

2

A bulimia nervosa

2.1

Histórico e construção do conceito de bulimia nervosa

Consideramos essencial que haja uma reflexão acerca das crenças que embasam as investigações, dos conceitos que serão abordados, assim como das premissas que estruturam os estudos e o método de pesquisa escolhido. Para isso, é fundamental rever os princípios das ciências humanas e sociais, que passaram a questionar a objetividade do positivismo lógico como método de pesquisa, adotando então o pragmatismo. O positivismo considera que a realidade pode ser vista de forma objetiva, empírica e imutável, enquanto o pragmatismo acredita no conhecimento científico como fruto de uma cultura, com influências históricas e sociais. Segundo a visão pragmática, não é possível reduzir os seres vivos e seus fenômenos a números, posto que, a intersubjetividade transcende a previsibilidade (Condé, 1998; Marcondes, 1992, 2005, 1997/2008).

A importância de estudar a bulimia nervosa a partir de uma visão pragmática é mostrar que ela não possui características universais e objetivas, ou seja, por mais que seja conhecida como uma doença contemporânea, já teve outras representações em outros momentos históricos.

As ideologias presentes na sociedade em determinado momento interferem no que é considerado adequado ou inadequado, normal ou anormal, saudável ou patológico, uma vez que a compreensão de um fenômeno baseia-se sempre no conhecimento histórico do uso da linguagem e de seus significados.

Essa reflexão filosófica é importante para que o pesquisador possa perceber que as escolhas feitas para fundamentar sua pesquisa são algumas das possibilidades viáveis, diante de tantas alternativas que podem ser igualmente válidas. A contextualização é importante para entendermos qual é a contribuição social, histórica e cultural na constituição da bulimia nervosa, compreendendo-a de uma maneira mais completa e integrada.

O conceito de bulimia nervosa surgiu a partir do conceito de anorexia nervosa, após diversas discussões e mudanças, que ocorrem desde o século XII

até os dias de hoje. Nos séculos XII e XIII, apareciam as primeiras construções sobre a anorexia nervosa. Nessa época, a visão religiosa dominante associava o jejum à santidade das mulheres, que tinham que ter disciplina e autocontrole sobre seus impulsos. Catharine de Siena (1347-1380) entrou para o convento por não aceitar o casamento imposto por sua família. Aos 15 anos, consumia apenas pães, vegetais e água e, aos 25 anos, ingeria somente ervas. Aos 30 anos, morreu de inanição, sendo canonizada pela Igreja Católica posteriormente. Ela e outras mulheres foram tomadas como modelos de coragem por conseguirem assumir uma identidade própria e não se submeter ao desejo dos outros (Souza & Santos, 2007; Bucarechi, 2003).

Conhecida como “anorexia sagrada”, essa prática de jejum era valorizada e incentivada neste período histórico, mas, posteriormente, foi vista com ressalvas. Com o advento da Reforma, o clero mudou sua visão sobre as mulheres, acreditando que elas eram uma propensão ao pecado, sendo dotadas de uma moralidade inferior a dos homens. Com isso, iniciou-se o período conhecido como “caça às bruxas”, que interpretava como ruim qualquer hábito diferente do que era consagrado pela Igreja, e os comportamentos femininos passaram a ser vistos sob a ótica do bem e do mal. Essas primeiras construções sobre a anorexia nervosa mostram que o ato do jejum já foi considerado positivo em outro momento histórico.

De acordo com Souza & Santos (2007), o primeiro relato médico de um caso de anorexia nervosa foi em 1691, com Richard Morton. A paciente tinha 17 anos e se recusava a alimentar-se, mostrando-se muito emagrecida, com lanugo ao invés de pêlos pelo corpo, braquicardia, hipotermia, hipotensão e nenhuma disfunção orgânica que justificasse tais sintomas. Morton a diagnosticou com “consunção ou atrofia nervosa”.

Robert Willian e Marcé também descreverem casos de pacientes com características semelhantes às da paciente atendida por Morton, mas foram Gull e Lasègue os considerados descobridores da anorexia nervosa. Em 1874, Willian Withey Gull nomeou a patologia que atribuía à perda de peso a um estado mental mórbido de anorexia nervosa, a qual foi apropriada pela ciência médica e,

posteriormente, pela psiquiatria, por ter sido reconhecida como uma condição psicossomática (Souza & Santos, 2007).

Em 1893, Freud associou a anorexia à histeria, no relato de *Um caso de cura pela hipnose*. Outros quadros semelhantes de sintomas foram nomeados de “anorexia histérica” ou “anorexia mental” e, em 1924, Sante de Sanctis divulgou a hipótese da anorexia corresponder a um quadro psicótico de cunho histérico (Bucaretschi, 2003).

Em 1975, Hilde Bruch descreveu as paciente com anorexia nervosa como psicóticas e observou que a preocupação com a comida era secundária a um autoconceito negativo de meninas, que se sentiam fracas e incapazes para conduzir as suas vidas. Bruch relatou uma necessidade dessas meninas de serem vistas como “boazinhas” e perfeitas para esconderem um sentimento de inutilidade. Além disso, acreditava que este transtorno se originava a partir de um relacionamento disfuncional do bebê com a mãe e considerou que o transtorno fundamental era o de imagem corporal. Em 1989, Russell argumentou que o aumento da incidência dos transtornos alimentares podia representar uma mudança de sintomas escolhidos por alguns indivíduos que, no passado, eram chamados de histéricos (Bucaretschi, 2003).

Em 1708, Blankaart foi o primeiro autor anglo-saxão a descrever o transtorno como um episódio de ingestão alimentar exagerada, seguido de um estado de “fraqueza de espírito”, associando sintomas depressivos à bulimia nervosa. A partir do século XVII a bulimia nervosa foi associada a distúrbios somáticos e, já nos tratados de psiquiatria do século XIX, o comportamento bulímico foi incluído entre as perversões do instinto alimentar.

