

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

IMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS ALIMENTARES:
PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA
EDUCAÇÃO FÍSICA

LUIZA HELENA DIAS GUIMARÃES CÉSAR

Campinas, 2003



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**IMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS ALIMENTARES:
PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA
EDUCAÇÃO FÍSICA**

Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, para obtenção do título de Bacharel em Treinamento Esportivo, sob orientação temática da Profa. Dra. Maria da Consolação G. C. F. Tavares e a orientação metodológica da Profa. Dra. Marcy Garcia Ramos e Profa. Dra. Mariângela Gagliardi Caro Salve.

LUIZA HELENA DIAS GUIMARÃES CÉSAR

Campinas, 2003

César, L. H. D. G. Imagem corporal e transtornos alimentares: perspectivas de atuação do profissional da Educação Física. Campinas, Unicamp, (Curso de Educação Física - Graduação), 2003. 97 páginas.

Monografia defendida e aprovada em 18 / 11/ 2003, perante a banca composta por:

Orientador Temático: Profa. Dra. Maria da Consolação G. C. F. Tavares

-Unicamp-

Orientador Metodológico: Profa. Dra. Marcy Garcia Ramos

-Unicamp-

Convidado: Profa. Doutoranda Beatriz Jansen Ferreira

-Unicamp-

AS CONTRADIÇÕES DO CORPO

Carlos Drummond de Andrade

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.

Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.

Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente.
Inocula-me seus patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos.

O seu arдил mais diabólico
está em fazer-se doente.
Joga-me o peso dos males
que ele tece a cada instante
e me passa em revulsão

Meu corpo inventou a dor
A fim de torná-la interna,
integrante do meu Id,
ofuscadora da luz
que aí tentava espalhar-se

Outras vezes se diverte
sem que eu saiba ou que deseje,
e nesse prazer maligno,
que suas células impregna,

do meu mutismo escarnece.

Meu corpo ordena que eu saia
em busca do que não quero,
e me nega, ao se afirmar
como senhor do meu Eu
convertido em cão servil.

Meu prazer mais refinado,
não sou eu quem vai senti-lo
É ele, por mim, rapace,
e dá mastigados restos
à minha fome absoluta

Se tento dele afastar-me,
por abstração ignorá-lo,
volta a mim, com todo o peso
de sua carne poluída,
seu tédio, seu desconforto.

Quero romper com meu corpo.
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.

Já premido por seu pulso
de inquebrantável rigor,
não sou mais quem dantes era:
com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que esteve sempre ao meu lado, abençoando cada etapa a ser vencida.

Agradeço de todo o meu coração à professora Consolação, pelo carinho e pela compreensão dispensados durante a minha formação acadêmica, contribuindo na aquisição de novos conhecimentos e, principalmente, na formação de uma pessoa cada vez mais humana e sensível.

Agradeço também às professoras que contribuíram para a realização deste trabalho, Marcy Garcia Ramos e Mariângela Gagliardi Caro Salve.

Aos demais professores, funcionários da UNICAMP, colegas e amigos, agradeço a ajuda, que de forma direta ou indireta, colaboraram com o meu crescimento profissional e humano.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Sebastião e Terezinha, pelo amor e confiança dispensados para que eu alcançasse mais esta conquista;

As minhas irmãs, Lê e Pri, pela amizade e cumplicidade em todas as minhas decisões;

Aos meus avós, Paulo e Fátima, e ao meu padrinho Liliu, que mesmo estando distantes, sempre me incentivaram;

Ao Lu, pelo companheirismo, carinho, compreensão e paciência nos momentos mais difíceis;

A todos os pacientes que sofrem de transtornos alimentares, e a todas as pessoas que de alguma maneira, ajudam esses pacientes no processo de reabilitação.

SUMÁRIO

Resumo.....	10
Abstract.....	11
Lista de Figuras.....	12
Lista de Quadros.....	13
Lista de Tabelas.....	14
Lista de Abreviações e Siglas.....	15
Introdução	16
1 A ADOLESCÊNCIA.....	18
1.1 Definição.....	18
1.2 Puberdade e Adolescência	20
1.3 Glândulas Endócrinas e Mudanças Físicas.....	21
1.3.1 Crescimento em Estatura.....	27
1.3.2 Peso.....	28
1.3.3 Proporções do Corpo.....	28
1.3.4 Características Sexuais Primárias e Secundárias.....	29
1.4 Mudança em Emoções e Atitudes.....	29
1.5 A Identidade.....	30
1.6 A Busca pelo Grupo.....	31
1.7 Fases e Término da Adolescência.....	32
1.8 A Adolescência no Sexo Feminino.....	34
1.9 O corpo “para” a Sociedade Moderna.....	36
2 OS PRINCIPAIS TRANSTORNOS ALIMENTARES DA ADOLESCÊNCIA FEMININA.....	39

2.1	Fisiologia do Comer.....	40
2.2	Etiologia dos Transtornos Alimentares.....	41
2.3	Anorexia Nervosa.....	43
2.3.1	Definição.....	43
2.3.2	Classificação.....	44
2.3.3	Classificação Diagnóstica.....	44
2.3.4	Epidemiologia, Curso e Prognóstico.....	49
2.3.5	Quadro Clínico.....	50
2.3.6	Etiologia e Patogênese.....	52
2.3.7	Diagnóstico Diferencial	54
2.4	Bulimia Nervosa.....	56
2.4.1	Definição.....	56
2.4.2	Classificação	57
2.4.3	Classificação Diagnóstica.....	58
2.4.4	Epidemiologia, Curso e Prognóstico.....	60
2.4.5	Quadro Clínico.....	61
2.4.6	Etiologia e Patogênese.....	64
2.4.7	Diagnóstico Diferencial.....	64
2.5	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).....	66
2.5.1	Definição.....	66
2.5.2	Epidemiologia.....	67
2.5.3	Diagnóstico.....	67
2.5.4	Critérios de Pesquisa.....	69
2.5.5	Diagnóstico Diferencial.....	70
3	A IMAGEM CORPORAL.....	71
3.1	Imagem Corporal X Esquema Corporal - Definição.....	72
3.2	O Desenvolvimento da Imagem Corporal.....	74
3.3	Obstáculos no Desenvolvimento da Imagem Corporal.....	78

4	PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	80
4.1	Princípios Norteadores para Facilitar o Desenvolvimento da Imagem Corporal.....	81
4.2	Abordagem Corporal nos Transtornos Alimentares – Possibilidades de Intervenção pelo Profissional da Educação Física.....	84
	Considerações Finais.....	90
	Referências Bibliográficas.....	92

RESUMO

Durante a adolescência, diversas emoções são vivenciadas, o corpo apresenta alterações, causando variações observáveis na imagem corporal. Sendo assim, a adolescência caracteriza-se por uma situação de crise, na qual seu estado de equilíbrio está temporariamente prejudicado. As crises criam no ego, um enfraquecimento transitório da sua estrutura, e, o indivíduo não consegue utilizar seus métodos habituais de resolução dos problemas, ocorrendo, portanto, a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego no sentido de criar novas respostas, anteriormente inexistentes no repertório da pessoa. A adolescente torna-se vulnerável aos padrões idealizados de beleza, na busca pela perfeição corporal. Essa instabilidade cria um universo propício para a instalação dos transtornos da alimentação. Através de uma pesquisa bibliográfica, verificamos o grande número de adolescentes que são acometidas por estas síndromes na sociedade moderna. A Educação Física, com seu vasto repertório de vivências corporais, cria a possibilidade de um tratamento global, associado aos tratamentos médico, nutricional, psicológico, entre outros.

Palavras-chave: Adolescência; Transtornos Alimentares; Educação Física

ABSTRACT

During the teenager a lot of emotions are lived, the body shows modifications causing variations so notable in the body image. Being this way the teenage characterize itself for one situation of crisis in which your equilibrium form is short prejudiced. Crises created in ego, a transitory weakness of your structure and the person don't get to utilize your habitual methods of resolution of problems, happening however the stoping of the adaptatives mechanism of ego in the sense of creating new answers, before inexisted in the person's living. The teenager become itself vulnerable to the idealized paterns of beauty, in seenching for the body perfection. This unstability creates na own universe for the performing of changings of food. Though a bibliography research, we check the highest number of teens that are suffered for these symptons into the modern society. Physical Education, with its great number of viewing in body livings, creates the possibility of one global treatment, joined to the medical treatment, nutritional, and pysicologic, among others.

