos na atualidade estaria atrelado à maior divulgação da doença, seja através de revistas que divulgam dietas e fazem apologia a “corpos perfeitos”, seja através de depoimentos de jovens com restrição alimentar ou comportamento

purgativos, ou mesmo por meio da internet que já dispõe de páginas dedicadas ao transtorno e ao incentivo de suas práticas.

Sendo assim, os transtornos alimentares são considerados doenças psiquiátricas (BORGES et al., 2006) e entraram para o Manual Estatístico e Diagnóstico de Desordens Mentais (DSM-III) em 1980 (BUSSE; SILVA, 2004). O DSM teve sua quinta edição em 2013. Nele, é possível encontrar capítulos dedicados à classificação diagnóstica dos transtornos mentais, sendo um deles dedicado aos transtornos alimentares.

## 2.1 – Anorexia Nervosa

O DSM-V (CORDIOLI, 2012-2013, p.338-339) estabelece os seguintes critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa:

A - A restrição da ingestão de energia levando a um significativo baixo peso corporal no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. *Significativo baixo peso* é definido como menor do que o minimamente normal ou, para crianças e adolescentes, menor do que minimamente esperado.

B - Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso mesmo com peso inferior.

C - Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na autoavaliação; ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso corporal (CORDIOLI, 2012-2013)

Ainda segundo o DSM, os pacientes com anorexia nervosa podem apresentar dois tipos de comportamento distintos. Por isso, ele faz a classificação em subtipos:

Subtipos: - Restritivo: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo não teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos. Nesse subtipo, a perda de peso é alcançada através de dietas, jejuns e/ou atividades físicas para perder peso. – Compulsivo-Purgativo: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos (vômitos, abuso de laxantes e diuréticos ou enemas).

O nível mínimo de gravidade de peso na anorexia nervosa é baseado, em adultos, no atual índice de massa corporal (IMC), sendo Leve: IMC  $\geq$  17 kg/m<sup>2</sup>, Moderada: IMC 16 a 16,99 kg/m<sup>2</sup>, Grave: IMC 15 a 15,00 kg/m<sup>2</sup> ou Extrema: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup> ou, para crianças e adolescentes, por percentil de IMC. Os valores são baseados na categoria de magreza em adultos da Organização Mundial da Saúde; para crianças e adolescentes, correspondem à como o IMC por percentil deverá ser usado. O nível de gravidade pode ser aumentado para refletir sintomas clínicos, o grau de desabilidade funcional, e a necessidade de supervisão (CORDIOLI, 2012-2013).

O IMC ou Índice de Massa Corporal é o método indicado pela OMS para avaliação do estado nutricional em pessoas adultas e seu cálculo consiste na divisão

do peso em quilograma (kg) pela altura em metros elevada ao quadrado. Embora seja considerado um método simples, rápido e sem custo, ele deve ser usado com certa cautela, já que não está totalmente correlacionado à gordura corporal. É preciso considerar na avaliação as diferenças na composição corporal de pessoas de diferentes sexos, etnias, idades e hábitos esportivos. Uma pessoa sedentária, por exemplo, não pode ser avaliada sob os mesmos critérios de um atleta, visto que o IMC não diferencia massa gordurosa de massa magra. (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016)

## 2.2 - Bulimia Nervosa

Os critérios para o diagnóstico da bulimia nervosa no DSM-V são:

- A - Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes critérios:
  1. Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares;
  2. Um sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come).
- B - Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido; abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou excesso de exercício físico.
- C - A compulsão e o comportamento compensatório inapropriado devem ocorrer, no mínimo, pelo menos uma vez por semana, por 3 meses.
- D - Autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal.
- E - O transtorno não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

O nível de gravidade é baseado na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados, sendo Leve: média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios por semana; Moderado: média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios por semana; Grave: média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana ou Extremo: média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios por semana.

O nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de desabilidade funcional (CORDIOLI, 2012-2013, p.345).

### 3 - OBJETIVOS

Objetivo geral:

\_ Apresentar a docentes esclarecimentos necessários sobre a anorexia e a bulimia nervosas através de um guia informativo que possa auxiliar na construção de um trabalho voltado para a promoção da saúde e o resgate da autoestima.

Objetivos específicos:

\_ Realizar uma pesquisa bibliográfica dos transtornos alimentares, mais especificamente a anorexia e a bulimia nervosas, destacando sua evolução histórica, sintomas e comportamentos favoráveis ao seu desenvolvimento;

\_ Apresentar o conceito de beleza na sociedade contemporânea e descrever o comportamento de jovens e adolescentes diante da pressão dos ideais de beleza estabelecidos culturalmente;

\_ Investigar as principais dúvidas e questionamentos de professores que atuam no ensino fundamental e médio sobre transtornos alimentares;

\_ Buscar contribuições com especialistas e teóricos que atendam às indagações levantadas pelos profissionais de educação;

\_ Avaliar as respostas dos teóricos e especialistas para os questionamentos dos professores e analisar a melhor forma de abordagem do assunto em sala de aula.

\_ Criar um Guia para professores sobre prevenção de transtornos alimentares e promoção de hábitos saudáveis.

#### 4 – METODOLOGIA

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais, no módulo dedicado à saúde,

O ensino de Saúde tem sido um desafio para a Educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças, bem como de um elenco de hábitos de higiene não é o suficiente para que os alunos desenvolvam hábitos de vida saudável (BRASIL, 1998)

É preciso “educar para a saúde” afirmam os Parâmetros Curriculares, por isso, é imprescindível que toda a ação iniciada no dia a dia da escola seja alastrada para além dela, a fim de promover não apenas a formação de cidadãos capazes de agir em prol da própria saúde, mas também preocupados com a coletividade e atuantes na promoção de atitudes que visem o bem-estar comum.

Assim, o curso de pós-graduação em Ensino de Ciências estimulou a possibilidade de pensar no assunto. A escolha do tema “transtornos alimentares” se deu pensando exatamente em questões como essas. Embora se desenrole na esfera da experiência individual também com base em conflitos pessoais, o combate a esses transtornos depende de ações coletivas, uma vez que esse mal decorre de inúmeros fatores, sendo um deles, sem dúvida, o culto à magreza tão comum às sociedades ocidentais contemporâneas.

A ideia de focar na anorexia e bulimia nervosas surgiu da observação do quanto a valorização da magreza e a insatisfação com o corpo circundam diferentes ambientes, inclusive o ambiente escolar. Daí a necessidade de uma abordagem do contexto escolar diante do problema e do papel da escola, sendo ela uma verdadeira aliada quando o assunto é a promoção de ações de prevenção e atenção à saúde.

A primeira parte do presente trabalho tem por tarefa perceber o valor da beleza na sociedade moderna e perceber de que maneira o uso do corpo vem sendo atrelado à expressão da identidade do indivíduo. Verificar, nos textos, as respostas de jovens e adolescentes às forças sociais que querem determinar o que se é e o que se sente através da imagem que se tem. E mais, apresentar a relação existente dentro do ambiente escolar e revelar a forma como os estudantes lidam com as

mudanças de ordem física e psíquica em consonância com o frequente medo da rejeição.

A segunda parte da introdução do trabalho é um estudo dos transtornos alimentares. A evolução histórica e os principais sintomas ou comportamentos favoráveis da anorexia e bulimia nervosa. Além de uma abordagem dos fatores que contribuem para a ocorrência desses transtornos, uma vez que não apenas componentes psicológicos, mas ainda, questões genéticas, biológicas, socioculturais e familiares também podem influenciar no desenvolvimento do Transtorno Alimentar (TA).

A terceira parte consiste num conjunto de indagações e questionamentos propostos por profissionais que atuam na área da educação. O objetivo foi recolher as principais dúvidas desses profissionais em relação aos transtornos alimentares, sua prevenção e tratamento, bem como seus principais receios na abordagem de um possível caso de Transtorno Alimentar dentro do ambiente escolar.

Em seguida, estas indagações foram entregues aos especialistas do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o AMBULIM. Este é referência no tratamento de transtornos alimentares e é coordenado pelo professor Doutor Taki Athanassios Cordàs. As respostas e considerações destes especialistas serviram de base para o conteúdo exposto no “Guia do Professor”, como foi nomeado o material.