Em 1903, Pierre Janet a definiu como um sintoma neurótico, com a presença de sensações de incompletude e fraqueza. E, em 1925, Abraham, ao se referir ao impulso que escapava à socialização, falou de “bulimia patológica” e “tendência a perversões orais diversas”. Otto Fenichel, em 1945, a chamou de “toxicomania sem drogas”, ao tratar das neuroses impulsivas e das perversões (Souza & Santos, 2007).

Bucaretschi (2003) relatou que a maioria dos primeiros escritos de bulimia não a consideravam um problema diferenciado. Era confundida com anorexia

associada ao uso de laxante ou vômito, ou a transtornos gastrointestinais. Gerald Russell, em 1979, foi o primeiro a nomear a condição médica da bulimia nervosa, com os seguintes sintomas: intensa e irresistível necessidade de sobre alimentação; uso de laxante ou o vômito para evitar o aumento de peso ligado a essa ingestão; medo exagerado de engordar.

Em 1980, a bulimia nervosa foi incluída no DSM-III, com a condição de que os acessos bulímicos fossem repetidos e que não ocorressem no contexto de uma anorexia nervosa ou de qualquer outro transtorno psíquico reconhecido. Atualmente, a bulimia nervosa é descrita, no DSM-IV (APS, 1994), como episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso; auto avaliação indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo; não ocorre durante episódios de anorexia nervosa.

Com base na análise histórica do conceito de bulimia, os mesmos sintomas e sentimentos podem ser vistos de maneiras diferentes, e até contraditórias, em momentos históricos e contextos socioculturais distintos. Os comportamentos que atualmente são considerados categorias diagnósticas dos transtornos alimentares, como o jejum e o vômito, por exemplo, já foram estimulados em outras épocas, pois eram vistos como meios para se alcançar uma santidade. Os valores mudam de acordo com a história e a ciência dispõe de teorias, que são descartadas quando surgem outras mais coerentes naquele momento.

A contextualização é uma das melhores formas de se compreender os fenômenos e as práticas sociais, mas é importante lembrar que, apesar de hoje em dia a visão pragmática ser a dominante, não se sabe até quando ela prevalecerá, visto que o ser humano é capaz de criar infinitas possibilidades de interpretar o mundo.

2.2

A importância da aparência na sociedade contemporânea

Com a finalidade de estudar a bulimia nervosa no contexto atual, faz-se necessário refletir sobre os comportamentos alimentares e as práticas para perda

de peso, tão estimuladas na sociedade contemporânea, e suas principais características. A visão individualista e a busca constante pelo prazer instantâneo e descartável fazem parte desse dia-a-dia, no qual a globalização e a remoção de barreiras geográficas possibilitam a troca fluente de informações e mercadorias, além da facilidade de locomoção das pessoas. A preocupação acentuada com a aparência faz com que as pessoas se submetam às regras da moda na tentativa incessante de atingir um status e de obter um corpo como o apresentado pela mídia. A cultura pós-moderna incentiva a beleza física, a saúde e a juventude, gerando um desejo de imortalidade.

A distância entre o modelo da revista e o reflexo no espelho também contribui para a dificuldade de integração. Não se trata apenas de conciliar senso de realidade e aspirações narcísicas. O que propõem as fotografias são corpos imaginários, abstratos, intangíveis, e por assim dizer, eternos. Não são submetidos à dor, nem ao envelhecimento, ainda menos à morte. (Augras, 1996, p.44-45)

Nas sociedades contemporâneas, o corpo é tido como objeto e é submetido a cosméticos, medicamentos, dietas rígidas, cirurgias plásticas e exercícios físicos em excesso para se aproximar do ideal de perfeição culturalmente disseminado. Estas rotinas dedicadas ao corpo, aos poucos, começaram a fazer parte do cotidiano da população, sem que esta nem mesmo reflita sobre tais atividades ou as critique, mas apenas as execute de forma automática. Sendo assim, as singularidades são desprezadas e torna-se praticamente inviável ser belo e saudável na vida real.

Fazer regime tornou-se parte de nossa cultura a tal ponto que as mulheres costumam fazê-lo sem levar em conta seu peso real. Passaram a considerar que, qualquer que seja seu peso, o melhor seria pesar menos. (Hirschmann & Munter, 1992, p.13)

A cultura ocidental difunde um ideal de beleza feminina centrado na magreza e alcançá-lo significa ter sucesso, competência, autocontrole e ser sexualmente atraente. Porém, atingir esse objetivo é biologicamente impossível para a maioria das mulheres, as quais se tornam cada vez mais insatisfeitas com seus corpos, recorrendo frequentemente a dietas restritivas e a cirurgias plásticas.

As indústrias de produtos dietéticos e os institutos de estética ajudam a divulgar e vender a ilusão de um corpo ideal, pressionando ainda mais as mulheres a buscá-lo a qualquer custo. Um dado curioso apontado por Pipher (1998) é que, apesar de todo esse esforço feminino, os homens preferem mulheres curvilíneas às muito magras.

Além da frequente insatisfação com o corpo, que cresce ainda mais com a força da mídia, outro fator precipitante para os transtornos alimentares é a dieta, muito divulgada e adotada em países ocidentais, onde predomina o ideal de magreza. Um estudo longitudinal realizado por Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe (1999) mostrou que indivíduos que fizeram dieta por um ano tiveram um risco 18 vezes maior de desenvolver transtornos alimentares do que os que não fizeram.

Um dos principais motivos é que a restrição alimentar, levada adiante de forma radical por algumas pessoas, favorece a perpetuação da anorexia nervosa e pode levar ao surgimento de compulsões alimentares, com ciclos de compulsão/purgação, típicos da bulimia nervosa. Vale ressaltar que a dieta não é capaz, por si só, de causar os transtornos alimentares, pois precisa interagir com outros fatores de risco para que isso aconteça.