Key-words: Teenager; Food Disturbance; Physical Education

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 Seqüência das Mudanças na Adolescência	26
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 Glândulas endócrinas e suas secreções	23
Quadro 02 Critérios diagnósticos do DSM-IV- 307.1 Anorexia Nervosa.....	45
Quadro 03 Critérios da CID-10.....	48
Quadro 04 Diagnósticos que podem estar associados ou não a Anorexia Nervosa.....	55
Quadro 05 Critérios diagnósticos do DSM-IV para Bulimia Nervosa.....	58
Quadro 06 Critérios diagnósticos da CID-10 para Bulimia Nervosa.....	60
Quadro 07 Critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtornos Alimentares sem outra especificação.....	68
Quadro 08 Critérios de pesquisa do DSM-IV para Transtornos da Compulsão Alimentar Periódica	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 Fatores predisponentes precipitantes mantenedores dos Transtornos Alimentares.....	42
Tabela 02 Complicações biológicas da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.....	65

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACTH: adrenocorticotropina

AVD: atividade vital diária

CID: Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde

CRF: corticotropina

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEG: eletroencefalograma

FSH: hormônio foliculo estimulante

HPF: hipotálamo perifornical

LH: hormônio luteinizante

NE: norepinefrina

NPY: neuropeptídeo Y

NPV: núcleo paraventricular

OMS: Organização Mundial de Saúde

SNC: sistema nervoso central

TOC: transtorno obsessivo-compulsivo

TCAP: transtorno da compulsão alimentar periódica

INTRODUÇÃO

A adolescente apresenta um corpo em desenvolvimento, quanto mais as modificações corporais forem vivenciadas de forma passiva, maior será a sensação de impotência, aumentando a possibilidade de auto-agressão. Dessa forma, a discordância com o próprio corpo é capaz de romper o equilíbrio das sensibilidades provenientes de todas as partes corporais, tornando a adolescente alvo fácil para o acometimento por transtornos alimentares.

Os transtornos alimentares são síndromes e não doenças com uma causa, curso e patologia comuns. Dessa forma, são classificados à base dos agrupamentos de sintomas que estão presentes. (HALMI apud TALBOTT; HALES; YUDOFKY, 1992)

Os principais transtornos alimentares são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica. Existe uma forte relação entre estas síndromes e uma imagem corporal distorcida.

A imagem corporal representa à experiência subjetiva que cada pessoa adquire de si mesma, com uma percepção física, afetiva, sensorial na constante busca de crescimento e equilíbrio interno e externo. Para Schilder (1994, p.11), a imagem corporal é “a figuração de nosso corpo, formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”.

O sujeito constrói sua imagem corporal através das experiências corporais vivenciadas por ele durante toda a sua vida. A importância da sua singularidade implica no desenvolvimento de uma identidade corporal integrada e positiva. Existindo uma desconexão com as sensações corporais, o sujeito tenderá a se afastar do próprio corpo, refletindo predominantemente um ideal cultural. Dessa maneira, o acometimento por transtornos alimentares será facilitado.

Buscaremos desenvolver uma proposta de atuação do profissional da Educação Física que seja relevante nessas síndromes, possibilitando ao indivíduo que apresenta transtornos alimentares, um tratamento cada vez mais completo, juntamente aos tratamentos médico psicológico, nutricional, entre outros.

Este trabalho de pesquisa foi elaborado através de estudos de referências bibliográficas, sendo estruturado em quatro capítulos que descrevem sinteticamente e relacionam: a adolescência, os transtornos alimentares, a imagem corporal e as perspectivas de atuação do profissional da Educação Física no tratamento dos transtornos da alimentação.

A Educação Física, como uma área que aborda os aspectos corporais, poderá intervir com diversos recursos nessas entidades, criando vivências que possibilitem uma melhor consciência corporal e aceitação do próprio corpo.

1 A ADOLESCÊNCIA

Quando reportamos nossa mente ao assunto adolescência, imediatamente nos deparamos com o pensamento preconceituoso “adolescência é uma época difícil”. Essa complexa fase da vida humana, representa um processo de construção de uma unidade pessoal, no qual surgem perguntas como “quem sou”, “para onde devo seguir”, “que lugar devo ocupar na sociedade”.

Durante a vida do indivíduo, a adolescência é a etapa em que o corpo sofre transformações rápidas e profundas, podendo ser definida como um fenômeno culturalmente determinado.

Esse capítulo tem como prioridade abordar o universo do adolescente, demonstrando quais as influências que este corpo em plena mudança pode sofrer ao tentar adaptar-se a sociedade atual. Dessa maneira, conseguiremos entender qual a razão dos principais transtornos alimentares estarem presentes nesta etapa da vida do ser humano.

1.1 Definição

Entende-se por adolescência, o estágio intermediário entre a infância e a idade adulta. Define-se como sendo um período de mudanças física, cognitiva e social que se inter-relacionam, marcando a passagem definitiva para a vida adulta.

A palavra adolescente tem seu significado no latim **ad** (a, para) e **olescente** (crescer), representando condição para, ou processo de crescimento. Adolescência também deriva de

adolescer, que se origina da palavra adoecer. Assim, pode-se dizer que a dupla origem etimológica, indica tanto a aptidão para o crescimento, quanto para o sofrimento emocional, consequência das transformações mentais e biológicas.(OUTEIRAL, 1994)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência tem seu início aos 10 anos, e seu término aos 19 anos. No entanto, existem divergências, o Estatuto da Criança e do Adolescente, descreve esta fase como um período que começa aos 12 e vai até os 18 anos. (O QUE É ADOLESCÊNCIA, 02 out. 2002)

Considerando as mais variadas transformações que ocorrem neste contexto, a adolescência representa o momento que marca não só a aquisição da imagem corporal, como também, a estruturação final da personalidade, sendo considerada uma etapa crucial no desenvolvimento do indivíduo. É uma idade com uma psicologia e até mesmo uma sociologia peculiar, e também, com características biológicas próprias. (OSÓRIO, 1992)

A adolescência é uma etapa na qual ocorre o desenvolvimento biopsicossocial da pessoa. Nesta fase, além das transformações biológicas (mudanças das características de um corpo infantil para um corpo adulto), o indivíduo estrutura traços finais de sua identidade e personalidade.

Furter (1975, p.22), descreve a adolescência como “um conjunto de eventos psicofisiológicos que romperiam o equilíbrio da infância”.E completa sua afirmação dizendo que é comum pensá-la como uma fase angustiante e difícil, uma vez que o jovem deve adaptar-se a um novo corpo, a novos valores e responsabilidades que agora lhe serão delegadas.

Para Becker (1993), a adolescência se compara à metamorfose que ocorre com uma lagarta até esta se tornar uma bela borboleta. “Se a lagarta pensa e sente, também seu pensamento e seu sentimento se transformarão. Serão agora o pensar e o sentir de uma borboleta. Ela vai ter um outro corpo, outro astral, outro tipo de relação com o mundo”. (BECKER,1993, p.14)

Marcada em seu início pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, a adolescência caracteriza-se também, por acontecimentos psicológicos e sociais. Aberastury e Knobel (1992) assinalaram que esse período não é simplesmente o produto de um tipo de sociedade ou sistema sociopolítico, nem uma situação ligada a determinado nível socioeconômico da população. É, na realidade, uma parte fundamental de todo o processo de desenvolvimento humano, na qual fatores políticos, econômicos e sociais participam intensamente.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento correspondente à segunda década de existência do ser humano. Representa a transição entre a infância e a idade adulta, dando seqüência ao dinamismo da vida iniciado com o nascimento. (MAAKAROUN, 1991)

A passagem para o estado adulto está relacionada a uma profunda crise existencial decorrente não só da instabilidade emocional ou mudanças físicas, mas da pressão exercida socialmente.

1.2 Puberdade e Adolescência

Segundo Osório (1991), o termo puberdade designa o período de transformações biológicas, e, adolescência, o período de transformações psicossociais que a acompanha. Enquanto a puberdade tem características físicas bastante marcantes, inclusive com início e término facilmente identificáveis, a adolescência pode ser considerada como um fenômeno culturalmente determinado, e não necessariamente o início de uma se dá simultaneamente ao da outra.

Como a própria etimologia do termo sugere, a puberdade inicia-se com o crescimento dos pêlos, particularmente em certas regiões do corpo, tais como axilas e região pubiana, tanto nos meninos como nas meninas, como resultado da ação hormonal que se desencadeia o processo puberal. Estas e outras modificações corporais dão-se principalmente a partir do desenvolvimento das gônadas, ou seja, dos ovários nas meninas e dos testículos nos meninos. (OSÓRIO, 1991)

Pagnoncelli (1999, p.13) descreve este período da seguinte maneira:

Num determinado momento do desenvolvimento, por comando do hipotálamo e da hipófise, na base do cérebro, as glândulas do aparelho reprodutor, entre outras que participam menos intensamente do processo, começam a produzir grandes quantidades de hormônios e sob efeito desses passa a ocorrer uma série de transformações orgânicas. Há um grande crescimento estatural (período de estirão), surgem os caracteres sexuais secundários, seios, distribuição de pêlos no corpo - pêlos axilares, pubianos, aspecto do cabelo e desenvolvimento da barba. Ao mesmo tempo o aparelho genital matura. Modificam-se as proporções do corpo, com o aumento da bacia e a distribuição da gordura na mulher e dos ombros e da musculatura nos homens.