Optou-se por dar prioridade à figura do professor e seu papel enquanto formador de opinião, uma vez que o objetivo final era a criação de um material informativo que possa ser usado por esse profissional como facilitador de um trabalho voltado para a prevenção dos transtornos alimentares e na promoção de hábitos saudáveis.

Para o levantamento das dúvidas, algumas professoras que atuam em escolas da Prefeitura do Município de Duque de Caxias, escolhidas dentro do convívio pessoal, foram convidadas a conhecer a proposta do trabalho e ajudar na construção do questionário que foi usado de base para a elaboração do material informativo. O contato com as professoras foi feito por telefone e, em alguns casos, em encontros na Escola Estadual Municipalizada Gustavo Armbrust, no bairro de Olavo Bilac, Duque de Caxias. A referida escola atende alunos da Educação Infantil até o 5º ano de escolaridade e a clientela é oriunda de ruas e comunidades do

entorno. A conversa com as professoras era feita de maneira bastante informal. Não houve nenhuma preparação teórica do assunto para construir suas perguntas, apenas as informações pré-adquiridas em suas experiências pessoais de estudo. A intenção foi não influenciar ou direcionar o conteúdo das perguntas.

Das quatro colaboradoras, as professoras Raquel Reis da Silva e Debora Reis da Silva atuam em turmas do ensino fundamental e médio, a professora Judith de Lima Cortez é orientadora pedagógica e a professora Andreia Morais é formada em Supervisão Escolar e atua também em turmas do ensino fundamental, doravante serão chamadas de P1, P2, P3 e P4, respectivamente.

A proposta foi que cada professora criasse em média 10 perguntas sobre o tema. Porém, algumas perguntas envolvendo definição, sintomas e tratamento apareceram mais de uma vez nos questionários e foram retiradas. Outras que abordavam temas afins foram suprimidas numa única pergunta, pois havia a necessidade de criar um questionário objetivo para direcionar o trabalho dos profissionais de saúde que ficariam encarregados de responder as perguntas. Ao final, o questionário apresentava 24 perguntas.

O NESA (Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente) é um setor do Hospital Universitário Pedro Ernesto, especializado em atendimento ao adolescente, que conta com uma equipe multidisciplinar responsável pelo Programa de Transtornos Alimentares. Por telefone, foi agendada uma conversa com a responsável pelo setor, para que ela pudesse avaliar a proposta do trabalho e expressar se era possível contar com os profissionais do setor e de que forma eles poderiam ajudar. Porém, a psicóloga responsável esclareceu que, para um auxílio mais efetivo, seria necessário formalizar a coorientação de um dos especialistas do NESA. Como o trabalho já se encontrava em andamento e a intenção do projeto era elaborar um material objetivo, de linguagem didática, direcionada ao professor e de fácil acesso, optou-se por não incluir um coorientador e, conseqüentemente, não manter contato com o NESA.

Outros grupos de apoio e tratamento de portadores de transtornos alimentares também foram pesquisados, dentre eles o GOTA (Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares) da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, porém, durante todo o processo da pesquisa bibliográfica, o nome do professor e psiquiatra Táki Athanássios Cordás chamou atenção pela recorrência de citações de seus textos em trabalhos sobre Transtornos Alimentares. O professor Cordás é

coordenador da Assistência Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e também do Programa de Transtornos Alimentares, conhecido como AMBULIM.

Dessa forma, surgiu a ideia de entrar em contato com o AMBULIM. O primeiro contato foi realizado por e-mail. Nele havia informações sobre o tema e os objetivos do trabalho, além da ideia de obter as respostas de especialistas para um questionário formulado por professores. E assim foi feito o convite à equipe de especialistas do AMBULIM. Como resposta, a secretária afirmou que uma das professoras da equipe havia se disponibilizado em ajudar no trabalho, autorizando o repasse de seu e-mail pessoal.

Paula Costa Teixeira é graduada em Educação Física pelo Centro Universitário UniFMU, doutora em Neurociências pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e é pesquisadora colaboradora do AMBULIM. Mesmo com muitas responsabilidades, Paula aceitou colaborar e recebeu por e-mail as perguntas elaboradas pelos professores.

Com a ajuda das nutricionistas Ana Carolina Costa e Alessandra Fabbri, Paula Teixeira respondeu a todas as perguntas enviadas. As respostas foram encaminhadas gradativamente, conforme iam sendo respondidas.

De posse do questionário respondido, a etapa seguinte tratou do confronto entre as respostas dos especialistas com a pesquisa bibliográfica do tema.

O material informativo foi construído a partir desse cruzamento: perguntas dos professores, repostas de especialistas e referências bibliográficas. Daí foram obtidas as definições, os sintomas, curiosidades e locais de tratamento. Além disso, após as reflexões sobre a melhor forma de abordagem sobre o tema, foi elaborada uma proposta de trabalho em sala de aula, apenas para exemplificação dessa abordagem mais adequada.



## 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui foram elencadas todas as 24 perguntas propostas pelos professores convidados e encaminhadas aos especialistas do AMBULIM. Depois de apresentá-las, serão reveladas as respostas dos especialistas a essas perguntas, além de algumas reflexões possíveis a partir da revisão bibliográfica realizada ao longo do trabalho.

- 1 - Quais são os principais distúrbios alimentares?
- 2 - Que consequências podem trazer?
- 3 - Que sinais a escola pode observar como sendo indicativos de distúrbios?
- 4 - Qual é a diferença entre anorexia e bulimia?
- 5 - Crianças na primeira e segunda infância podem ser acometidas por esses distúrbios?
- 6 - Crianças até três anos matriculadas em creche, onde ficam em horário integral e que se recusam a fazer as refeições podem ter um distúrbio alimentar?
- 7 - Fazer dieta pode causar transtornos alimentares?
- 8 - O *bullying* pode ser responsável pela bulimia na escola?
- 9 - Que tipo de abordagem deve ser feita quando o professor desconfia que um aluno é portador de um transtorno alimentar?
- 10 - Um professor falar de saúde e alimentação saudável sem tratar dos transtornos alimentares é suficiente ou é preciso tocar na ferida falando abertamente sobre o tema?
- 11 - Vocês lidam diretamente com adolescentes que desenvolveram esses transtornos. Existe um fio condutor, uma razão comum que conduz ao primeiro passo em direção ao Transtorno Alimentar? A escola pode ter influência no desenvolvimento desses transtornos?

12 - Há algum tempo, li uma entrevista na qual uma psiquiatra dizia basicamente que é preciso ter cautela ao trabalhar temas como a anorexia e a bulimia na escola devido a característica comum em adolescentes de querer chamar a atenção. Segundo a psiquiatra, muitas vezes, ao invés de combater o problema, esses trabalhos podem servir para despertar o interesse ou incentivar a experimentação de práticas favoráveis ao desenvolvimento dos transtornos. Existe essa possibilidade? Qual seria o cuidado essencial para não obter esse resultado inverso?

13 - Existem casos de adolescentes que chegam ao ambulatório encaminhados pela Unidade escolar onde estudam ou a família ainda é a grande denunciadora do problema?

14 - Geralmente o gordinho da sala sofre *bullying*. No entanto, existe um padrão estético difundido nos meios de comunicação que transmite a ideia de equivalência da magreza com o belo. É possível que alunos com quadro de anorexia frequentem as escolas sem serem percebidos ou existem relatos de discriminação também nesses casos?

15 - É mais fácil perceber um adolescente anoréxico ou bulímico?

16 - Não é muito difícil encontrar pessoas, em especial mulheres, que apresentam o costume de provocar vômito sempre que vão a uma festa e acham que exageraram na comida. Quando isso passa a ser considerado um problema? Já podemos dizer que essa pessoa tem comportamento favorável ao desenvolvimento da bulimia? Quando é a hora de procurar ajuda médica?

17 - Existem realmente muitos casos de adolescentes com transtornos alimentares no Brasil? Campanhas de combate a esses transtornos alimentares podem ser consideradas tão importantes quanto aquelas que tratam da obesidade ou ainda não podemos fazer esse tipo de comparação?

18 - Um adolescente desnutrido pode ser chamado anoréxico?