(...) os regimes alimentares são uma novidade deste século. Mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem suficientemente gordas, a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso. (Herscovici, 1997, p.23)

É interessante pensar que existe um paradoxo difundido em nossa cultura: critica-se muito o ato de comer, como se fosse um tipo de pecado, mas ao mesmo tempo qualquer acontecimento é celebrado com comida e as crianças são frequentemente premiadas com guloseimas, passando a considerar a comida uma fonte de prazer. Os alimentos com maior teor calórico, considerados “engordativos”, não são bem vistos pela sociedade que, concomitantemente, é induzida pelas campanhas publicitárias a consumi-los, uma vez que são mais abundantes, atraentes, variados e acessíveis.

Com essa supervalorização da comida a nutrição emocional é associada à nutrição física. Segundo Pipher (1998), a maioria das jovens que come compulsivamente tem tendência a cuidar dos outros e utiliza o alimento como uma droga que alivia sua dor emocional. Essa dificuldade em identificar os sentimentos, a compensação de sensações desagradáveis na comida, a rotulação de todas as necessidades como fome contribuem para que um transtorno alimentar se desenvolva, uma vez que a pessoa não entra em contato com o que realmente está sentindo.

O pavor de engordar é muito difundido na sociedade contemporânea, principalmente entre as mulheres. Atualmente, quem é gordo é excluído e sofre preconceitos. Afinal, os obesos são tidos como não atraentes e desprezíveis nessa cultura. Algumas pesquisas confirmam este fato, como é relatado por Pipher (1998, p.268):

Um estudo recente concluiu que 11% dos americanos abortariam um feto se lhes dissessem que o bebê teria tendência à obesidade. As crianças com cerca de cinco anos de idade, quando solicitadas a identificar pessoas de boa aparência, escolhem fotos de pessoas magras. Crianças da escola primária apresentam atitudes mais negativas em relação aos obesos do que aos brigões, deficientes ou crianças de raças diferentes. Os professores subestimam a inteligência dos obesos e superestimam a inteligência dos esbeltos. Os universitários obesos têm menos probabilidade de receber bolsas de estudo.

O crescente número de casos de obesidade, sobrepeso e sedentarismo são tidos como consequência da urbanização, a qual aumenta contraditoriamente a exposição ao ideal de magreza através da mídia, e incentiva mudanças de hábitos alimentares. Além de seu aspecto biológico, o corpo assume um importante papel como uma das diversas formas de manifestação social e cultural. A existência humana parece estar reduzida a uma dimensão superficial da imagem corporal e, talvez por isso, o sujeito seja visto como aquilo que ele consome. Segundo Novaes (2001, p.19-20)

(...) o sujeito busca nos objetos de consumo sua história, devorando-os, sem que jamais se sinta satisfeito (...). Trata-se dessa forma, de comer com a disciplina imposta pela nutricionista e, num segundo momento, anular os efeitos da ingestão, através de rigorosos exercícios físicos. Carregando um sentimento de culpa infalível, fruto das advertências de ambos profissionais, nas quais comer

não deve ser, senão, o ato de alimentar-se, destitui-se, dessa forma, a alimentação de toda a sua dimensão de prazer, fazendo com que o sujeito acredite que deva alimentar-se do olhar que equivale à aprovação social e que, por consequência, legítima e estimula tais práticas na obtenção desse corpo.

A preocupação com o corpo e com a estética é uma característica significativa das sociedades contemporâneas e o seu crescimento está contribuindo para o aumento da incidência dos transtornos alimentares. Os fatores socioculturais, junto às predisposições genéticas e vulnerabilidades biológicas, familiares e psicológicas constituem a etiologia multifatorial destes transtornos.

Stice (2002), ao discutir a influência sociocultural na imagem corporal e nos transtornos alimentares, aponta para alguns fatores muito importantes. Um deles é que a dimensão dos corpos das modelos e atrizes famosas diminuiu nas últimas décadas, sendo que um quarto das modelos apresentadas nas revistas satisfaz o critério de peso para anorexia nervosa, o que não significa que todas elas sofram destes transtornos. Pipher (1998) exemplifica bem esta questão ao mostrar que a garota propaganda da água mineral White Rock media 1,60 m e pesava 63 kg na década de 50 e atualmente ela mede 1,75 m e pesa 50 kg. Stenzel (2006) também se refere a pesquisas relativas à imagem corporal, que apontam para uma crescente insatisfação com o corpo, essencialmente feminina. O maior foco dessa insatisfação parece ser o peso e as medidas corporais, uma vez que o contexto sociocultural atual valoriza cada vez mais essa questão como garantia para um bem-estar.

Outra questão abordada por Stice (2002) é que a mídia enfatiza muito o valor que é dado para pessoas magras e, muitas vezes, trata desse assunto sem considerar as consequências que pode causar. Apesar da intenção não ser esta, pode ensinar diversas maneiras não saudáveis de perder peso. Na televisão, a qualquer hora pode-se assistir a algum programa sobre beleza anunciando um meio de emagrecer e se enquadrar ao ideal proposto. As revistas também estão recorrendo a matérias relacionadas à dieta, cirurgia estética e aos cuidados com a pele, o que, segundo Herscovici (1997), aumentou suas vendas em 70% em quatro anos.

Porém, os leitores não param para refletir que muitas das imagens expostas naquelas revistas são modificadas por programas de computador para que fiquem mais bonitas e atraentes. Os corpos esculturais, em sua maioria, não são reais, já que deles foram tirados as imperfeições, como as celulites, estrias ou qualquer gordura localizada. Mas mesmo sabendo disso, as pessoas continuam buscando ter um corpo como os que aparecem nas revistas ou na televisão.

Outras formas de difusão destes transtornos na mídia é a internet. Esse movimento é chamado de pró-mia e é composto por *websites*, salas de bate-papo, *blogs*, comunidades virtuais e outros espaços na internet, que buscam dar suporte à bulimia nervosa. Foram criados prioritariamente por mulheres jovens e meninas que sofrem desta patologia, com o objetivo de expor um ponto de vista favorável da doença, além de promover a interação entre portadores desse transtorno, através da troca de experiências, dicas, truques, fotos, dentre outros.