Para Osório (1991), a puberdade significa sinal de pêlos, penugem e barba. Maakaroun (1991), diz existir uma uniformidade na seqüência dos eventos morfológicos para os sexos. As variações podem ocorrer em relação à velocidade e intensidade das manifestações.

A puberdade é uma etapa filogeneticamente programada. Em linhas gerais, as mudanças ocorrem independentemente da vontade da pessoa (TIBA, 1985). O término do processo puberal se dá quando os indivíduos atingem a maturação sexual completa e adquirem a capacidade final de reproduzirem. No entanto, quando falamos no fenômeno adolescência, estamos abrangendo aspectos psicológicos e sociais, culturalmente determinados.

Tradicionalmente, em nossa cultura, a adolescência vem sendo caracterizada como uma etapa que, para Furter (1975, p.32), “oculta um fato real: a inquietude que o adolescente experimenta em face da verdadeira invasão operada em seu corpo”. O adolescente encontra uma certa dificuldade de adaptação ao novo corpo, o que traz uma série de problemas, sejam eles reais ou imaginários.

1.3 Glândulas Endócrinas e Mudanças Físicas

(item inteiramente baseado em Pfromm Neto, 1976)

Os órgãos responsáveis pela produção e liberação na corrente sanguínea de substâncias que dirigem a atividade de alguma parte distante do corpo são as glândulas endócrinas. Estão distribuídas no interior do corpo e apresentam pequena semelhança estrutural, em forma e tamanho.

A hipófise, a tireóide, a paratireóide e as supra-renais, em conjunto com a parte endócrina do pâncreas, encontram-se em ambos os sexos, atuando de forma ativa durante toda a vida.

As gônadas, também chamadas glândulas sexuais, são específicas de cada sexo. Os testículos estão presentes no sexo masculino e os ovários no sexo feminino, estando ativas somente durante parte da vida. As glândulas sexuais têm sua ativação na puberdade e os ovários cessam sua atuação na menopausa.

A pituitária (ou hipófise) ocupa lugar proeminente entre as demais glândulas endócrinas, pois exerce controle sobre as mesmas. Sua localização é a base do cérebro, sendo

constituída por duas partes distintas: a neurohipófise ou lobo posterior e a adenohipófise ou lobo anterior, que produz 6 hormônios distintos. O funcionamento do organismo depende do equilíbrio entre todos os hormônios, através da regulação e manutenção das diferentes glândulas endócrinas.

“Um hormônio deve ser considerado em seu contexto fisiológico como um componente do equilíbrio total dos hormônios em circulação. A remoção de um hormônio do sistema perturba o equilíbrio e tem repercussões nas secreções de outros hormônios”.(MASSON apud PFROMM NETO, 1976, p.73-4)

Quadro 01 - Glândulas endócrinas e suas secreções

Glândula	Localização	Hormônio	Função
I - Pituitária (ou Hipófise)	Base do encéfalo	1. Somatotropia ou hormônio do crescimento	Promove o crescimento somático, afetando praticamente todos os tecidos do corpo.
A. Lobo anterior ou adenohipófise		2. Gonadotropinas: a) hormônio folículo-estimulante (FSH)	Estimula o desenvolvimento dos folículos no ovário. Juntamente com b), regula a secreção de estrógeno pelo ovário e a ovulação. Afeta o desenvolvimento dos testículos e estimula a espermatogênese.
		b) hormônio luteinizante (LH)	Atua sobre o ovário e causa a formação do corpo amarelo (corpus luteum), promovendo a secreção de progesterona; juntamente com (a), regula a secreção de estrogênio pelo ovário e a ovulação. Estimula o desenvolvimento do tecido intersticial e a secreção de androgênio.
		c) hormônio luteotrópico, ou prolactina, ou lactogênico	Junto com o estrogênio, estimula o desenvolvimento das glândulas mamárias e provoca nestas a secreção de leite após o parto. Também responsável pelo desenvolvimento final e atividade funcional do corpo amarelo, isto é, a secreção de progesterona. Sua função é obscura no sexo masculino.
		3. Adrenocorticotropina (ACTH) ou hormônio corticotrópico	Regulador da atividade secretória da córtex supra-renal.
		4. Tireotropina	Regulador da atividade secretória da tireóide.
B. Lobo posterior ou		1. Vasopressina ou	Controla a excreção de água pela

Neurohipófise (armazena hormônios produzidos pelo hipotálamo)		pitressina	urina e a pressão sanguínea
II. Tiróide	Pescoço, abaixo da Laringe	2. Ocitocina ou pitocina 1. Tiroxina	Determina a contração dos músculos lisos, principalmente o útero Estimula as oxidações nas células e eleva assim o metabolismo
		2. Triiodotironina	Ação idêntica à da tiroxina, porém mais forte e rápida
III. Paratiróides	Superfície posterior dos lobos tiróides	Paratormônio	Controla o metabolismo ao cálcio e do fósforo.
IV. Supra-renais A. Medula	Acima dos rins	1. Adrenalina ou epinefrina	Causa sobre a constrição dos vasos sanguíneos, aumenta a ação cardíaca e o sangue enviado pelo coração, estimula o fígado e o sistema nervoso
		2. Noradrenalina ou norepinefrina	Atua sobre a constrição dos pequenos vasos sanguíneos aumentando a resistência à circulação do sangue
B. Córtex		Vários corticosteronas Principais:	
		1. Hidrocortisona	Defesa do corpo contra stress e controle do metabolismo do açúcar (armazenamento de açúcar no fígado)
		2. Corticosterona	Juntamente com a aldosterona, controla o equilíbrio de sal, variando a saída do sódio dos rins. Atua também na defesa contra stress
		3. Aldosterona	Juntamente com a corticosterona, atua na retenção de sal
		4. Androgênios	Ação semelhante a dos androgênios produzidos nos testículos. Seus efeitos na construção de proteínas

contrabalançam a ação da hidro-

			cortisona
V. Pâncreas Ilhotas De Langerhans	Abaixo e atrás do estômago	Insulina	Controle da glicose no sangue. Faz o fígado acumular açúcar e regula a oxidação de açúcar nos tecidos
VI. Ovários A. Folículos	Pelves	Estrogênio	Desenvolve os órgãos sexuais femininos e as características Sexuais secundárias femininas
		Progesterona	Prepara a mucosa uterina para receber o ovo(nidação) e manter implantado o embrião e o feto
VII. Testículos	Abaixo da pele	Androgênio	Desenvolve os órgãos sexuais masculinos e as características sexuais secundárias masculinas

Fonte: Pfromm Neto, 1976, p.72-3

Os fatores hormonais responsáveis pelas mudanças físicas na adolescência podem ser divididos em três níveis de modificações glandulares.

No primeiro nível temos o aumento da atividade da pituitária anterior, provavelmente em virtude da estimulação de um mecanismo neuro-hormonal que até esse momento estava inibido.

Os hormônios da pituitária anterior geram, no segundo nível, o aumento da secreção dos androgênios do córtex supra-renal e dos hormônios dos ovários e testículos. No terceiro nível, as alterações ocorridas anteriormente, determinaram o desenvolvimento das características sexuais primárias, secundárias, mudanças em vigor físico, coordenação, destreza motora e proporções corporais.

Devemos lembrar, que antes do início da puberdade, os hormônios gonadotrópicos (estimulantes das gônadas), são liberados em quantidade necessária para provocar apreciável desenvolvimento genital. A condição hipogenital ou hipogonadal resulta da produção insuficiente