19 - A escola pode encaminhar um aluno direto para um ambulatório especializado em transtornos alimentares ou quem faz esse encaminhamento é o pediatra?

20 - A falta de alguma substância presente no organismo pode contribuir no desenvolvimento de um distúrbio alimentar?

21 - Quais as consequências de uma gravidez combinada a um distúrbio alimentar? A criança pode adquirir uma predisposição a esse distúrbio ainda no útero materno?

22 - Existe um exame clínico que indique o transtorno alimentar? Como é feito o diagnóstico?

23 - Como é o tratamento de uma pessoa com transtorno alimentar? Pessoas com anorexia e bulimia recebem o mesmo tratamento?

24 - A anorexia e a bulimia estão associadas a um distúrbio comportamental. Elas são consideradas transtornos mentais?

Aqui, estão apresentadas as respostas dos especialistas a este questionário. Para facilitar os comentários que buscam estabelecer a relação entre a exposição dos especialistas do AMBULIM e a revisão literária das abordagens, optamos por reunir as perguntas em blocos, não necessariamente na ordem em que aparecem listadas, mas sim por apresentarem assuntos afins.

1 - Quais são os principais distúrbios alimentares?

*Os principais transtornos (o termo distúrbios não é adequado) alimentares são anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar (grifo dos especialistas).*

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais<sup>5</sup> (DSM-V) de 2013 afirma “que os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação presente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial”. Nele, são apresentados critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação e transtorno alimentar restritivo/evitativo presentes principalmente na primeira infância; e aqueles citados pelo AMBULIM: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. O manual explica, ainda, que a obesidade não é considerada um transtorno mental, uma vez que ela pode ser motivada por fatores genéticos,

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>

fisiológicos, comportamentais e ambientais e resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto.

2 - Que consequências podem trazer?

*São muitas as consequências que podem surgir, não há uma regra. Mas alguns sintomas/sinais de alerta são: queda de cabelos, perda ou ganho de peso repentino, negação em comer na frente de outras pessoas, pesagens frequentes, mal estar/indisposições, idas frequentes ao banheiro (especialmente após comer), baixa autoestima, qualidade de vida reduzida, alterações de humor, obsessão por comida, sentimentos de culpa ao comer, dificuldade de concentração, valorização excessiva do corpo e peso em detrimento de outras qualidades e valores pessoais, dentre outros. Lembrando que, se não tratados, esses transtornos podem levar até à morte.*

3 - Que sinais a escola pode observar como sendo indicativos de distúrbios?

*Já está respondida na questão anterior.*

Na pergunta de número 2, os especialistas do AMBULIM apresentam alguns dos principais sintomas que podem ser percebidos por aqueles que convivem com pessoas com os transtornos alimentares anunciados por eles na questão número 1. No entanto, como os próprios especialistas afirmam, as consequências desses transtornos não são poucas. Ainda no DSM-V (2013), é possível encontrar referência a vários outros sintomas como a amenorreia (ausência de menstruação), a bradicardia sinusal (frequência cardíaca muito lenta), a osteopenia (perda precoce de densidade óssea) ou osteoporose (ossos frágeis e suscetíveis a fraturas), dentre outros.

15 - É mais fácil perceber um adolescente anoréxico ou bulímico?

*É difícil perceber ambos. Há relatos de pacientes adultos que desenvolveram Transtorno Alimentar na adolescência e os pais só tomaram ciência na fase adulta, anos mais tarde.*

Perguntas que envolviam a definição e os sintomas dos transtornos alimentares apareceram no questionário das quatro professoras que participaram da pesquisa, o que sugere que o tema ainda é pouco discutido. Embora já tenham escutado falar sobre esses transtornos, os professores informaram que a leitura de

artigos e materiais sobre o assunto não é comum em reuniões e grupos de estudos promovidos no ambiente escolar.

Segundo os especialistas do AMBULIM, é difícil identificar tanto adolescentes anoréxicos quanto bulímicos, No entanto, pessoas com anorexia apresentam como critério necessário para o diagnóstico um “peso significativamente baixo” (DSM-V, 2013), o que poderia ser considerado um sintoma mais visível.

4 - Qual é a diferença entre anorexia e bulimia?

*Para ter anorexia nervosa, o indivíduo tem que ter baixo peso (abaixo de IMC 18,5kg/m<sup>2</sup> para adultos ou segundo classificação de curvas de crescimento para crianças e adolescentes) e fazer restrição alimentar. A restrição alimentar pode se alternar com períodos de compulsão alimentar, que é quando o indivíduo come uma grande quantidade de comida em tempo reduzido e com sensação de perda de controle. Pacientes com anorexia nervosa também podem apresentar purgações, que é tudo aquilo que é feito para compensar uma ingestão alimentar considerada inadequada pelos pacientes: vômitos, uso de laxantes e diuréticos, prática de atividade física para compensar o que comeu. Já na bulimia nervosa o indivíduo não (grifo deles) apresenta baixo peso e precisa ter compulsões e purgações (que já foram descritos).*

Esta afirmação está de acordo com o DSM-V, que classifica a Anorexia Nervosa em dois subtipos: do tipo restritivo, que é caracterizado por perda excessiva de peso conseguida através de dietas, jejuns e exercícios físicos. E a do tipo purgativo, que, além da dieta, é caracterizado por episódios de compulsão, seguido da purgação por intermédio do vômito induzido, uso indevido de laxantes e diuréticos (WEINBERG & CORDÁS, 2006).

É importante entender que apresentar um IMC baixo não significa necessariamente a presença de transtorno alimentar. Como afirma a especialista e encontramos na classificação do transtorno no DSM-V, este quadro deve estar acompanhado de um comportamento abusivo de restrição alimentar.

5 - Crianças na primeira e segunda infância podem ser acometidas por esses distúrbios?

Sim

6 - Crianças até três anos matriculadas em creche, onde ficam em horário integral e que se recusam a fazer as refeições podem ter um distúrbio alimentar?

*Difícil dizer somente com essa informação, mas é pouco provável, pois a idade ainda é pouca. Ainda assim, se a criança se negar a fazer todas as refeições e isso se prolongar, deve ser buscada uma avaliação médica.*

A P3, responsável pelas perguntas de número 5 e 6, relatou a experiência que teve com uma criança na creche onde trabalhou. Segundo a professora, observou-se que a criança, com apenas dois anos de idade, recusava todos os alimentos que eram oferecidos e apresentava um quadro aparente de desnutrição. Logo, a responsável da aluna foi convidada a comparecer na escola e na conversa com a mãe foi descoberto o motivo do comportamento da criança. Seu comportamento era, na verdade, uma reprodução das atitudes dessa mãe dentro de casa, que vivia em restrição alimentar e já havia sido diagnosticada como anoréxica. Segundo a professora, a jovem mãe foi alertada sobre o comportamento imitativo da filha, sendo orientada a buscar a ajuda de um profissional.

No artigo “Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina?”, Weinberg (2002) lembra a comparação que Bruch faz da anoréxica com a lousa em branco e que cabe muito bem neste ponto. Segundo ela, a semelhança da anoréxica com a lousa em branco é o sentimento que ela tem de não possuir uma identidade própria, o sentimento de vazio que a qualquer momento pode ser preenchido com a personalidade de qualquer outra pessoa com quem ela se envolva. Assim, as anoréxicas desenvolvem um comportamento imitativo. Este comportamento está presente tanto entre as santas jejuadoras da idade média quanto nas jovens de hoje, que tomam as *top models* como ideal de magreza .

O relato de P3 demonstra que a criança apenas reproduzia na escola o que era vivenciado em casa. Ainda que de forma inconsciente, aquela mãe, que fazia de tudo para conseguir a magreza que faz com que as mulheres alcancem o padrão estético socialmente aceito, influenciava a filha na recusa pelo alimento.

10 - Um professor falar de saúde e alimentação saudável sem tratar dos transtornos alimentares é suficiente ou é preciso “tocar na ferida” falando abertamente sobre o tema?