Meninas, Emagreci 3 kls desde que comecei o meu *low food*.... e vocês como estão indo? Espero realmente que voces estejam com MUITA MUITA força e Lembrem-se SEMPRE: Não coma.. e se comer VOMITE...pois tudo o que nos nutri nos destroi =D (<http://anamia69.blogspot.com/search?updated-min=2009-01-01T00%3A00%3A00-08%3A00&updated-max=2010-01-01T00%3A00%3A00-08%3A00&max-results=5>)

Os *blogs* são diários virtuais utilizados, nestes casos, como uma forma de desabafo dos sofrimentos causados pela doença e busca de apoio e aprovação. Já os *websites* são páginas na internet, com conteúdos diversos, que servem de vínculos para outras páginas relacionadas e uma lista de acesso a outros destinos na internet (Crumlish, 1997) e têm objetivos mais diretos como, por exemplo, a divulgação de truques de dietas e remédios que ajudariam a emagrecer, fotos de mulheres excessivamente magras utilizadas como metas a serem alcançadas, mensagens de incentivo, dietas, tabelas de calorias e gasto calórico, cálculo do índice de massa corporal (IMC), endereços de sites de dietas e de tratamentos estéticos e métodos para esconder dos pais que sofrem de um transtorno alimentar. Recorrentemente encontram-se também descrições de técnicas para vomitar (miar, como referidos pelas usuárias) com mais facilidade ou para vomitar sem que os outros percebam.

Ontem pela primeira vez na minha vida eu TIVE que miar em local público. Eu tava fazendo um LF sensacional: 1o dia: Água e 1 pedaço de melancia. 2o dia: Água, um pedaço de queijo e uma banana. 3o dia: Almoço de família. Arroz à pemontese, salada ceaser, sorvete de bombom. Miei tudo pra fora, óbvio. Eu tava tentando evitar, mas as perssoas me forçam a comer >.< O que salva na minha vida, é que pela primeira vez eu tenho alguém que respeita a mia. Não por que ele nao se importa, mas pq ele sabe como me faz mal as pessoas me obrigarem a comer. Correndo o risco de soar clichê, acho até que estou apaixonada. Não é como o A. que ameaçava se mutilar toda vez que eu tava de LF, e de fato o fazia. (<http://anamiabailarina.blogspot.com/>)

A troca de informações para obtenção, mesmo sem receita médica, de medicamentos que ajudariam a perder peso e até mesmo a venda de remédios feita por integrantes das comunidades é muito comum. Em alguns desses *websites* encontram-se sessões em que se personificam a doença, incluindo orações e cartas da mia (bulimia). Nelas, as pessoas que padecem de um transtorno alimentar são humilhadas, instruídas a entregar sua responsabilidade ao comando de uma entidade inexistente, que passa a ter poder sobre toda vida destas pessoas.

Carta da Mia

Olá. Meu nome, querida; é Bulimia. Mas para nos tornarmos mais íntimas, pode me chamar de `Mia`. Eu serei sua amiga de emergência, aquela que nas horas que o cinto apertar , poderá contar comigo.

Quase sempre acompanhada junto à nossa querida amiga Anna, e assim nós seremos poderosas, Nós moderamos vc ao nosso gosto, e assim vai conhecer o caminho da perfeição, às vezes ficarei com ciúme da atenção que vc dará à Anna, mas sei que quando a trai é a mim que você recorrerá, após suas terríveis compulsões.

Quando comer mais que uma baleia, e sentir-se enorme,sou eu que lhe ajudarei curvando seu corpo à pia, ou ao vaso sanitário, fazendo com muita força; forçando sua garganta para que toda aquela comida nojenta saia descarga abaixo, e assim vc se sentirá limpinha, renovada e um belo estômago de pena.

Porque vc não pode por tudo a perder... Porque Ana e eu controlamos sua mente para que chegues à perfeição.

Isso garota, curve-se perante mim e use seus dedos, sua escova de dente ou até mesmo um pedaço de pau, deixe tudo sair até a última gota,quero sangue saindo de sua garganta e estômago.Não chore, é assim mesmo o caminho da perfeição.É doloroso.Agora levante-se sente-se um pouco, relaxe. Veja como você se sente bem melhor, não é mesmo?

Está tudo limpo em você, agora sim, boa garota... Sabia que ia compreender o que se passa.

Vc está indo no caminho certo. Ainda falta muito e por isso trate de se empenhar...

Estou aqui para o que der e vier qualquer coisa é só me chamar. Abraços, Mia. (<http://charlottestonem.blogspot.com/>)

Os grandes provedores da internet, insatisfeitos com os conteúdos que faziam apologia aos transtornos alimentares, presentes nesses *blogs* e *sites*, engajaram-se na tentativa de tirá-los da rede. Com isso, muitos *websites* pró-ana (ana = anorexia) e pró-mia (mia = bulimia), que violavam o contrato feito com os usuários, foram retirados automaticamente da rede. Porém, apesar desta medida advinda dos provedores e órgãos de fiscalização da internet, os criadores do movimento em questão encontram maneiras diversas de permanecer na rede, como por exemplo, mudando seus nomes ou trocando de provedor.

Este movimento utiliza-se de um meio de comunicação onde existe a possibilidade de todos os seus integrantes permanecerem anônimos, porém sem deixar de experimentar o sentimento de pertencer, de não ser um estranho e de encontrar pessoas que tenham o mesmo tipo de vida, o mesmo tipo de interesse ou o mesmo tipo de problema. Esse sentimento tem se mostrado importante para os membros e os simpatizantes do movimento, visto que lhes oferece segurança e apoio, além de servir como uma fonte de informação e aprendizado. A diversidade de sentimentos, expressos em relação a esta patologia, corresponde aos diferentes estágios da doença em que se encontra cada um dos usuários.

A partir de uma observação mais atenta, percebe-se que a apologia ao transtorno alimentar encontra-se como pano de fundo para intenção real do movimento, que parece ser a necessidade de pertencer a um grupo, de se sentir valorizado, compreendido e principalmente de poder se expressar sem ser repreendido.