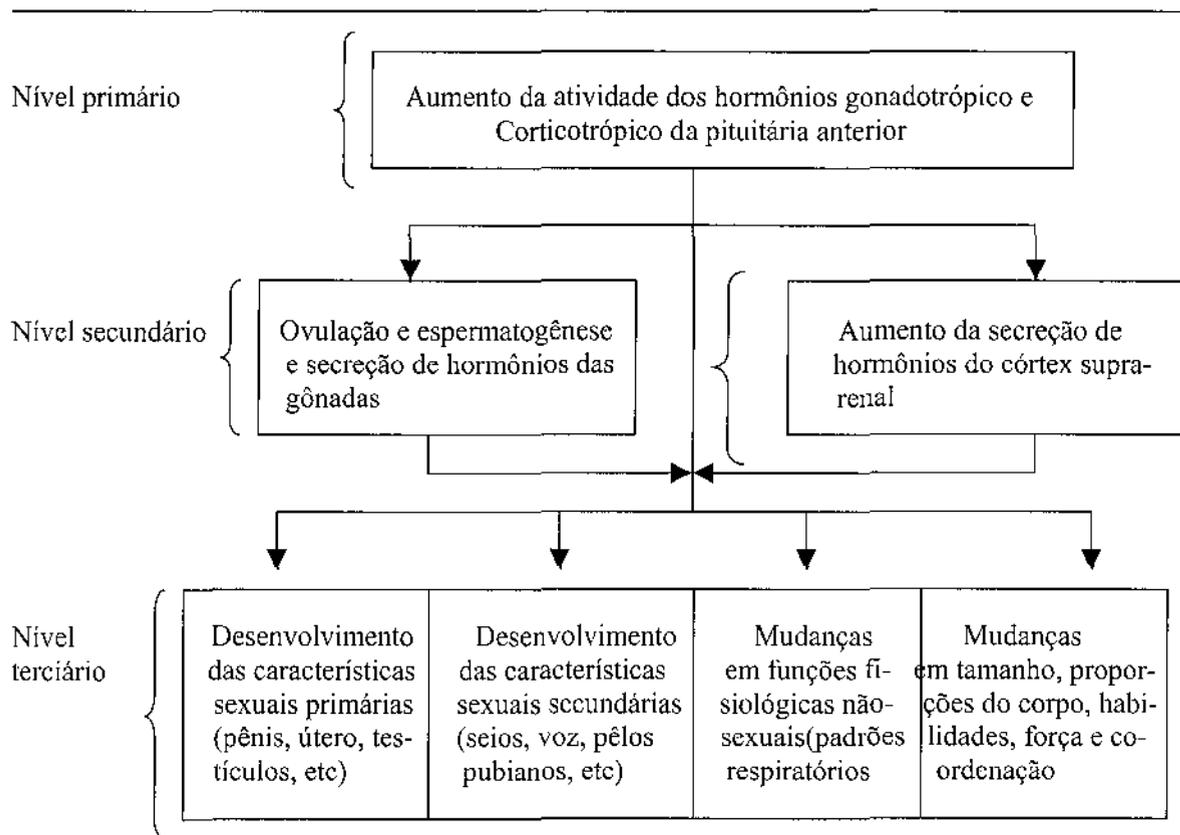
desses hormônios, afetando o crescimento normal dos ovários e testículos, assim como, de maneira indireta, o de outros órgãos de reprodução.

Os hormônios gonadotrópicos estimulam os ovários, nas meninas, e os testículos, nos meninos, que ficam sexualmente maduros. A partir desse momento, inicia-se a ovulação no sexo feminino e a espermatogênese no masculino, ao mesmo tempo que as gônadas produzem hormônios estrógenos e andrógenos (produzidos nas glândulas supra-renais).

O aumento considerável dos andrógenos na adolescência está associado ao desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias no sexo masculino, bem como crescimento dos ossos, vísceras e músculos.

Os hormônios estrógenos geram no sexo feminino, o desenvolvimento dos órgãos genitais, dos ovários e as várias características sexuais secundárias.

Figura 01- Sequência das mudanças na adolescência



Fonte: Pfromm Neto, 1976, p.74

Um dos primeiros eventos a se manifestar na adolescência é o crescimento em altura, seguido pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais internos e externos, cintura pélvica, glândulas mamárias, mudança no tom da voz, aparecimento de pêlos nas axilas, pernas e regiões genitais.

Segundo Nérice (1979), é determinante a influência endócrina nesse processo, acontecendo sob estimulação do hipotálamo.

As mudanças fisiológicas associadas com a maturação sexual são chamadas pubescência (AUSUBEL apud CAMPOS, 1991). Assim, a pubescência é o período de desenvolvimento fisiológico de, aproximadamente, dois anos, que precede o advento da puberdade e durante o qual as funções reprodutivas amadurecem. A puberdade seria, portanto, o ponto em que a maturação sexual é alcançada.(STONE; CHURCH apud CAMPOS, 1991)

1.3.1 Crescimento em Estatura

O estirão de crescimento ocorre na adolescência. Esse fenômeno aparece primeiro nas meninas e depois nos meninos, pois devido a influência hormonal, as primeiras atingem antes a maturidade. Asher (1976, p.1) acredita que nas meninas:

(...) a velocidade máxima do crescimento é atingida por volta dos 12 anos, mas ou menos um ano antes da menarca (...) o desenvolvimento se torna menor e após três anos não há mais aumento na estatura (...) entre 16 e 18 anos o crescimento em altura cessa.

A estatura definitiva depende de diversos fatores: hereditários, saúde e alimentação pré e pós-natal, a realização de exercícios saudáveis, a quantidade de trabalho pesado realizado durante os anos de crescimento, as enfermidades freqüentes ou graves durante o período de crescimento acelerado e as condições ambientais do clima e gerais. (BOXLY ; PINNAM apud HURLOCK, 1967)

1.3.2 Peso

O crescimento dos músculos e ossos é o responsável pelo aumento de peso na adolescência.

Para Asher (1976), ao iniciar-se o surto de crescimento, em ambos os sexos, os ganhos de peso se tornam maior por um período de tempo mais longo em relação aquele que ocorre com o aumento de estatura. O acréscimo de peso se inicia depois do aumento de estatura e apresenta-se no período inicial da adolescência, por estar vinculado à maturação sexual.

Também é comum ocorrer na época da adolescência um “período de gordura”. Na menina, esse período acontece na fase pré-menstrual normal, pois seu apetite apresenta-se aumentado, excedendo a satisfação de suas necessidades alimentares diárias. Asher (1976) afirma que existe provavelmente um aumento de gordura subcutânea um pouco antes da velocidade de crescimento na adolescência, que continua até o término do desenvolvimento geral.

1.3.3 Proporções do Corpo

As diferenças no tamanho das partes corporais são bastante evidentes no período inicial da adolescência, sendo superadas com o seu final. Asher (1976) notifica que esse período de crescimento rápido e mudanças fundamentais leva normalmente 18 meses, começando logo após os primeiros sinais da puberdade e terminando logo após a menarca.

O rosto do adolescente apresenta um rápido crescimento longitudinal no início da adolescência, juntamente ao desenvolvimento da cabeça. O nariz torna-se alargado, a boca e os lábios crescem e a mandíbula projeta-se para frente. Os olhos sofrem variações mais discretas.

Na adolescência, o tronco apresenta um crescimento inferior ao da infância. No entanto, adquire o triplo da largura e ancho do nascimento, chegando a ser duas vezes maior em seu diâmetro ântero-posterior. (HURLOCK, 1967)

Percebemos também, um alargamento dos ombros nos meninos e dos quadris nas meninas. Asher (1976) afirma que a ossatura das cinturas pélvica e escapular crescem lateralmente, de modo que tanto o diâmetro biacromial como bi-ilíaco são ampliados.

As pernas sofrem variações na forma e longitude, e os braços crescem desproporcionalmente, deixando o adolescente desengonçado. O crescimento dos pés e das mãos atinge seu tamanho maduro antes das pernas e braços, sendo uma etapa constrangedora para o adolescente.

1.3.4 Características Sexuais Primárias e Secundárias

As características sexuais primárias são os órgãos sexuais propriamente ditos. Sua função na puberdade é a de procriação. Para Campos (1991) o amadurecimento sexual tem como indicativo a ovulação na moça e a espermatogênese no rapaz, que vão possibilitar a capacidade de procriar.

Já, as características sexuais secundárias, são decorrentes do desenvolvimento dos órgãos sexuais, ocorrendo no sexo feminino, o desenvolvimento do busto como a primeira manifestação de maturação sexual, anterior ao aparecimento dos pêlos do púbis. Convém lembrar, que os pêlos axilares surgem depois dos pêlos pubianos e só depois da menarca. A voz da menina também se aprofunda um pouco durante a adolescência. (CAMPOS, 1991)

Nos rapazes, podemos mencionar os seguintes indícios: aparecimento dos pêlos da púbis, axilas, face e nas demais zonas cobertas de pêlo no homem; mudança no tom de voz, importando ressaltar que o aprofundamento da voz do rapaz só ocorre depois que se manifestarem vários outros sinais de maturação sexual. (CAMPOS, 1991)

1.4 Mudança em Emoções e Atitudes

A vontade que o adolescente tem em expandir-se e conquistar um lugar no mundo que não lhe oferece oportunidades gera um estado de emoção acentuado.

Na puberdade, a emocionalidade apresenta-se intensificada. A criança púbere começa a ter sentimentos mais fortes e empreende a revisão de suas próprias atitudes. O aumento da diferenciação emocional é aparente nos vários ânimos que sente. O púbere torna-se cada vez mais sensível, reagindo fortemente aos eventos e situações sociais. Enquanto o adolescente

desenvolvido, mostra-se capaz de controlar suas emoções em extensão considerável, o jovem adolescente é levado pelas correntes vividas de sensações e sentimentos. Quando despertadas, as emoções amiúde não são proporcionais ao estímulo inicial. As tentativas de controle da expressão emocional são freqüentes, mas nem sempre logram êxito. (PIKUNAS, 1979)

Dessa maneira, o adolescente tende a depressão, alterando os estados de humor e agressividade. Para Becker (1993), ambos seriam importantes, pois a agressividade facilitaria o uso de recursos internos, seria a real expressão do ímpeto para a vida e a criação. E assim, a depressão seria importante como uma fase de recolhimento, de reflexão sobre as vivências anteriores.