*Não é muito interessante falar diretamente sobre o tema, falando sintomas por exemplo, pois os alunos dessa forma podem “aprender” comportamentos inadequados. Ao se falar de alimentação saudável, deve-se usar uma abordagem flexível e sem categorizar os alimentos em “saudáveis” e “proibidos”, enfatizando para o aumento do risco de desenvolver transtornos alimentares quando se faz dieta. É útil na prevenção também desenvolver crítica sobre as mensagens estereotipadas da mídia sobre corpo, comida e peso, lembrando que essas mensagens normalmente não são científicas e as imagens midiáticas normalmente passaram por “correções” de Photoshop. Deve-se tentar promover a satisfação corporal, valorizando e aceitando todos os tipos de corpo, sem críticas ou julgamentos.*

A resposta dos especialistas do AMBULIM encontra respaldo nos estudos de Baranowski e Hetherington (2001, apud WEINBERG; CORDÁS, 2006). Ao testar a eficiência de um programa de prevenção para melhora da autoestima e no comportamento de meninas pré-adolescentes, verificou-se, em seis meses após o programa, resultados bastante eficientes, como uma diminuição da restrição alimentar por meio de dietas e aumento de alimentação saudável.

12 - Há algum tempo, li uma entrevista na qual uma psiquiatra dizia basicamente que é preciso ter cautela ao trabalhar temas como a anorexia e a bulimia na escola devido a característica comum em adolescentes de querer chamar a atenção. Segundo a psiquiatra, muitas vezes, ao invés de combater o problema, esses trabalhos podem servir para despertar o interesse ou incentivar a experimentação de práticas favoráveis ao desenvolvimento dos transtornos. Existe essa possibilidade? Qual seria o cuidado essencial para não obter esse resultado inverso?

*Na questão 10 foi explicitado um pouco sobre essa temática. O cuidado essencial é focar na saúde (salutogênese), no que o adolescente possui de bom. Exemplos: trabalhar a Satisfação corporal e a estima/amor pelo corpo que você possui e não a INsatisfação corporal e a BAIXA autoestima (grifos deles). Explicitar sintomas de Transtorno Alimentar pode desencadear um interesse por mais informações por parte do adolescente e, talvez, trazer a tona a ideia de que ele pode chamar atenção assumindo algum desses sintomas.*

Para Bruch (1978) e Russel (1985), o aumento dos casos de anorexia nervosa na atualidade pode estar associado à maior divulgação desta patologia, principalmente nos relatos que promovem dietas e fazem apologia ao “corpo perfeito”, ou ainda nos sites que consideram este comportamento um “estilo de vida” correto (apud WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Weinberg e Cordás (2006) também lembram que avaliações de programas de prevenção dos transtornos alimentares em escola detectaram que quando o objetivo é informar os jovens sobre os perigos das dietas e a existência dos transtornos, os resultados são, na maioria das vezes, contraproducentes. O contrário acontece quando o programa de prevenção visa à promoção da autoestima e à reflexão crítica dos padrões de beleza e peso veiculados pela mídia.

Este argumento é reforçado pelos especialistas do AMBULIM nas respostas 10 e 12, ao orientarem os professores a desenvolverem um trabalho focado na saúde, na satisfação corporal e na valorização dos diferentes tipos de corpo e alertando que falar abertamente sobre os transtornos pode incentivar práticas inadequadas no comportamento alimentar.

7 - Fazer dieta pode causar transtornos alimentares?

*Sim. Estudos dizem que fazer dieta pode aumentar em 18x o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares.*

Este fato é confirmado por Morgan (2002) quando afirma que a dieta para emagrecer é o fator precipitante mais frequente nos transtornos alimentares e um comportamento muito comum nas sociedades ocidentais, onde predomina o ideal de magreza.

11 - Vocês lidam diretamente com adolescentes que desenvolveram esses transtornos. Existe um fio condutor, uma razão comum que conduz ao primeiro passo em direção ao Transtorno Alimentar? A escola pode ter influência no desenvolvimento desses transtornos?

*É complicado associar o desenvolvimento de um Transtorno Alimentar apenas com um fio condutor. Alguns fatores podem ser determinantes ou até funcionar como um gatilho, por exemplo, fazer uma dieta restritiva. O desencadeamento de um Transtorno Alimentar é um processo silencioso, ou seja, sintomas que nem sempre*



*são aparentes e que estão encobertos (muitas vezes) por anos. E alguns dos sintomas de Transtorno Alimentar são vistos na sociedade ocidental atual como “normais”, isto é, são aceitos, logo não são encarados como um problema. Exemplos: fazer dietas e exercícios para queimar calorias, são comportamentos socialmente aceitos, portanto, podem encobrir o desenvolvimento do Transtorno Alimentar.*

*A etiologia dos Transtornos Alimentares é multifatorial e pode ser dividida didaticamente em três fatores: os predisponentes, os precipitantes e os mantenedores da síndrome. Os fatores predisponentes são aqueles que propiciam o seu aparecimento, como os genéticos, psicológicos (abusos sexuais), familiares (relações tempestuosas) e socioculturais (culto à magreza). Os fatores precipitantes (gatilho) são aqueles que desencadeiam o transtorno, têm-se como exemplos as dietas, a perda dolorosa de alguém querido, um divórcio ou o término de um relacionamento afetivo. Já os exemplos de fatores mantenedores, ou seja, que sustentam a doença seriam as situações familiares conflituosas como a necessidade de algumas mães manterem o controle sobre a vida de seus filhos, a baixa autoestima e os casos de abusos físicos ou sexuais.*

É possível encontrar inúmeros artigos que apontam essa dificuldade em determinar um único motivo para o desenvolvimento do Transtorno Alimentar. No artigo “Perfil Psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico”, o autor reafirma a existência de múltiplos fatores que de alguma forma podem contribuir no surgimento do transtorno: “Acredita-se atualmente que exista uma etiopatogenia multifatorial, com hipóteses 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” (OLIVEIRA e SANTOS, 2006).

16 - Não é muito difícil encontrar pessoas, em especial mulheres, que apresentam o costume de provocar vômito sempre que vão a uma festa e acham que exageraram na comida. Quando isso passa a ser considerado um problema? Já podemos dizer que essa pessoa tem comportamento favorável ao desenvolvimento da bulimia? Quando é a hora de procurar ajuda médica?

*Esse “costume” de exagerar na comida e provocar vômito pode ser considerado normal? Para algumas pessoas, na sociedade atual, sim. Mas, nós profissionais da saúde e da educação não podemos classificar esse comportamento como “normal”. Infelizmente, é um costume que está cada vez mais comum. E há uma diferença entre comum e normal (grifo deles). E é aí que mora o perigo, porque, o hábito inadequado nem sempre é visto como um problema. Um costume como o exemplificado na questão pode ser um gatilho para o desenvolvimento de um Transtorno Alimentar. Sendo assim, a pessoa que tem esse costume já poderia buscar auxílio de um terapeuta nutricional, um nutricionista com especialização em Transtorno Alimentar, que é totalmente diferente de um nutricionista tradicional. O terapeuta nutricional trabalha com o paciente a atitude alimentar, o papel social da comida e não prescreve dietas. É um olhar além dos nutrientes, e sim uma visão global do papel da comida.*

Complementando a resposta dos especialistas do AMBULIM, o diagnóstico de bulimia sofreu mudanças no que diz respeito à frequência da exigência de crises bulímicas e comportamentos compensatórios. No DSM-IV, para receber o diagnóstico de bulimia nervosa eram necessárias duas crises semanais durante três meses, enquanto no DSM-V a exigência caiu para uma vez por semana durante os mesmos três meses (ARAÚJO; NETO, 2014).

17 - Existem realmente muitos casos de adolescentes com transtornos alimentares no Brasil? Campanhas de combate a esses transtornos alimentares podem ser consideradas tão importantes quanto aquelas que tratam da obesidade ou ainda não podemos fazer esse tipo de comparação?