O sentimento de baixa autoestima, citado na literatura (Azevedo & Abuchaim 1998; Herscovici & Bay, 1997), é facilmente percebido nos *websites* e *blogs* pró-mia, o que aumenta o questionamento a respeito da real utilidade desses espaços pelas pacientes que possuem o diagnóstico de bulimia nervosa. A necessidade de um lugar para expor seus sentimentos, de pertencer a um grupo e a dependência recíproca que se estabelece entre elas, demonstra a fragilidade psíquica oriunda da doença. Participar dessas comunidades pode ser uma forma de pedir ajuda e, às vezes, a única forma possível no momento.

Esta compreensão é um dos pontos considerados cruciais para se entender esse fenômeno. As pacientes com o diagnóstico de bulimia nervosa costumam ter

uma autoestima baixa e se envergonhar muito de seu comportamento alimentar. Sendo assim, diante de um grupo de pessoas com comportamento similar e que vivenciam os mesmos sentimentos autodepreciativos após a ingestão compulsiva de alimentos, é natural que haja cumplicidade. O surgimento de uma rede onde seus sentimentos possam ser expostos, sem o medo da repressão vivenciada nas outras formas de relação, é uma consequência desta cumplicidade.

Esta cadeia de “diários compartilhados” entre essas pacientes parece ter como finalidade estabelecer laços de cumplicidade, utilizando o relato virtual para amenizar os sentimentos de inadequação e vergonha, oriundos dos sintomas bulímicos e assim, minimizar a dor gerada pela auto avaliação negativa e pelo medo mórbido de engordar. Porém, funcionam também como reforçadores dos comportamentos bulímicos, dos ciclos bulimia-purgação e, principalmente, de um ideal de magreza extrema.

Desculpa meninas pela demora... é que eu estava muito sumida de tudo e estava tentando ver o que tava acontecendo comigo. meu estomago ta completamente f...
 > <
 _
 minha garganta possui feridas monstros.. mas meu corpo...bem ele esta mudando
 \o
 ontem comprei uma saia linda *-*
 ee sabe o que foi melhor?
 ela entrou de primeira ♥
 neem precisay passar péla humilhação 'moça pode trocar..que naum entrou';~
 nossa foi tão bom pela primeira vez eu entrar numa loja..gostar de algo e ja poder sair com dela com o que gostay..
 eenfim estou com 77 kls. pra quem começou com 83 neh...ate que esta bom..
 maas a minha meta é 55 e eu sei que chego la *-*
 e voces como estão? força sempre ♥ (<http://www.anamia69.blogspot.com/>)

Vale ressaltar que quase todos os *websites* contêm avisos referentes aos conteúdos pró-ana e pró-mia e aos riscos e consequências, provenientes da doença. Esses avisos visam abster seus criadores da responsabilidade da propagação dos transtornos alimentares e afastar aqueles que buscam esses *websites* com objetivo de criticá-los.

As fotos de modelos excessivamente magras ilustram a maioria desses *websites e blogs*, e são utilizadas como metas ou inspirações, reforçando um ideal de magreza já tão explorado pelas outras formas de mídia. Páginas com fotos de

celebridades e modelos que tiveram ou têm anorexia ou bulimia também são comuns. A expressão *thinspiration* (*thin* = magra; *inspiration* = inspiração) é usada para referir-se a essas fotos.

Uma estratégia muito conhecida entre as pró-mia e pró-ana é chamada *no food* (NF), que na verdade é um sinônimo de jejum. É incentivado por meio de competições de perda de peso, ou seja, um grupo determina um número de dias em que se submeterá ao jejum e, no final deste período, vence quem perde mais peso. No decorrer da competição, os participantes incentivam-se mutuamente, reforçando a crença de que sem comer todos saem ganhando. O *low food* (LF) é conhecido como a versão moderada do NF, pois permite a ingestão controlada de comidas mais leves, como frutas, vegetais, chá e água.

Mas tbm hoje fiz uma asneira abusei na comida e devo tar comido ate 450calorias mas as 15h comecei nf e so volto a comer amanha ao jantar e vou comer super pouco ao seja vou fazer 1dia e algumas horas de nf, espero conseguir mas amanha se der passo por aqui e digo se sempre consegui. Força a tds. Bjs (<http://anamiforever.blogspot.com/>)

Porém, como dito anteriormente, as dietas restritivas e os jejuns podem ser desencadeadores de compulsão alimentar, o que faz com que esses comportamentos indiretamente contribuam para a manutenção do transtorno alimentar. Além de considerados uma apologia aos transtornos alimentares, estes *blogs* e *websites* também são uma possível influência sociocultural, que favorece o surgimento destes transtornos.

2.3

Etiologia dos transtornos alimentares

Além dos fatores socioculturais, os transtornos alimentares possuem uma etiologia multifatorial, com predisposições genéticas e vulnerabilidades biológicas, familiares e psicológicas. A interação resultante destas pode produzir a doença e ajudar a perpetuá-la (Herscovici, 1997; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Nunes et al., 2006).

Segundo Morgan, Vecchiatti & Negrão (2002), os fatores predisponentes são aqueles que aumentam as chances do aparecimento dos transtornos alimentares, que incluem: a comorbidade com outras doenças psiquiátricas; a história de transtornos psiquiátricos na família; os padrões de interação presentes no ambiente familiar; o contexto sociocultural, caracterizado pela valorização excessiva do corpo magro; as disfunções do metabolismo das monoaminas centrais; os traços da personalidade; o risco para o desenvolvimento da obesidade e a realização de uma dieta restritiva.

Ainda de acordo com esses autores, os fatores precipitantes, os quais marcam o aparecimento dos sintomas dos transtornos alimentares, são basicamente dois: dieta e eventos estressores. Os fatores mantenedores da doença, por sua vez, são os que determinam se o transtorno vai se perpetuar ou não, e muitas vezes diferem dos que foram responsáveis pelo seu início. Incluem as alterações fisiológicas e psicológicas causadas pela desnutrição e pelos episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a manter o transtorno. Além disso, fatores psicológicos, interpessoais e culturais também influenciam na manutenção da doença. Em relação à transmissão da doença dentro das famílias, alguns estudos enfatizam a participação de fatores ambientais, além dos genéticos. Essa discussão será melhor desenvolvida no próximo capítulo.