A instabilidade emocional representa as mudanças fisiológicas e sociais desse período repleto de contradições e inseguranças. Os sentimentos ambivalentes, presentes na puberdade, são mais a regra do que a exceção. O adolescente muitas vezes experimenta sentimentos contraditórios, ou seja, amor e ódio, interesse e apatia, para com eventos e pessoas. Os desapontamentos triviais muitas vezes despertam seu antagonismo na destruição do sentimento original de cordialidade ou entusiasmo. A capacidade para manter experiências afetivas harmônicas fica perdida durante algum tempo. (PIKUNAS, 1979)

A finalização dessas instabilidades compreende a adaptação às mudanças, gerando uma maior maturidade emotiva. Jersild (1961) diz que o significado de ser emocionalmente maduro abrange apenas o controle das emoções ou a capacidade de colocar uma tampa no sentimento. Em um sentido ampliado, ser maduro emotivamente significa ser capaz de empregar os recursos emocionais de uma maneira sadia e espontânea.

1.5 A Identidade

Em meio a tantas mudanças psíquicas, físicas e sociais, o adolescente busca em crise sua nova identidade.

A identidade compreende um dos eixos centrais dos estudos sobre a adolescência. Resumidamente, pode ser conceituada como a consciência que o indivíduo tem de si e do mundo. (OSÓRIO, 1992)

Gallatin (1978) afirma que o conceito de identidade apóia-se em três sistemas: biológico, social e individual que, terão como resultado uma pessoa sadia, se forem coordenados de forma adequada. Assim, teremos um indivíduo que domina ativamente seu ambiente e demonstra uma certa unidade da personalidade, sendo capaz de perceber corretamente o mundo e a si mesmo. A adolescência é um período para a formação da identidade, no qual o jovem deve localizar verdadeiramente seu ego no tempo e no espaço, reconhecendo que vivenciou um passado único e visando um futuro também pessoal para si próprio.

A autora ainda ressalta, que a crise da adolescência pode ser considerada uma crise normativa, ou seja, um momento evolutivo assinalado por um processo normativo, de organização ou estruturação do indivíduo. O conceito de crise normativa foi estabelecido com a finalidade de se ajustar ao fato de que a grande maioria dos adolescentes é capaz de passar por esta fase sem sofrer perturbações consideradas exageradas.

O jovem mostra-se ávido por modelos de identificação. Becker (1993) afirma que em meio a essa crise de identidade, o adolescente almeja novos padrões de comportamento, buscando o seu eu no outro. No grupo, o adolescente encontra refúgio para suas dificuldades e conflitos.

Erikson apud Lidz (1983) diz que a construção da identidade começa onde a utilidade da identificação termina, surgindo do repúdio seletivo e da assimilação mútua das identificações da meninice, e sua absorção em uma nova configuração que, por sua vez, é dependente do processo pelo qual uma sociedade (muitas vezes através de subsociedades) identifica o indivíduo jovem, reconhecendo-o como uma pessoa que tem de tornar-se da maneira que é e que, sendo o que é, é tido como coisa certa.

O conceito identidade do ego “(...)concerne à carência que caracteriza os indivíduos apesar das mudanças que ocorrem no transcurso do tempo, e a medida que lhes passam para os muitos papéis diferentes que cumprem em qualquer período de suas vidas”. (LIDZ, 1983, p.359). Impedir a busca da identidade limita a capacidade e oportunidade do jovem orientar sua própria vida, renunciando às suas potencialidades e consolidação da personalidade.

1.6 A Busca pelo Grupo

O grupo de pares adolescentes cresce em importância à medida que os adolescentes se

afastam dos pais. Para Lidz (1983, p.345) este fato cria:

(...) um grupo que transporta a cultura da juventude e difere da meninice por ter algo da orientação antiadulta e por tornar-se heterossexual (...) Assim, não é usualmente uma 'contracultura', mas sim uma subcultura apropriada da idade. Eles se juntam para apoio mútuo bem como para companheirismo.

O processo de libertar-se da família a fim de encontrar um grupo de pares apropriado é uma das grandes tarefas da adolescência na busca pela independência. No grupo, o jovem se sente livre dos controles paternos, ousando atitudes proibidas na meninice. O grupo serve a uma função importante de modificar o superego, porque observando os outros, pela aceitação de seus padrões e por meio de constantes discussões com estes amigos, os adolescentes alteram seus princípios orientadores.

Aberastury e Knobel (1992) relatam que a procura por um grupo em que possa se inserir é um dos recursos utilizados pelo adolescente na busca de uma nova identidade. A função do grupo é proteger o adolescente e aplacar sua angústia diante da tarefa de desenvolver uma maneira autônoma de estar no mundo, com referências opostas a seus pais. O adolescente passa a viver com uma identidade provisória, a do grupo ao qual pertence, situação que lhe garante segurança e auto-estima.

A tendência grupal também cumpre papel de espelho das características corporais do adolescente. É por meio da comparação e identificação com os colegas que o jovem se confronta com a imagem corporal adulta idealizada que construiu para si. Esse momento pode determinar o isolamento social ou atitudes extremas, que às vezes, colocam em risco a saúde do adolescente.(OUTEIRAL, 1994)

1.7 Fases e Término da Adolescência

Existe uma certa divergência entre os autores quanto às fases da adolescência e seu término. Realizaremos uma tentativa de explicar didaticamente os principais conceitos pertinentes ao maior esclarecimento desta etapa da vida do ser humano.

Visoso (1992) divide a adolescência em três fases. A primeira é chamada de adolescência precoce, estando relacionada às mudanças corporais associadas ao início da maturação sexual e ao surgimento das características sexuais secundárias. Já, a segunda fase é conceituada como adolescência média, ou seja, a continuidade do processo natural de independência, na qual os fenômenos mais evidentes são: a separação dos pais e o repúdio às normas, regras e valores paternos. A última fase, chamada adolescência tardia, representa um desenvolvimento considerável em relação ao sentimento de segurança em si próprio e da identidade, atuando como uma maior independência.

Pagnoncelli (1999) descreve as fases da adolescência de uma forma mais completa. Para o autor, a adolescência precoce, representa a fase em que os esforços estão dirigidos a habituar-se com as modificações corporais, estabelecendo independência e separação dos pais ou substitutos e livrando-se das amarras da infância. A adolescência média é a etapa em que a maioria dos indivíduos já se encontram na puberdade, buscando melhorar sua imagem por meio da cultura física e do vestuário. A conduta tende a ser estereotipada, ou seja, há uma identificação plena com o grupo de iguais. Tem início a busca de um lugar na sociedade, de satisfação sexual e de uma nova identidade. Por fim, a adolescência tardia é a fase de emergência dos valores e comportamentos adultos e predomina ou se cristaliza uma identidade estável. O adolescente expressa suas próprias idéias, busca estabilidade social e econômica e também estreita seu relacionamento com o sexo oposto, tornando-o mais íntimo e afetuoso.

Determinar o término da adolescência também não é uma tarefa fácil, existindo discordâncias entre os autores. Gallatin (1978) considera que o processo da adolescência está concluído quando o indivíduo subordina suas identificações infantis a uma nova espécie de identificação, alcançada com o desenvolvimento da sociabilidade e com a aprendizagem competitiva com e entre os companheiros da sua idade.

Osório (1992) afirma que a finalização da adolescência acontece quando foram cumpridas as seguintes etapas:

- ✓ estabelecimento de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis;
- ✓ capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se (“independência econômica”)
- ✓ aquisição de um sistema de valores pessoais (“moral própria”)

✓ relação de reciprocidade com a geração precedente, sobretudo com os pais.

A Organização Mundial de Saúde estabelece que o término da adolescência ocorre aos 19 anos (O QUE É ADOLESCÊNCIA, 02 out. 2002). No entanto, devemos considerar que sua finalização obedece a uma série de fatores sócio - culturais, tornando seu fim impreciso.

Em termos etários, ocorreria por volta dos 25 anos na classe média brasileira, sofrendo variações para mais ou para menos, consoante as condições sócio-econômicas da família do adolescente. (OSÓRIO, 1992)

1.8 A Adolescência no Sexo Feminino

A adolescência na menina será discutida de maneira mais detalhada em relação aos aspectos comportamentais, pois é principalmente nesta população que ocorrem os principais transtornos alimentares.

Wang et al. (1999) observaram que, nos países orientais que estavam em processo de industrialização, as mudanças advindas do aumento da exposição a valores da cultura ocidental foram absorvidos rapidamente. Informações que possuíam como veículo a mídia, associados à introdução da comida ocidental, levaram à elevação dos índices de obesidade, sobretudo entre crianças e adolescentes. Os autores perceberam um aumento considerável de jovens com transtornos alimentares.