*Estudos mostram que as campanhas são mais efetivas quando unem Transtornos Alimentares e obesidade. A prevenção conjunta aborda a questão “comer transtornado”, que transita por ambos diagnósticos e assim previne a migração entre os dois pólos.*

Segundo o Grupo Especializado em Nutrição, Transtornos Alimentares e Obesidade (GENTA)<sup>6</sup>, formado por nutricionistas e profissionais de educação física, que contam com ampla experiência em tratamento, pesquisa e prevenção de

---

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.genta.com.br/page-367>

transtornos alimentares, obesidade, imagem corporal e comportamento alimentar, o comer transtornado é definido pela Associação Dietética e de Psiquiatria Americana como “todo espectro dos problemas relacionados à alimentação da simples dieta aos transtornos alimentares clínicos”. Aí, estão incluídas as práticas purgativas, compulsões e restrições alimentares. A importância de se manter uma atenção a estes comportamentos é que, além de serem mais frequentes que os quadros de anorexia e bulimia, uma porcentagem considerável de pessoas que os praticam evoluem para um quadro completo de transtorno alimentar, o que confirma a resposta dos especialistas do AMBULIM de que o ideal é fazer campanhas que abordem o “comer transtornado”, evitando assim o transtorno alimentar clínico.

18 - Um adolescente desnutrido pode ser chamado anoréxico?

*Não necessariamente. Desnutrição não tem associação com fobia de gordura, medo mórbido de engordar, problemas com imagem ou insatisfação corporal. Por outro lado, um anoréxico pode estar num estágio de desnutrição.*

No DSM-V, o baixo peso corporal, proveniente da restrição da ingestão de energia, é apontado como um dos critérios para o diagnóstico da anorexia. No entanto, ele é caracterizado pela recusa de alimentos motivada pelo medo excessivo do ganho de peso. Mas embora seja possível afirmar que uma pessoa anoréxica está desnutrida, não é correto relacionar a desnutrição à anorexia. No artigo “Desnutrição: um desafio secular para a nutrição infantil” (MONTE, 2000), a desnutrição infantil é tratada como doença de origem multicausal e complexa, com suas raízes na pobreza. Assim, a falta de nutrientes, em muitos casos, é resultado à baixa disponibilidade de alimentos ou do acesso aos serviços de saúde, não mantendo nenhuma relação com a recusa voluntária de alimentos.

8 - O *bullying* pode ser responsável pela bulimia na escola?

*Um dos fatores ambientais que podem influenciar sim no surgimento dos transtornos alimentares é o padrão de beleza que hoje existe e pressões para alcançá-lo. Ou seja, comentários negativos a respeito de peso e corpo, feitos por colegas, professores e mesmo familiares, podem precipitar o surgimento dessas doenças.*

Segundo Morgan (2002), a etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, envolvendo uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo

complexo para produzir e perpetuar a doença. Dentre estes fatores estão os socioculturais que, em meio a várias outras, incluem questões relacionadas aos padrões de beleza valorizados e aceitos socialmente. Ainda segundo Morgan, o padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social exercem efeito marcante principalmente sobre as mulheres e o reforço social exercido pela família e pelos amigos para se ter o corpo magro relacionam-se a sintomas bulímicos principalmente em adolescentes e adultas jovens.

9 - Que tipo de abordagem deve ser feita quando o professor desconfia que um aluno é portador de um transtorno alimentar?

*Ele deve passar a situação para a coordenação/direção da escola e deve-se marcar uma reunião com os pais para alertá-los e indicar uma avaliação médica, de preferência em algum centro de referência em saúde mental (com psiquiatra).*

Cabe ao profissional de saúde mental o diagnóstico de Transtorno alimentar mediante avaliação dos critérios descritos no DSM-V e no CID-10.

13 - Existem casos de adolescentes que chegam ao ambulatório encaminhados pela Unidade escolar onde estudam ou a família ainda é a grande denunciadora do problema?

*A escola, em geral, possui um psicólogo. O usual é o psicólogo ou o professor abordar o assunto com a família. Desconheço casos em que a escola fez contato direto com unidades de tratamento. O adequado é a escola acionar a família, pois a instituição familiar é a responsável pela saúde da criança. A escola é responsável pela escolarização e auxilia a educação da criança. Atribuir mais essa responsabilidade à escola é “aliviar” a responsabilidade familiar. A escola pode desenvolver ações preventivas por se tratar de um assunto que está em voga, inserido no contexto da sociedade ocidental contemporânea, desenvolvendo, assim, a crítica sobre os ideais surreais de beleza (media literacy).*

Segundo os professores que participaram do questionário, as escolas públicas do Rio de Janeiro não dispõem do cargo de psicólogos. Os alunos que apresentam qualquer dificuldade e aparentam necessitar de acompanhamento psicológico são encaminhados aos postos de saúde da região pela orientação ou

coordenação escolar, que convoca o responsável do aluno e prepara relatório das observações dos professores acerca do comportamento e dificuldades desse aluno.

Sobre essa relação necessária entre a escola e a família, Oliveira (2005) afirma que embora o professor não tenha papel terapêutico em relação à criança e à família, ele é um conhecedor da criança e apoiador da família. Por isso, ele deve possuir habilidades para lidar com as ansiedades da família e partilhar decisões e ações com a mesma.

O grupo de especialistas do AMBULIM propõe ações preventivas promovidas pela escola e cita a expressão *media literacy* que pode ser traduzida por “alfabetização para as mídias”. Trata-se de uma política pública implementada nos Estados Unidos e no Reino Unido que visa desenvolver habilidades para ler e escrever informação audiovisual, apurando a capacidade para questionar, analisar e avaliar a informação<sup>7</sup>. Dessa forma, no contexto da pergunta, é possível entender que a ideia é que a escola proponha uma releitura das mídias, buscando junto aos alunos uma “visão crítica” dos conceitos de beleza apresentados por elas.

14 - Geralmente o “gordinho” da sala sofre *bullying*. No entanto, existe um padrão estético difundido nos meios de comunicação que transmite a ideia de equivalência da magreza com o belo. É possível que alunos com quadro de anorexia frequentem as escolas sem serem percebidos ou existem relatos de discriminação também nesses casos?

*Sim é possível. E as explicações estão supracitadas nas questões anteriores. O obeso já é estigmatizado como fracassado, um ser com falta de força de vontade, preguiçoso e feio. Por isso, a chance de ele buscar tratamento a fim de promover mudanças é muito maior do que um anoréxico, que possui um corpo socialmente bem aceito. E é justamente esse tipo de contestação e debate crítico que a escola pode promover.*

*Os indivíduos muito magros, na fase escolar, também podem ser estigmatizados. Há apelidos tanto para as crianças obesas quanto para as muito magras, para as muito altas ou muito baixas. Enfim, é preciso trabalhar nas escolas a aceitação corporal, a estima e amor próprio a diversidade dos tamanhos corporais e o respeito pelas diferenças.*

---

<sup>7</sup> (<https://midialab.wordpress.com/2008/01/05/o-que-e-media-literacy/>).

19 - A escola pode encaminhar um aluno direto para um ambulatório especializado em transtornos alimentares ou quem faz esse encaminhamento é o pediatra?

*Na questão 13 já foi explicitado um pouco sobre essa temática. O mais adequado é a escola relatar o problema para a família. Se a escola contar com um psicólogo ou médico esses profissionais podem tratar o assunto com a família e indicar uma avaliação minuciosa por um profissional qualificado. É comum o pediatra ser o primeiro a ter contato, mas nem sempre ele está treinado para diagnosticar o problema. O tratamento de Transtornos Alimentares necessita a parceria entre psiquiatra, terapeuta nutricional e psicólogo (individual e familiar, as vezes também).*

As perguntas 14 e 19 apontam para a necessidade de delimitar o compromisso da escola diante do problema. Embora existam vários fatores que podem favorecer o desenvolvimento de um transtorno alimentar (WEINBERG; CORDÁS, 2006), não há dúvidas de que as pressões sociais em relação ao corpo e ao padrão estético considerado aceitável, além do medo da rejeição dentro de um determinado grupo social fazem parte desses fatores (GOLDENBERG, 2007). E, ultimamente, muito se tem discutido sobre a responsabilidade da escola quando o assunto é o combate ao *bullying* e a promoção de programas que incentivem o respeito às diferenças individuais. Segundo Minayo (1999) a escola ideal é aquela que estimula o aluno a pensar, de forma que ele cresça como pessoa e cidadão.