A distorção da imagem corporal, segundo Stenzel (2006), pode ser considerada um fator predisponente ou mantenedor de um transtorno alimentar. A imagem corporal é a concepção interna e subjetiva sobre o corpo, uma experiência psicológica multifacetada, que inclui autopercepção corporal, atitudes, crenças ou sentimentos relativos ao corpo. De acordo com a autora, muitas mulheres vivenciam uma discrepância entre o corpo real e o ideal, divulgado pela mídia. Essa discrepância contribui para que surja um sentimento de vergonha em relação ao corpo, mesmo quando a pessoa não apresenta um sobrepeso. Essa insatisfação se agrava nos quadros de transtorno alimentar. A distorção da imagem corporal é mais grave nos casos de anorexia nervosa, porém, as pacientes com bulimia nervosa demonstram uma maior insatisfação com o seu corpo do que as paciente com anorexia nervosa. A experiência subjetiva em relação ao corpo pode variar muito ao longo do curso da doença e do tratamento.

Com isso, pode-se concluir que diferentes fatores contribuem para o surgimento e manutenção dos transtornos alimentares. Estes são definidos como desvios do comportamento alimentar, que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Têm um alto índice de mortalidade e de comorbidade e atingem cada vez mais diferentes culturas e grupos sociais. Atualmente, um dos principais transtornos alimentares é a bulimia nervosa, que é o foco desta pesquisa.

2.4

Critérios diagnósticos da bulimia nervosa

O termo bulimia, segundo Nunes, Appolinário, Galvão e Coutinho (2006), deriva do grego *bous* (boi) e *limos* (fome), referindo-se assim a uma fome tão grande que seria possível que um homem comesse um boi. A bulimia nervosa caracteriza-se, segundo a DSM-IV (APS, 1994), por um estado patológico de voracidade e consiste em compulsões alimentares periódicas e métodos compensatórios inadequados, que ocorrem pelo menos duas vezes na semana por três meses, com o objetivo de evitar o ganho de peso. Além disso, a auto avaliação desses pacientes é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo. Se a perturbação ocorre durante episódios de anorexia nervosa, o diagnóstico de bulimia nervosa não pode ser dado.

Os episódios bulímicos são definidos pela ingestão, em um período limitado de tempo (até aproximadamente duas horas), de uma quantidade de alimento muito maior do que a maioria dos indivíduos consumiria em circunstâncias similares, com uma reconhecida falta de controle. O comportamento de comer pequenas quantidades de comida ao longo do dia inteiro não é considerado uma compulsão alimentar.

Devido à vergonha que esses pacientes têm de seus problemas alimentares, na maioria das vezes, o consumo dos alimentos é muito rápido, ocorre no fim do dia ou à noite e costuma acontecer em segredo, embora muitas vezes os rastros sejam deixados pela casa. De acordo com a DSM-IV (APS, 1994), as compulsões alimentares podem ou não ser planejadas com antecedência, mas geralmente são

desencadeadas por estados de humor disfóricos, estressores interpessoais, intensa fome após restrição por dietas, ou sentimentos relacionados a peso, forma do corpo e alimentos. Sendo assim, a dificuldade para interrompê-la se torna grande e muitos pacientes só param de comer ao se sentirem desconfortáveis e repletos, ou até mesmo quando passam mal ou ficam enjoados.

Após a compulsão, os sentimentos mais presentes são de tristeza, raiva, vergonha e culpa. Muitas vezes, os métodos compensatórios são adotados como tentativas para aliviar tais sentimentos. O uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados, com o objetivo de prevenir o aumento de peso e compensar a compulsão periódica, é um critério essencial no diagnóstico da bulimia nervosa. A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica, sendo utilizada por 90 a 95% dos pacientes, que se apropriam de diversas estratégias para provocá-lo (Claudino & Zanella, 2005).

Os pacientes bulímicos, para compensar o comer compulsivo, também podem fazer uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas, jejuns ou exercícios físicos de forma exagerada. De acordo com a DSM-IV (APS, 1994), os exercícios são considerados excessivos quando prejudicam e/ou interferem na vida ou quando ocorrem em contextos ou momentos inadequados. Outro possível, porém raro, comportamento compensatório usado é o consumo dos hormônios da tireoide, na tentativa de prevenir o aumento de peso. Os indivíduos com diagnóstico de diabetes melito e bulimia nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina para interferir no metabolismo dos alimentos consumidos durante a compulsão.

Diferente do que acontece na anorexia nervosa, o peso corporal não é um critério diagnóstico para a bulimia nervosa. A maioria dessas pacientes tem um peso adequado para sua idade e altura, ou até mesmo um sobrepeso, mesmo que deseje se manter próxima aos limites inferiores dos padrões de normalidade (APS, 1994; Bucroyd, 2000).

As tendências à obesidade e a fazer dietas são significativas no desenvolvimento da bulimia nervosa, pois os indivíduos com este transtorno são mais pesados, sendo assim, mais sensíveis à sua aparência física e mais propensos

a começar uma dieta. Além disso, a restrição alimentar de uma dieta pode gerar episódios de compulsão alimentar que, nesses casos, são seguidos de métodos compensatórios, o que caracteriza os chamados “ciclos jejum-gula”.

A taxa de ocorrência da bulimia nervosa, segundo a DSM-IV (APS, 1994), é de 90% em mulheres, geralmente no final da adolescência ou início da vida adulta. A prevalência entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de 1-3% aproximadamente. A incidência no sexo masculino, porém, vem aumentando, sendo que de forma mais tardia, entre 20 e 25 anos, e com mais antecedentes de obesidade. O curso da bulimia nervosa pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternados com outros de compulsões alimentares. Assim como na anorexia nervosa, algumas profissões parecem apresentar maior risco, como é o caso de manequins, jôqueis, atletas e pessoas ligadas à moda, por exemplo, onde o rigor com o controle do peso é maior do que na população geral.