Guillen e Barr (1994) apontam o período da adolescência como uma época de grande suscetibilidade e riscos, localizados principalmente no início da puberdade. Por ser um momento de aceleração do crescimento e conseqüente aumento de ingestão calórica, é uma fase que merece atenção em relação ao comportamento alimentar e aos fatores que influenciam as atitudes em relação à saúde. Além das alterações fisiológicas, as adolescentes se deparam com um momento crucial de construção de uma nova identidade e imagem corporal.

Percebemos que devido às mudanças decorrentes do período da adolescência e a grande instabilidade emocional, o jovem torna-se um alvo fácil de influências. Principalmente o sexo feminino é induzido por estas imposições, devido a cultura corporal da sociedade moderna. Uma pesquisa realizada por Field et al. (1999) com 548 adolescentes do sexo feminino,

investigou a influência da mídia e revistas de moda nesta população, relacionada ao peso corporal, comportamentos para controle e perda de peso e percepção da imagem corporal. Como resultado foi observado uma grande insatisfação corporal e desejo de um corpo ideal. Do número total de adolescentes do sexo feminino, 69% referiram buscar um corpo semelhante ao das modelos das revistas e 47% relataram querer perder peso quando se comparavam a essas modelos.

Mostra-se evidente a insatisfação com a imagem corporal. Assim, a adolescente é levada a comportamentos que caminham em direção a “padrões ideais”, ou seja, a magreza idealizada.

Durante o período da adolescência, a menina começa a adaptar-se ao seu novo corpo, buscando seu papel de mulher na sociedade. Entretanto, aceitar ser uma mulher não é a mesma coisa que aceitar o lugar e papéis que a sociedade dá às mulheres. Atualmente, uma moça não precisa sentir-se confinada e limitada por causa de seu sexo como nas épocas anteriores, mas pode ressentir-se do desequilíbrio nas oportunidades para a carreira desejada e das atitudes superiores dos rapazes. (LIDZ, 1993)

O sentimento de incapacidade diante das mudanças que estão ocorrendo, pode levar a sintomas de ordem alimentar. Uma manifestação clara seria a anorexia nervosa: ao recusar alimentar-se, a jovem tenta deter seu desenvolvimento.(OUTEIRAL, 1994)

O interesse pelas transformações que ocorrem de maneira continua em seu corpo causa um estado de preocupação na adolescente. Ela percebe que sua popularidade e oportunidades de atrair um marido desejável serão marcadamente influenciadas pela mudança de sua configuração facial e os contornos emergentes de seu corpo. Apenas uma menina ocasional pode apreciar que a atratividade não está ligada principalmente às configurações físicas, e se ela for bonita, procura tornar-se atraente fomentando outros bens. Quaisquer que sejam as insatisfações por ter nascido menina, normalmente elas são eclipsadas pelo orgulho da adolescente em seu novo status como mulher, a aquisição de um físico que atrai a atenção. (LIDZ, 1983)

As mudanças na maneira que os meninos se relacionam com a menina pode gerar angústia, embaraço ou prazer, sendo que esta relação está altamente associada a cultura ideal do corpo. Para Lidz (1983), a menina apresentará perturbações se os meninos não a procurarem por causa de sua aparência, mas também ficará raivosa porque eles gostam dela por sua aparência e

não 'por ela em si', e, posteriormente, porque eles estão interessados ou não nela sexualmente ao invés de naquele eu indefinível.

1.9 O corpo “para” a Sociedade Moderna

Durante a adolescência, o jovem enfrenta diversos lutos fundamentais para a construção de sua nova identidade diante a sociedade. A perda dos pais da infância, da identidade infantil, da bissexualidade e principalmente do corpo infantil, são lutos que causam sentimentos de desproporção, estranheza e passividade a adolescente. São vividas fases de negação e fuga, revolta e depressão, elaboração e aceitação.

Dentro da etapa de luto, pode ocorrer a revolta tanto para si mesmo quanto para o meio externo, ou seja, a família, a escola e a sociedade.

Um aspecto que deve ser destacado é a influência do corpo idealizado. Quanto mais esse corpo for distante da realidade, maiores são as possibilidades de conflitos que levam a depressão, isolamento e tentativas frustradas de controle.

{ Acontece um bombardeio da sociedade com as mais variadas imagens e informações, cuja função é fazer da adolescente uma consumidora. Dessa forma, cada momento histórico, tem um modelo de corpo ideal, para os dois sexos, que determina um padrão de normalidade. Muitas das indagações da adolescente a respeito de sua normalidade são ocasionadas pela falta de informações sobre as mesmas. Toda a inquietação e elaboração de lutos representam o estado de mutação e a constante reformulação que atormenta a adolescente em uma sociedade competitiva. Segundo Schilder (1994, p.31):

(...) não devemos subestimar a importância da beleza e da feiúra reais na vida humana. A beleza pode ser uma promessa de satisfação. Nossa própria beleza ou feiúra não contam apenas para a imagem que temos de nós mesmos, mas também para a que os outros constroem a nosso respeito e que tomamos de volta. A imagem corporal é resultado da vida social. Certamente a beleza e a feiúra não são fenômenos do indivíduo isolado, mas fenômenos sociais da maior importância.

‡ No decorrer da História, o tamanho ideal do corpo passou por inúmeras variações. Fischier (1995) afirma que, há um século, os gordos eram amados nos países ocidentais desenvolvidos. Atualmente, os mesmos países amam os magros. O corpo perfeito simboliza controle, e ser magro e ter bom preparo físico está associado culturalmente a valores como conseguir tolerar frustrações e a capacidade de trabalhar com disciplina. ‡

Existe nas mulheres uma relação de maior insatisfação com seus corpos. Segundo Herscovici (1997), esse fato pode ser explicado pela distinta valorização social dos sexos. Do sexo masculino, em linhas gerais, se espera características como inteligência, força e adequado nível social. No entanto, é exigido da mulher a aparência atraente, dócil e maternal. O paradoxo que rodeia a mulher da nossa época é que apesar de ter adquirido uma maior independência econômica, ainda existe insegurança frente a seu próprio corpo, submetendo-a aos valores vigentes.

Herscovici (1997) aponta que um papel de destaque é ocupado pelas revistas femininas, divulgando conceitos de nutrição e dieta. A abordagem desses temas está associada às mudanças que ocorreram na moda a partir do final dos anos 60, com o começo da “moda para todos”. As mulheres, aspirantes da beleza, consomem cada vez mais produtos para embelezar o corpo, cujo preço parece pouco importante frente ao valor psicológico agregado.

A crise da adolescência é necessária para o desenvolvimento integral do indivíduo. A crise que ocorre com as adolescentes, as tornam presas fáceis diante a qualquer imposição social que aparecer. Para Osório (1992, p.47), “(...) sem rebeldia e sem contestação não há adolescência normal”. Essa contestação seria uma maneira de buscar novas identidades, definir a personalidade, testar diferentes formas de melhor aproveitar esta etapa, no sentido de não a encararmos como apenas uma afronta. É necessário reconhecer nos conflitos e no comportamento do adolescente o confronto cultural e ideológico com uma civilização em crise. E, a sua importância como uma força criativa fundamental não só para o crescimento do adolescente, mas da sociedade em sua globalidade. (BECKER, 1993)

A aparência pessoal desempenha grande papel na aceitabilidade social, um pequeno afastamento do padrão ideal torna-se uma questão de preocupação e aborrecimento. Friedenberg apud Campos (1991) postula uma incompatibilidade essencial entre a sociedade moderna e a adolescência. Através do conflito com a sociedade a adolescente forma sua identidade. Considerando que a sociedade moderna enfatiza a conformidade e a institucionalização, idealiza

a organização humana, destrói a individualidade e entra em conflito com aquilo de que depende a auto-definição do adolescente. Naturalmente, esta sociedade é amargamente hostil e destrutiva, em relação aos objetivos positivos da adolescência. A sociedade moderna, ao invés de atuar na produção de reais adolescentes lutadores, está formando jovens conformistas, homogeneamente identificados com o padrão atual de beleza.

Contrariamente, Keniston apud Campos (1991), defende a afirmação que a sociedade moderna, longe de produzir aspectos homogêneos e um prematuro estabelecimento da identidade nos adolescentes, apenas contribui progressivamente para alienar os jovens dos sistemas de valores adultos. Segundo Campos (1991), enquanto Friedenberg vê o desaparecimento da adolescência como uma fase distinta do ciclo vital, Keniston prediz que a juventude progressivamente, terá uma cultura especial, com características próprias, que não são encontradas na infância ou na fase adulta. Para Friedenberg, o processo da autodefinição do adolescente está se tornando obsoleto. Já Keniston, considera as diferenças, que percebe entre a cultura da juventude e a sociedade do adulto, como meios de propiciar uma oportunidade para a experimentação a serviço da escolha inconsciente, das opções mais seguras e dos compromissos a título experimental, no interesse da futura autodefinição.