Um segundo ponto importante é compreender que quando o assunto é saúde e alimentação, a escola precisa estar envolvida. É o que diz a Lei Brasileira de Diretrizes e Bases da Educação, lei 9394 de 20 de dezembro de 1996 em seu artigo IV, inciso VIII: “é dever do Estado com a educação pública garantir atendimento ao educando mediante programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (BRASIL, 1996).

Portanto, como afirma os especialistas do AMBULIM, o papel da escola é desenvolver atividades que incentivem a reflexão crítica sobre esses temas, e ao sinal de qualquer comportamento alimentar inadequado, o procedimento correto é comunicar o responsável e orientá-lo a buscar a ajuda de um profissional especializado.

20 - A falta de alguma substância presente no organismo pode contribuir no desenvolvimento de um distúrbio alimentar?

*Não, mas o contrário pode acontecer. O transtorno alimentar pode levar a desnutrição grave (falta de nutrientes) por causa do baixo peso e alimentação inadequada e com o tempo esta desnutrição pode manter o quadro de transtorno alimentar do indivíduo.*

Esta resposta está de acordo com o DSM-V (2013) que aponta para várias anormalidades laboratoriais que podem ser observadas na anorexia e na bulimia nervosas. Na anorexia, dentre outras, são citadas: a leucopenia, a anemia, nível elevado de ureia, a bradicardia sinusal e alterações no hormônio da tireoide. Na bulimia nervosa, o DSM-V cita outras anormalidades laboratoriais como arritmias cardíacas, perda de ácido gástrico e nível sérico de bicarbonato elevado, além de outras.

21 - Quais as consequências de uma gravidez combinada a um distúrbio alimentar? A criança pode adquirir uma predisposição a esse distúrbio ainda no útero materno?

*A gravidez combinada com o Transtorno Alimentar pode colocar em risco a vida da mãe e da criança, e sim ela pode adquirir esta predisposição para o desenvolvimento do Transtorno Alimentar. Sabemos que os fatores genéticos são importantes influências para este aparecimento e se acrescentarmos estes fatores aos fatores ambientais de desnutrição intrauterina aumentamos ainda mais este risco.*

O DSM-V (2013) diz que existe risco maior de anorexia e bulimia nervosas entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno.

No artigo “Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso”, Nery (2002) afirma que não existem muitos estudos nesta área devido à raridade de casos. A anorexia nervosa, segundo Nery, reduz o peso das mulheres para níveis de desnutrição, o que interfere diretamente no ciclo ovulatório, além da diminuição dos hormônios luteinizante e folículo estimulante, comprometendo, conseqüentemente, a maturação folicular. No caso relatado no artigo, não foram abordadas as consequências após o nascimento, mas relata que houve ameaça de abortamento e nascimento prematuro durante a gravidez, além de outras complicações decorrentes da anorexia e a criança nasceu com baixo peso.

22 - Existe um exame clínico que indique o transtorno alimentar? Como é feito o diagnóstico?

*O diagnóstico é com base em anamnese clínica. Em geral, o pediatra ou clínico geral pode sugerir que a família busque ajuda psicológica, por meio de psicoterapia. No entanto, o ideal é consultar um psiquiatra, que é o profissional melhor capacitado para fechar o diagnóstico e, a partir daí, sugerir o tratamento multiprofissional.*

Em “Transtornos alimentares”, Appolinário e Claudino (2000) reforçam a necessidade de um profissional de saúde bem familiarizado com as principais diretrizes clínicas, visto que os transtornos alimentares surgem com grande frequência na infância e na adolescência, sendo assim importante o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada.

23 - Como é o tratamento de uma pessoa com transtorno alimentar? Pessoas com anorexia e bulimia recebem o mesmo tratamento?

*O tratamento multiprofissional é indicado devido a síndrome ser de etiologia multifatorial. No mínimo é necessário psiquiatra, psicólogo (individual e familiar) e um nutricionista especializado em transtornos alimentares, ou seja, um terapeuta nutricional. A equipe também pode ser complementada por enfermeiro, educador físico, terapeuta ocupacional, acompanhante terapêutico. O tratamento é diferenciado para cada diagnóstico.*

A resposta dos especialistas do AMBULIM é confirmada no artigo de Appolinário e Claudino (2000). Nele, os autores também abordam a etiologia multifatorial da anorexia nervosa e afirmam que a base terapêutica é a integração das abordagens médica, psicológica e nutricional. “A equipe multiprofissional é fundamental para o processo terapêutico e os profissionais envolvidos devem trabalhar de forma integrada”, afirmam os autores. Já em relação à bulimia nervosa, os autores relatam que, na maioria das vezes, o tratamento é extra-hospitalar com psicoterapia cognitivo-comportamental, aconselhamento nutricional e o uso de psicofármacos. No entanto, assim como na anorexia nervosa, o tratamento deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional e, em casos de complicações médico-psiquiátricas e ciclos incontidos de compulsão alimentar-vômitos, de abuso de



laxantes, de outras drogas ou qualquer outro comportamento de risco, a internação hospitalar pode ser necessária (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

24 - A anorexia e a bulimia estão associadas a um distúrbio comportamental. Elas são consideradas transtornos mentais?

*Sim, são síndromes classificadas pelos manuais diagnósticos de doenças mentais da Associação Americana de Psiquiatria.*

O DSM lista diferentes categorias de transtornos mentais e os critérios para diagnosticá-los. Os transtornos alimentares aparecem no DSM e, por isso, são considerados transtornos mentais.

No artigo “Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico”, Cordás (2004) afirma que já na segunda metade do século XIX o francês Charles Laségue (1873) descreveu a *anorexie histérique* e que, em 1903, Janet relata o caso Nádia, uma moça de 22 anos, que manifestava vergonha do corpo e desejo constante de emagrecer, quadro que Janet denominou de *anorexie mental*.

Com o presente trabalho foi possível observar que a incidência de jovens com Transtornos Alimentares vem aumentando a cada dia. Não é possível, no entanto, apontar um fator responsável pelo desenvolvimento dessa patologia, pois, segundo especialistas, acredita-se num modelo multifatorial com componentes biológicos, genéticos, psicológicos, familiares e socioculturais. (MORGAN, 2002) O fato é que, independentemente das causas, o corpo adocece.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino de Ciências (1997) dizem que as interações com o meio são responsáveis pela manutenção da integridade do corpo. Dessa forma, a maneira como essas interações se estabelecem, permitindo ou não a realização das necessidades biológicas, afetivas, sociais e culturais fica registrada no corpo, ou seja, o corpo reflete a história de vida do sujeito a tal ponto que a carência nutricional, afetiva e social vai interferir na arquitetura e no funcionamento do corpo.

Uma sociedade cuja cultura tem por hábito enaltecer aspectos estéticos, conferindo à pessoa a responsabilidade pela busca por um corpo ideal e, muitas vezes, inalcançável, torna-se vilã dela mesma. Os estudos e pesquisas de Goldenberg (2007) apontaram para isso ao mostrar o quanto um modelo de beleza física considerado superior aprisiona o tão sonhado “ideal individualista”, principalmente quando ele se confunde com a virtude e o sucesso pessoal, gerando indivíduos ansiosos e inseguros. Insegurança essa já bastante intrínseca à fase da adolescência (VENTURI et al., 2011).

O adolescente já é por si só um ser em construção, em busca de uma identidade. E é por isso que Maurício Knobel (1981) considerou naturalmente aceitáveis seus “desequilíbrios e instabilidades”. Mas esses mesmos desequilíbrios e instabilidades tornarão esse grupo mais vulnerável. Coslin (2009) destacou a tendência grupal e a busca pela uniformidade dos adolescentes. A união de todas essas características apontadas por estudiosos e discutidas ao longo do trabalho com aquela pressão exercida pela sociedade e a necessidade de aceitação configuram as causas socioculturais que podem desencadear, além de outros problemas, os transtornos alimentares.

A ideia de buscar contato com professores e abrir espaço para seus questionamentos e dúvidas sobre os transtornos alimentares confirmou o interesse destes em conhecer melhor o assunto, visto pela receptividade com que receberam a proposta e aceitaram o convite, e permitiu sua análise de maneira objetiva. Através das perguntas feitas pelos professores foi possível concluir que situações afins ao tema ocorrem naturalmente no contexto escolar, principalmente por meio do *bullying* e da supervalorização da magreza, mas também está presente em situações menos comuns mas bastante sérias como no relato da professora que contou a experiência

que teve com uma criança ainda muito pequena que reproduzia o comportamento da mãe, diagnosticada com anorexia.