A DSM-IV (APS, 1994) classifica a bulimia nervosa em dois subtipos. Um deles é o purgativo, caracterizado quando o indivíduo utiliza regularmente métodos purgativos como a autoindução de vômitos ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual do transtorno. O outro tipo é o sem purgação, classificado desta forma quando a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não utiliza regularmente métodos purgativos durante o episódio atual.

A CID-10 (OMS, 1993), por sua vez, não classifica a bulimia nervosa nesses dois subtipos, mas aponta para uma possível negligência no tratamento de pacientes diabéticos que apresentam um quadro de bulimia. Porém, de uma maneira geral, descreve a bulimia nervosa de forma bem similar a DSM-IV (APS, 1994).

A DSM-IV (APS, 1994) aponta outros transtornos associados à bulimia nervosa, tais como: sintomas depressivos (por exemplo, baixa autoestima); transtornos do humor (particularmente transtorno distímico e transtorno depressivo maior); sintomas de ansiedade (por exemplo, medo de situações sociais) ou transtornos de ansiedade. Esses distúrbios do humor e de ansiedade comumente apresentam remissão após o tratamento efetivo da bulimia nervosa.

Alguns transtornos de personalidade (principalmente o transtorno de personalidade borderline) são comuns em 30 a 50% dos pacientes. Além desses transtornos, o abuso ou dependência de substâncias, em especial álcool e estimulantes, acomete muitos pacientes bulímicos, que frequentemente iniciam esse uso na tentativa de controlar o apetite e o peso. Le Grande & Lock (2009) também acrescentaram a essas morbidades psiquiátricas, a autoestima reduzida, maior ideação suicida e a possível relação entre abuso sexual e físico ao comportamento de compulsão e purgação desses pacientes.

Para Buckroyd (2000), as palavras-chave das pacientes com bulimia nervosa são necessidade e controle, uma vez que se descrevem como tendo um “lado bom”, que geralmente é disciplinado para ter poucas necessidades e sentimentos controlados, e um “lado ruim”, que é cheio de necessidades e sentimentos avassaladores. Para elas, seus instintos são como monstros incontroláveis de gula e que precisam ser punidos e reprimidos na maior parte do tempo.

As consequências físicas da bulimia nervosa, conforme a DSM-IV (APS, 1994), são as mais variadas: anormalidades hidroeletrólíticas causadas pelo vômito; acidose metabólica decorrente da indução de diarreia pelo abuso de laxantes; perda permanente do esmalte dentário e cáries; glândulas salivares hipertróficas – principalmente as parótidas; calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão por conta de estímulos manuais para indução do vômito; irregularidades menstruais ou amenorreia; possíveis rupturas do esôfago, rupturas gástricas e arritmias cardíacas; dentre outras. As questões emocionais, por sua vez, serão abordadas no próximo capítulo.

2.5

Os aspectos emocionais e psicológicos da bulimia nervosa

Um transtorno alimentar não é apenas um problema vinculado à comida ou ao peso, mas deve-se, em grande medida, a uma tentativa desviada de responder a dificuldades ou conflitos de diferentes ordens. (Herscovici, 1997, p.59)

Herscovici (1997) descreve algumas características comuns aos pacientes com transtornos alimentares. A primeira delas é a alexitimia, ou seja, a dificuldade de discernir e expressar emoções, o que, muitas vezes, reflete na falta de identificação se o que sentem é fome ou não. A segunda é a baixa autoestima, já que são pessoas mais inseguras, que não acreditam no seu valor, necessitando de aprovação externa e se submetendo mais facilmente às regras da moda. A terceira característica é a dificuldade nos processos de separação-individuação, que pode estar vinculada à maneira como a família reagiu à diferenciação e autonomia de seus membros. A quarta característica é o transtorno da imagem corporal, que é a forma distorcida com que esses pacientes veem e lidam com os seus corpos. A quinta diz respeito aos conflitos com a sexualidade que, segundo a autora, tem uma relação direta com os transtornos alimentares, como por exemplo as pacientes com bulimia nervosa que conseguem controlar sua conduta alimentar, descontrolam-se sexualmente e os obesos perdem o interesse sexual conforme o seu peso aumenta.

A sexta característica descrita por Herscovici (1997) é a relacionada ao transtorno do pensamento, que é a forma como as pessoas associam crenças equivocadas a situações específicas e se comportam a partir disso. Os tipos de pensamentos mais comuns nessas pacientes são: os pensamentos dicotômicos ou “tudo ou nada”, ou seja, pensar tudo de uma forma extrema e radical; os pensamentos catastróficos; a abstração seletiva, que se refere a valorizar mais os riscos e inconveniências de uma situação e ignorar os aspectos positivos; a magnificação, que é o exagero de possíveis consequências negativas; o absolutismo, que se refere às normas que organizam seus comportamentos; e as ideias de auto referência, que levam à atribuição errônea de significados pessoais a certos acontecimentos. Esses pensamentos contribuem para que as pacientes

com transtornos alimentares tomem decisões equivocadas e tenham seus relacionamentos prejudicados.

Herscovici (1997) aponta como a sétima característica a impulsividade, que é a forma de agir sem pensar nas consequências. A oitava característica é a obsessividade, que gera pensamentos recorrentes a respeito de um mesmo tema e dificuldades em solucioná-lo. A nona e última característica descrita pela autora é a compulsividade, ou seja, a tendência a realizar atos impulsivos, que geralmente são indesejados ou temidos.

A autora descreve os quadros de cada transtorno alimentar e, ao abordar a bulimia nervosa, reconhece alguns sintomas e traços de personalidade comuns, como por exemplo, a depressão, o abuso de substâncias químicas, impulsividade, auto recriminação, automutilação, ansiedade, dificuldade para tolerar tensões internas, baixa autoestima, instabilidade afetiva, baixa tolerância à frustração, dificuldade no funcionamento social e suscetibilidade nos vínculos.