A adolescência é um período de modificações extremas, e a discordância com o próprio corpo é capaz de romper o equilíbrio das sensibilidades provenientes de todas as partes corporais. A compreensão das pessoas que estão envolvidas no universo da adolescente interfere direta ou indiretamente em seus referenciais, podendo ajudá-la a superar mais rapidamente e encarar de forma mais natural, esse processo que faz parte da vida, assim como tantos outros.

Constatamos que é uma tarefa difícil tentar transmitir quais acontecimentos marcam os anos em que a criança desabrocha para a vida adulta. No entanto, as emoções conflitantes, as mudanças corporais e a luta pelo autocontrole levam o adolescente a buscar sua auto-expressão sob o impacto de sensações e impulsos que dificilmente são entendidos, mas que merecem atenção especial.

2 OS PRINCIPAIS TRANSTORNOS ALIMENTARES DA ADOLESCÊNCIA FEMININA

Anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica, são transtornos da alimentação que têm existido desde tempos primitivos na civilização ocidental.

Os transtornos alimentares são entidades ou síndromes e não doenças com uma causa, curso e patologia comuns. Esses transtornos são melhor conceituados como síndromes, sendo portanto, classificados à base dos agrupamentos de sintomas que estão presentes. (HALMI apud TALBOTT; HALES; YUDOFKY, 1992)

A cada ano, milhões de pessoas desenvolvem graves transtornos do comportamento alimentar. A grande maioria, representando mais de 90%, são adolescentes e mulheres jovens. Uma das razões pela qual mulheres dessa faixa etária são mais vulneráveis a transtornos alimentares é a tendência de fazerem regimes rigorosos para obterem uma silhueta “ideal”. Especialistas descobriram que tais regimes desempenham um papel fundamental no acometimento de transtornos alimentares, sendo que em 10% dos casos ocorre morte por desnutrição, parada cardíaca ou suicídio. (BECHELLI, 1998)

A anorexia nervosa representa um estado de inanição deliberado, e auto-imposto, devido à busca pelo corpo ideal, levando aos mais variados graus de emagrecimento. A bulimia nervosa é caracterizada por episódios de compulsões alimentares acompanhadas por um senso de perda do controle, sucedido pela auto-indução de vômito ou uso de laxantes, na busca de controlar o peso corporal. Os indivíduos com anorexia e bulimia nervosas têm um excesso de preocupação com o peso e formas corporais, apresentando características patológicas.

O sintoma bulimia visto isoladamente, descreve compulsões alimentares periódicas, ou seja, o consumo de uma grande quantidade de comida em um período curto de tempo com um senso de perda de controle. A bulimia pode ser um componente da síndrome de anorexia nervosa e também é encontrada como síndrome distinta, a bulimia nervosa.

O transtorno da compulsão alimentar periódica designa uma síndrome que exhibe a maioria das características clínicas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, porém, não satisfaz os critérios para uma síndrome completa.

Este capítulo tem como objetivo orientar o leitor sobre as possíveis interações dos sinais e sintomas psicológicos e as alterações fisiológicas nos transtornos alimentares, assim como, aspectos clínicos, epidemiologia, complicações médicas, patogênese, curso e prognóstico. Iniciaremos nossa discussão abordando a fisiologia do comer.

2.1 Fisiologia do Comer

(item inteiramente baseado em Halmi apud Talbott; Hales; Yudofsky, 1992)

Para melhor entendermos a fisiologia do comportamento alimentar, devemos ampliar nossos conhecimentos sobre a teoria dual dos centros hipotalâmicos facilitadores e inibidores do comer. Estes centros situados no hipotálamo são parte de um amplo complexo de interações neurorreguladoras que inclui um sistema periférico de saciedade (hormônios gastrintestinais e pancreáticos liberados pelo alimento passado pelo trato gastrintestinal) e uma vasta rede neural afetando a alimentação dentro do cérebro. O ato de se alimentar é atualmente reconhecido como uma interação entre o estudo fisiológico de um organismo e as condições ambientais. As variáveis fisiológicas incluem o equilíbrio de vários neuropeptídeos e neurotransmissores, taxa metabólica, estado metabólico, condição do trato intestinal, receptores sensoriais para paladar e olfato e quantidade de tecido de reserva. As condições ambientais expressam aspectos do alimento, como paladar, inovação, textura, acessibilidade e composição nutritiva, e outras condições externas, como estresse, temperatura ambiental e presença de outras pessoas.

Outro aspecto que deve ser salientado é o reconhecimento do papel dos componentes condicionados (aprendidos) na iniciação e término da ingestão de nutrientes.

O estudo das vias catecolaminérgicas no hipotálamo, por Leïbowitz e associados em 1980, levou a descoberta do papel de receptores alfa-2-adrenérgicos no núcleo paraventricular (NPV) e dos receptores beta-2-adrenérgicos no hipotálamo perifornical (HPF) na alimentação. Micro injeções e de agonistas de alfa-2-adrenérgicos ao NPV produz hiperfagia e causa uma ingestão preferencial de carboidratos. O circuito responsivo beta-2-adrenérgico no HPV inibe a alimentação.

A serotonina é uma facilitadora da saciedade e pode, em parte, controlar a ingestão de carboidratos. A dopamina também tem suas implicações no comportamento alimentar. Em baixas doses, a dopamina e seus agonista, estimulam a alimentação, enquanto doses mais elevadas, inibem o comportamento alimentar.

O fator liberador de corticotropina (CRF) age dentro do NPV para inibir a alimentação. A norepinefrina (NE) parece coibir a efeito inibidor da alimentação do CRF. O polipeptídeo YY (PYY) é o mais potente estimulador da alimentação. Um outro polipeptídeo pancreático, o neuropeptídeo Y (NPY) aumenta tanto a ingestão de alimento como de água quando injetado dentro do NPV.

O comer induzido por estresse é provavelmente induzido por ativação do sistema opiáceo. A dimorfina, um ligante receptor de opiáceo capa, estimula a alimentação. O local de ação da dimorfina parece ser o núcleo paraventricular.

Diversos peptídeos são liberados do trato gastrintestinal pelo alimento ingerido. Alguns deles inibem a alimentação pela ativação de fibras vagais ascendentes. Dentre esses peptídeos, podemos citar a coletóquina, o glucagon, a somatostatina e o hormônio liberador de tirotropina.

A bombesina é um peptídeo gástrico que inibe a alimentação independentemente das fibras vagais. O peptídeo liberador de gastrina e calcitonina também inibem a alimentação.

2.2 Etiologia dos Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares são resultado da interação de fatores psicológicos, físicos e sociais. Aproximadamente, cerca de 20% a 30% das pacientes com bulimia nervosa apresentam antecedentes de anorexia nervosa. Considerando que os dois distúrbios são bastante semelhantes,

é razoável a suposição que os fatores etiológicos relevantes para a anorexia nervosa também o sejam para a bulimia nervosa. (SCIVOLETTO et al., 1995)

Devemos destacar a grande importância dos fatores psicossociais na gênese e manutenção destes distúrbios. Padrões estéticos impostos atualmente, apontam a magreza como sendo o ideal corpóreo, tendo participação ativa no quadro clínico.

Já, o transtorno da compulsão alimentar periódica, possui relação com uma população não clínica e com pessoas obesas que buscam tratamento, não ocorrendo exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Tabela 01 - Fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores dos transtornos alimentares

Fatores predisponentes:

Sociais:

. Pressão, nas sociedades ocidentais, para a mulher ser magra.

Familiares:

. Relato de famílias superprotetoras, rígidas e difícil resolução de conflitos;

. História familiar de anorexia nervosa e obesidade (para bulimia);

. História familiar de transtornos afetivos (para bulimia).

Genéticos:

. Maior concordância entre gêmeos monozigóticos de que dizigóticos para anorexia nervosa.

Individual:

. Baixa auto-estima, perfeccionismo e auto-afirmação baseada na imagem corporal e desempenho no trabalho;

. História de anorexia nervosa (para bulimia).

Fatores precipitantes:

Geralmente não são identificados. Para bulimia, uma minoria pode ser percebida por quadros depressivos.

Fatores mantenedores:

Sociais:

. Padrão de beleza de mulher magra influencia a paciente a resistir ao ganho de peso.

Familiares:

. Senso de poder e influência sobre a dinâmica familiar obtido pela paciente através da doença (para anorexia).

Individuais:

. Sintomas de desnutrição (isolamento social, diminuição de interesse, preocupação constante com comida) mantêm a anorexia;

. Uma vez estabelecida, a alteração psicopatológica central mantêm a anorexia quanto a bulimia nervosas;

. Indução de vômito possibilita um novo episódio bulímico, uma vez que diminui o medo do ganho de peso associado aos episódios de "comer compulsivo."