A participação de profissionais do AMBULIM deu maior sustentabilidade ao trabalho. Ao responder às perguntas dos professores, a equipe do AMBULIM permitiu a aproximação da prática com a teoria. Sendo o AMBULIM o ambiente onde pessoas com transtornos alimentares são cuidadas diariamente por profissionais capacitados que formam um grupo de pesquisa, cujo intuito é encontrar soluções para o tratamento desses transtornos, sua colaboração deve ser considerada de grande valia.

Assim, a análise do estudo bibliográfico e das respostas dos profissionais do AMBULIM às indagações dos professores apontou para uma mesma direção, que deu origem às propostas e sugestões apresentadas no guia do professor.

A pesquisa bibliográfica mostrou que o transtorno alimentar não se trata de um mal recente, provocado apenas pelas exigências de uma sociedade moderna, como muitos pensam. Não dá para ignorar as semelhanças no comportamento de santas e beatas da idade média com as anoréxicas de hoje. Embora as motivações fossem diferentes (WEINBERG, 2005), muitas santas do século XIII, assim como no comportamento anoréxico e bulímico, eram adeptas do jejum prolongado e aderiam ao vômito provocado.

Há uma característica apontada por Weinberg (2005), comum tanto às santas jejuadoras quanto às anoréxicas atuais, também confirmada pelos especialistas do AMBULIM, e muito importante quando o assunto é a prevenção dos transtornos alimentares: o comportamento imitativo.

Não há dúvidas de que a escola não pode se ausentar do compromisso de buscar soluções para auxiliar no enfrentamento desses transtornos. No entanto, ao tratar de saúde, é preciso cautela. Programas de prevenção em transtornos alimentares, aplicados em escolas, com o objetivo de diminuir a restrição alimentar e o abuso de dietas muitas vezes apresentam resultados negativos com o passar do tempo (CARTER et al., 1997 apud WEINBERG e CORDÁS, 2006). Enquanto isso, programas cujo objetivo são promover a autoestima, e a análise crítica em adolescentes no que diz respeito à alimentação e exercícios físicos podem produzir melhores resultados (BARANOWSKI e HETHERINGTON, 2001, apud WEINBERG e CORDÁS, 2006). Conclui-se, então, que a maneira mais correta de combater os transtornos alimentares e preveni-los é falando de saúde.

O “Guia do professor” traz informações e propõe sugestões de como o professor pode auxiliar no combate aos transtornos alimentares da forma mais adequada, isto é, promovendo atitudes que visam à saúde e ao equilíbrio do corpo sem que, para isso, seja necessário a exposição e o destaque de um comportamento considerado inapropriado e perigoso, mas que pode suscitar curiosidade e a reprodução por parte de alguns jovens. Acredita-se que ele poderá ser usado como material de apoio para o professor, em especial o de ciências e Educação Física, que atua na formação de hábitos e atitudes para a manutenção da saúde e do bom funcionamento do corpo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Angela; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de nutrição*. Campinas, v. 16, n.1, p. 117-25, 2003.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. *Transtornos Alimentares*. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2000 (22) supl. II, 28-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3793.pdf>

ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO Francisco Lotufo. *A nova classificação americana para transtornos mentais – o DSM-V*. Revista Terapêutica Brasileira de terapia comportamental e Cognitiva. FMUSP: 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. *Diretrizes Brasileira de Obesidade*, São Paulo: ABESO, 4ª Ed., 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>

BAUDRILLARD, Jean. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70, 1991.

BIRMAN, Joel. A psicopatologia na pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade. In: *Conferência na Instituição La Psychanalyse actuelle*, Paris: 5 de fevereiro de 1998. Disponível em: [http://pt.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n1/a\\_psicopatologia\\_na\\_posmodernidade\\_as\\_alquimias\\_no\\_malestar\\_da\\_atualidade.pdf](http://pt.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n1/a_psicopatologia_na_posmodernidade_as_alquimias_no_malestar_da_atualidade.pdf)

BOHM, Camila Camacho. *Um peso uma medida: o padrão de beleza feminino apresentado por três revistas brasileiras*. São Paulo: 2004. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/fases-da-publicidade/textos/associativa\\_04.pdf](http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/fases-da-publicidade/textos/associativa_04.pdf)

BORGES, Nádia. Juliana Beraldo Goulart; SICCHIERI, Juliana Maria Faccioli; RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa; MARCHINI, Júlio Sérgio; SANTOS, José Ernesto. *Transtornos alimentares – quadro clínico*. Medicina, Ribeirão Preto, 39 (3) 340-8, jul./set. 2006.

BRANCO, Lúcia Maria; HILARIO, Maria Odete Esteves; CINTRA, Isa de Pádua. *Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional*. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário oficial da União, Brasília, DF, 23 de dezembro de 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: Ciências Naturais/ Secretaria de Educação Fundamental- Brasília: MEC/SEF 1998. 138p.

BUCARETCHI, Henriette Abramides. *Anorexia e Bulimia nervosa uma versão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

BUSSE, Salvador de Rosis; SILVA, B. L. *Transtornos alimentares*. In: BUSSE, S. R (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, 2004. Cap. 3, p. 31-99.

CHIPKEVITCH, Eugênio. - O adolescente e o corpo. *Pediatria moderna* 22: 231-237, 1987.

CORDÁS, Táki Athanassios. *Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2004, 31 (4):154-157. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398>.

CORDIOLI, Aristides Volpato (coord.). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.DSM-5*, American Psychiatric Association, Artmed, 5ª edição, 2012-2013.

COSLIN, Pierre G. *Psicologia do adolescente*. São Paulo: Jean Piaget, 2009.

ECO, Umberto. *A história da beleza*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2007.

GOELLNER, Suzana Vilodre. “A produção cultural do corpo”. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Suzana Vilodre. (org.) *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes, 2007, p.28-40.

GOLDENBERG, Miriam (org.). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.

GOLDENBERG, Miriam, & RAMOS, Marcelo Silva. (2007). A civilização das formas: o corpo como valor. In: Miriam Goldenberg (Org.). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca* (pp.19-40). Rio de Janeiro/São Paulo: Record.

KNOBEL, Maurício. “A síndrome da adolescência normal”. In: ABERASTURY, Arminda. *A adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LEAL, Greisse Viero da Silva. *Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo*, 2013. 198f. Tese (Doutorado em Nutrição), Faculdade de saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MATTAR, Denise. *O preço da sedução*. São Paulo: Itaú Cultural, 2004.

MINAYO Maria Cecília de Souza; Assis, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de; NJAINE, Kathie; DESLANDES, Suely Ferreira, SILVA, Cosme Marcelo Furtado P. de; FRAGA, Paulo Cesar Pontes; GOMES, Romeu; ABRAMOVAY, Miriam; WASELFISZ, Júlio Jacobo; MONTEIRO, Maria da Conceição N. (org.). *Fala, galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MIRANDA, Cynthia Mara. *A construção do ideal de beleza feminina nos comerciais de televisão*. I Encontro de História da Mídia da Região Norte Universidade Federal do Tocantins – Palmas – outubro de 2010

MONTE, Cristina Maria G. *Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. Artigo de Revisão. Jornal de Pediatria. Vol.76, supl. 3, 2000.*

MOARES, Vinicius de. Receita de Mulher. In: CÍCERO, Antonio; FERRAZ, Eucanãa. (org.) *Nova Antologia poética*. São Paulo: Companhia de Letras, 1996.

MORGAN Christina Marcondes; VECCHIATTI Ilka Ramalho; NEGRÃO André Brooking. *Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2002, 24:18-23.

MOURA, Neila Camargo de. “Influência da Mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes”. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, 17(1): 113-122, 2010

OLIVEIRA, Marta Kohl de. *Vygostsky aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio histórico*. São Paulo: Scipione, 2005.