Herscovici (1997) complementa sua teoria a respeito dos transtornos alimentares ressaltando que estes são respostas a desajustes internos e que têm uma função protetora de alguma situação temida. Essa interpretação é confirmada e mais aprofundada posteriormente por outros autores, que serão abordados no próximo capítulo.

Para Buckroyd (2000), a anorexia e a bulimia têm um caráter funcional na vida das pessoas, ou seja, têm a intenção de realizar algo além de emagrecer. Essa outra função é difícil de ser descoberta e admitida pelas pacientes, que só relatam querer emagrecer a qualquer custo. De acordo com a mesma autora, os transtornos alimentares não têm a ver somente com comida ou com o desejo de emagrecer. A obsessão é muito significativa nesses quadros, tanto que os pensamentos geralmente são voltados apenas para o corpo, para as calorias e para o peso, prejudicando os outros aspectos da vida, como os estudos, trabalho ou a convivência social.

Com isso, a autora conclui que talvez essa obsessão pelo corpo ideal, que preocupa tanto essas pacientes, possa ter a função de um mecanismo de defesa. Ao não conseguir entrar em contato com alguma situação complicada ou com algum sentimento negativo, a pessoa se distrai com o sintoma, ou seja, concentra

sua atenção em seu corpo ou em calorias da comida. Nesse caso, o transtorno alimentar seria uma forma de protelar as ansiedades escondidas e lidar com pensamentos, sentimentos e lembranças difíceis.

Muitas pacientes associam o início de seu transtorno alimentar a um trauma, como a perda ou a doença de um parente, um acidente, abuso sexual, término de relacionamento, dentre outros. Porém, isso não é uma regra e nem todas conseguem identificar o que as levou a desenvolver esse transtorno, ou até mesmo negam que haja essa coincidência. É importante lembrar que a etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, ou seja, é resultado da interação de diversos fatores.

Abuchaim (2002) têm uma visão bem parecida com a de Buckroyd (2000) em relação aos aspectos psicológicos dos transtornos alimentares. Para esses autores, os sintomas alimentares têm uma função de defesa contra afetos intoleráveis, uma vez que esses pacientes têm dificuldades em vivenciar sentimentos intensos, tanto positivos como negativos. Sendo assim, os sintomas podem ser uma forma de expressar raiva, solidão, rejeição ou desespero.

Ainda de acordo com Abuchaim (2002), mesmo as consequências dos transtornos alimentares sendo autodestrutivas, a natureza é autopreservadora, pois os sintomas se desenvolveram para preservar um estado psicológico e emocional frágil. O grande investimento em busca da magreza faz com que a pessoa se desligue cada vez mais emocionalmente da família e dos amigos, tornando seus relacionamentos cheios de conflitos referentes à comida e ao peso. Essa situação é agravada, pois quanto mais a pessoa se isola socialmente, mais ela convive de forma solitária com seus pensamentos obsessivos e disfuncionais.

Para esses pacientes, o fato de comer bem, se exercitar ou vomitar é o suficiente para que se sintam felizes. Porém, se perdem o controle da situação ou fazem algo diferente do planejado, sentem-se deprimidos e desesperados. Como a magreza está associada à competência, superioridade e ao autocontrole, essas pacientes se sentem vitoriosas ao conseguirem controlar sua alimentação e seu corpo. Elas costumam acreditar que as pessoas magras são mais bem-sucedidas, enquanto as gordas são mais infelizes. Essas crenças disfuncionais reforçam seus sintomas e a busca pela magreza a qualquer custo.

Segundo Abuchaim (2002), outra característica de pacientes com transtornos alimentares é o pensamento dicotômico, ou seja, pensam tudo em termos absolutos e extremos. Com isso, suas regras em relação às dietas são rígidas e qualquer desvio pode implicar em abandono temporário do controle da alimentação. Além disso, costumam ser pessoas ansiosas, autocríticas, exigentes consigo mesmas, com baixa autoestima e dificuldades em funcionar de forma autônoma e raciocinar individualmente. Essa última característica faz com que elas se comportem de acordo com as expectativas dos outros, atuando a partir de regras sociais e permitindo que fatores externos interfiram em sua autoestima. Sendo assim, estão mais vulneráveis às atuais pressões sociais referentes à magreza, que muitas vezes são irreais e inalcançáveis.

Fukumitsu (2007) apontou para a similaridade entre a maneira de as pessoas se relacionarem e se alimentarem. A autora associa os transtornos alimentares a expressões e mensagens existenciais. Para ela, os bulímicos tendem a guardar segredo de seus vômitos, pois esta pode ser a única oportunidade de terem seu próprio espaço. E quando vomitam, recusam algo que não conseguiram digerir. Eles, frequentemente, sentem culpa em suas relações, assim como acontece após comerem em excesso. Segundo a mesma autora, os bulímicos têm a tendência a agradar os outros e costumam aceitar todos os alimentos que lhes são oferecidos. Com isso, devoram todo o alimento recebido e a recusa se manifesta apenas através do vômito.

Segundo Fukumitsu (2007), os bulímicos se utilizam constantemente do mecanismo de defesa da introjeção. De acordo com a abordagem teórica desta autora, a Gestalt-terapia, o conceito de introjeção diz respeito a internalizar valores ou fatos sem a discriminação do que é compatível ou não com as suas necessidades ou desejos. Metaforicamente, os bulímicos “engolem por inteiro” as crenças e os padrões sociais, sem “mastigar” ou “digerir”. Eles têm dificuldade de fazer contato com as necessidades internas, sem conseguir diferenciar o que é seu e o que é do outro. Além disso, esses pacientes não conseguem discernir o que lhes faz mal do que poderia nutri-los e, ao vomitar, recusa ambos. Para essa autora, os sintomas são formas de expressão de algo que não pôde ser digerido de forma satisfatória.