OLIVEIRA, Érika Arantes de; SANTOS, Manuel Antônio dos. “Perfil Psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas:A ótica do psicodiagnóstico”. *Simpósio: Transtornos alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas, capítulo VI*, Ribeirão Preto, Jul/set, 39(3), 2006.

PALMEIRA, Clarice Gomes; CARDOSO, Marta Rezende; MAYERHOFFER, Elisa Lima. “Desamparo e melancolia na adolescência contemporânea”. In: CARDOSO, Marta Rezende (org.). *Adolescente*. São Paulo: Editora Escuta, 2011.

POLIVY, Janet; HERMAN, C. Peter. “Diagnosis and Treatment of normal Eating”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1997.

POLTRONIERI, Taiara Scopel; TUSSET, Cintia; GREGOLETTO, Maria Luisa de Oliveira; CREMONESE, Cleber. "Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em mulheres do sul do Brasil". In: *Ciência e saúde*, 2016;9(3):128-134.

QUEIROZ, Renato da Silva; OTTA, Emma. "A beleza em foco: condicionamentos culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal". In: Queiroz, Renato da Silva (org.). *O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza*. 2ª Ed., São Paulo: Senac, 2000.

SAIKALI, Carolina Jabur; SOUBHIA, Camila Saliba; SCALFARO, Bianca Messina; CORDÁS, Táki Athanássios. "Imagem Corporal nos Transtornos Alimentares". In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol.31, nº4, São Paulo, 2004)

TIMERMAN, Fernanda; SANTOS, José Ernesto dos. Critérios Diagnósticos para Transtornos Alimentares de acordo com o DSM-5. APA, 2013. In: [http://manualdecardiologia.com.br/galeria/Atualiza%C3%A7%C3%A3o%207\\_novo.pdf](http://manualdecardiologia.com.br/galeria/Atualiza%C3%A7%C3%A3o%207_novo.pdf)

VENTURI, Camilo; BARBOSA, Mariana; PINHEIRO, Teresa. "Vergonha e Adolescência" In: CARDOSO, Marta Rezende (org.) *Adolescentes*. São Paulo: Editora Escuta, 2011.

WEINBERG, Cybelle & CORDÁS Táki Athanássios. " Santas anoréxicas na história do Ocidente: o caso de Santa Maria Madalena de Pazzi" In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002;24(3): 157-8

WEINBERG, Cybelle; CORDÁS, Táki, Athanássios; MUNOZ, Patrícia Albornoz. "Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina?" In: *Revista de psiquiatria RS*, jan/abr, 2005,27(1):51-56.

WEINBERG, Cybelle; CORDÁS Táki Athanássios. *Do Altar às Passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo: Annablume, 2006.

## REFERÊNCIA DAS IMAGENS DO GUIA

Capa <https://polki.pl/zdrowie/choroby,zniszczyc-siebie-czym-sa-anoreksja-i-bulimia,10414457,artykul.html>

Apresentação - [site.medicina.ufmg.br/inicial/wp-content/uploads/sites/7/2018/02/Dietas-Crédito-Pixabay.jpg](http://site.medicina.ufmg.br/inicial/wp-content/uploads/sites/7/2018/02/Dietas-Crédito-Pixabay.jpg)

Pág. 1 retirada do videoclipe BOGGIE: NOUVEAU PARFUM  
[https://www.youtube.com/watch?v=sZwmo\\_2DOz0](https://www.youtube.com/watch?v=sZwmo_2DOz0)

Pág. 2 [www.todoestudo.com.br/wp-content/uploads/2018/02/ponto-de-interrogacao.jpg](http://www.todoestudo.com.br/wp-content/uploads/2018/02/ponto-de-interrogacao.jpg)



Pág. 3 <https://www.eusemfronteiras.com.br/transtornos-alimentares-quando-comer-se-torna-uma-doenca/>

Pág. 4 <https://hunter1995blog.wordpress.com/2016/03/24/bulimia-nervosa/>

Pág. 5 <https://www.espacokonsenti.com.br/uploads/images/2018/01/transtornos-alimentares-1517177721.png>

Pág. 6 <https://radioaratiba.com.br/wp-content/uploads/2015/12/transtorno-alimentar.jpg>

Pág. 7 <http://www.espacoaprendercpp.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Dificuldade-de-Aprendizagem.jpg>

Pág. 14

<https://snappet.com.br/images/cover/group/7/421489840f5a3a342e703e69f1ea137a.jpg>

Pág. 16 <http://www.belezafeminina.pro.br/wp-content/uploads/2016/10/maquiagem-halloween-basica-e1529516665432.jpg>

Pág. 19 <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/uploads-anchieta-br/wp-content/uploads/sites/7/2018/08/16152759/foto-trabalho-em-grupo-impacta-1-1068x601.jpg>

Pág. 21 <https://br.pinterest.com/pin/677862181389102459/?lp=true>

<https://br.pinterest.com/pin/450571137703816788/>

<https://br.pinterest.com/pin/331085010097591560/>

<https://www.pinterest.ie/pin/556898310149526100/>

<http://tabloideaescmamao.blogspot.com/2013/06/dreadlocks-como-cuidar-dicas-o-cabelo.html>

<https://nadafragil.com.br/como-iniciar-a-carreira-de-modelo/>

<http://unidadenoticias.com.br/2018/11/09/semifinal-do-concurso-beleza-negra-em-ponte-nova/>

<https://www.pinterest.pt/pin/265149496790972638/?lp=true>

<http://tribosurbanasbsb.blogspot.com/2011/01/goticos.html>

<http://www.fashionbubbles.com/historia-da-moda/punks-e-rockers/>

<http://preview.folhavoria.com.br/entretenimento/noticia/2015/01/modelo-plus-size-fecha-contrato-com-agencia-famosa.html>

<https://www.icepop.com/victorias-secrets-models/>

<https://www.facebook.com/cabelocrespocabelolindo/photos/a.254950558001372/255731897923238/?type=1&theater>

<http://agentefoose.blogspot.com/2010/08/produtor-de-filme-de-acao-esta-de-olho.html>

<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/top-baiana-adriana-lima-aparece-em-lista-das-10-mais-bem-pagas-do-mundo/>

<http://gvenny.com/hairstyles-kinky-curly-hair/>

Pág. 21 [https://https://conteudo.imguol.com.br/c/entretenimento/3c/2018/12/07/a-paralisia-cerebral-da-pequena-valentina-8-anos-nao-a-impede-de-se-divertir-1544206723235\\_v2\\_1366x1366pg](https://https://conteudo.imguol.com.br/c/entretenimento/3c/2018/12/07/a-paralisia-cerebral-da-pequena-valentina-8-anos-nao-a-impede-de-se-divertir-1544206723235_v2_1366x1366pg)

<https://i1.wp.com/www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Mamma-Cax4.jpg?resize=1000%2C1250>

Pág. 22 [http://2.bp.blogspot.com/-mOE-mDOn8c4/Tis1Z4uurnI/AAAAAAAAAqU/OhTHBmyWul/s1600/4472543100\\_c6265b0965\\_b.jpg](http://2.bp.blogspot.com/-mOE-mDOn8c4/Tis1Z4uurnI/AAAAAAAAAqU/OhTHBmyWul/s1600/4472543100_c6265b0965_b.jpg)

Pág. 23 <https://www.wattpad.com/story/99222058-mi-familia-mi-decepcci%C3%B3n>

Pág.25 <https://www.owensborohealth.org/services/behavioral-health/suicide-prevention-lifeline/>

Pág. 26 <http://clockworksocialmedia.com/fashion-show-ideas/21088>

Pág. 27 <https://subanavida.com.br/carreira/o-que-e-um-profissional-liberal/>

Pág. 29 <https://br.pinterest.com/pin/839991767969466625/>

Pág. 30 [http://www.brasil247.com/pt/247/revista\\_oasis/147600/M%C3%A3e-estressada-filho-ansioso-Os-fetos-s%C3%A3o-sens%C3%ADveis-e-t%C3%AAmem%C3%B3ria.htm](http://www.brasil247.com/pt/247/revista_oasis/147600/M%C3%A3e-estressada-filho-ansioso-Os-fetos-s%C3%A3o-sens%C3%ADveis-e-t%C3%AAmem%C3%B3ria.htm)