Fonte: Scivoletto et al., 1995, p.134

2.3 Anorexia Nervosa

2.3.1 Definição

Aproximadamente 1% das meninas adolescentes desenvolve anorexia nervosa, uma perigosa síndrome que pode literalmente levar a morte por desnutrição. (BECHELLI, 1998)

O termo anorexia deriva do grego orex (apetite) acrescido do prefixo an (privação, ausência). O significado da expressão anorexia nervosa implica na perda de apetite de origem nervosa, não sendo adequado seu conceito, considerando que, pelo menos no início do quadro, há uma luta ativa contra a fome. Para Scivoletto et al. (1995), devido a procura incansável pelo emagrecimento contínuo, em sua forma clássica, a anorexia nervosa se desenvolve em mulheres jovens e adolescentes após a puberdade, levando a paciente a uma perda de peso severa e auto-induzida, utilizando-se dos mais diferentes e, por vezes, bizarros recursos. Está presente, uma distorção marcante na avaliação da imagem corporal, como o aspecto psicopatológico fundamental do quadro que, juntamente com a interrupção dos ciclos menstruais completam os sinais clínicos. As pacientes mantêm o peso corporal abaixo dos valores normais mínimos para sua idade e altura.

A anorexia nervosa é uma síndrome caracterizada por preocupação com o peso físico e com comida, comportamento dirigido à perda de peso, padrões peculiares de manuseio de alimentos, distúrbio da imagem corporal e amenorréia. (TALBOTT; HALES; YUDOFISKY, 1992)

2.3.2 Classificação

As pacientes com anorexia podem ser divididas em dois subgrupos, relacionadas aos seus hábitos alimentares: o subgrupo restritivo, que possui um rígido controle sobre a ingestão alimentar, e o subgrupo bulímico, no qual os intervalos de controle de ingestão alimentar são interrompidos por episódios de “comer compulsivo” com posterior indução de vômitos, uso de laxantes e diuréticos ou excesso de exercícios físicos visando evitar o ganho de peso (comportamentos purgativos).

O subtipo restritivo controla o peso limitando sua ingestão diária de calorias a apenas algumas centenas, selecionando alimentos pouco calóricos. Demonstram, na maioria das vezes, sintomas obsessivo-compulsivos relacionados aos alimentos e a outros aspectos da vida diária.(SCIVOLETTO et al., 1995)

Os subgrupos restritivo e bulímico não são estanques, os comportamentos característicos de cada subgrupo podem se alternar em um mesmo paciente.

A divergência dos anoréxicos bulímicos para os bulímicos é que os primeiros mantêm o peso corporal abaixo dos valores mínimos, enquanto os últimos apresentam peso normal ou acima da média.

2.3.3 Classificação Diagnóstica

A Associação Americana de Psiquiatria definiu na quarta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV, American Psychiatric Association, 1994) critérios para o diagnóstico desta patologia, que são baseados nos sintomas principais do quadro clínico.

Quadro 02 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-307.1 Anorexia Nervosa

- a) Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex. perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal abaixo de 85% do esperado).
- b) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
- c) Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
- d) Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex. estrógeno).

Especificar tipo:

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

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Fonte: Nunes et al., 1998, p.23

Garfinkel apud Nunes et al. (1998) também tece comentários sobre a classificação da anorexia nervosa, sendo sintetizados como segue:

1-) Comportamento e acentuada perda de peso. Há um consenso de que o impulso para a magreza é necessário para o diagnóstico. Esse impulso foi descrito de diferentes maneiras por vários investigadores: busca da magreza como um prazer em si só, por Ziegler e Sous, em

1968, perseguição da magreza por Theander, em 1970, e perseguição implacável da magreza por Hilde Bruch, em 1974. Embora tenha havido concordância quanto ao desejo de emagrecer e à necessidade de perda de peso, a quantidade de peso perdido, para o estabelecimento do diagnóstico, tem variado ao longo do tempo. Para Garfinkel (1992), essa variação não é de todo surpreendente, tendo em vista a ausência de estudos que determinem quando os sintomas da desnutrição aparecem de fato ou quando se manifestam primeiramente as consequências psicológicas. Em 1980, no DSM-III, a perda de peso requerida para permitir o diagnóstico era de mais de 25% do peso pré-mórbido. Em 1987, no DSM-III-R, e em 1994, no DSM-IV, o critério foi modificado para perda de 15% do peso esperado, passando, assim, a permitir o diagnóstico mais precoce e a abranger pacientes ainda em fase de crescimento e desenvolvimento (crianças e adolescentes).

2-) Medo mórbido de engordar. Esse critério corresponde aos critérios B e C do atual DSM-IV. Aqui estão envolvidos tanto o medo intenso de engordar como a auto-estima regulada pela excessiva preocupação com o peso e a aparência. Esta preocupação está relacionada com atitudes e sentimentos acerca do corpo e de partes específicas do mesmo. A presença dessa psicopatologia é demonstrada em estudos empíricos que utilizaram instrumentos e entrevistas estruturadas. A forma de perceber o próprio peso corporal e os sentimentos daí decorrentes auxiliam no diagnóstico diferencial entre anorexia nervosa e outras doenças psiquiátricas.

Crisp descreveu uma fobia por peso caracterizada por uma preocupação das pacientes anoréxicas em manter o peso corporal abaixo do correspondente ao peso puberal (Crisp, 1995). Em 1980, no DSM-III, esse mesmo critério foi descrito em termos de imagem corporal. Muitos estudos apontaram, desde então, que nem todos os pacientes superestimavam a imagem corporal e que essa idéia não era exclusiva de pacientes anoréxicos. Em decorrência disso, seria apropriado mudar o critério. Já em 1987, no DSM-III-R, foram enfocadas a atitude e as dimensões afetivas da imagem corporal, e o critério passou a ser descrito como "distúrbio na maneira pela qual alguém experiencia o peso, a forma ou o tamanho do corpo (...) a pessoa se sente gorda, mesmo emagrecida, e acredita que uma parte de seu corpo está muito gorda, mesmo quando obviamente está abaixo do peso". Expresso dessa forma, ele ficou muito semelhante a um dos critérios utilizados para diagnosticar bulimia nervosa. Em 1994, no DSM-IV, foi-lhe adicionada a preocupação central do paciente com o peso e a forma do corpo em si, além da

negação, pelo paciente, das sérias conseqüências da perda de peso. Cabe ressaltar que essa importante negação já havia sido descrita por Lasègue, em 1873.

3-) Alteração endocrinológica. Este critério corresponde ao critério D do DSM-IV. Não há dúvidas de que a amenorréia é um achado comum na anorexia nervosa e que, em parte, a cessão do ciclo menstrual está relacionada à perda de peso corporal e de gordura. Porém, alguns autores (Garfinkel et al., 1996) questionam a amenorréia como critério diagnóstico, pois a presença desse achado não está completamente compreendida na anorexia nervosa e pode ocorrer, numa maioria de pacientes, antes de qualquer perda significativa de peso. Existem dúvidas se a inclusão da amenorréia como critério diagnóstico afetaria a definição de um caso, pois estudos recentes relatam que existem casos, nos quais as pacientes têm muitos sintomas psicológicos e comportamentais da anorexia nervosa, mas ainda menstruam, apesar da perda de peso. Há ainda uma significativa proporção de mulheres que seriam classificadas como portadoras de anorexia nervosa subclínica por não preencherem todos os critérios para uma síndrome completa e não apresentarem ainda ausência de três ciclos menstruais consecutivos (o que corresponde, na CID-10, à classificação de anorexia atípica). A permanência do critério amenorréia no DSM-IV está relacionada aos estudos iniciais sobre a síndrome da anorexia nervosa, nos quais eram focadas as alterações físicas proeminentes da doença em si, e às confusões históricas entre doença hipotalâmica primária e anorexia nervosa.

Porém, a classificação oficial no Brasil, desde 1º de janeiro de 1996, obedece os critérios da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), existindo uma subdivisão em anorexia nervosa e anorexia nervosa atípica.

Quadro 03 - Critérios da CID-10

F50 Transtornos alimentares

Sob o título de transtornos alimentares, duas síndromes importantes e bem definidas são descritas, anorexia nervosa e bulimia nervosa. Transtornos bulímicos menos específicos também merecem lugar, tal como a hiperfagia quando ela é associada a perturbações psicológicas.

Exclui: anorexia ou perda de apetite SOE (R63.0)
Dificuldades e descontrole alimentares (R63.3)
Transtorno de alimentação na infância (F98.2)
pica em crianças (F98.3)

Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

F50.0 Anorexia nervosa:

- a) O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice da massa corporal de Quetelet em 17,5 ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.
- b) A perda de peso é auto-induzida por abstenção de "alimentos que engordam" e um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos.
- c) Há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica, por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusa e sobrevalorada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.
- d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres, como amenorréia e, em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônios do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoideano e anormalidade de secreção da insulina.
- e) Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa, nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária, nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia.

F50.1 Anorexia nervosa atípica

Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais de aspectos-chave da anorexia nervosa (F50.0), tais como amenorréia ou perda de peso significativa, estão ausentes, mas que, por outro lado, apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais ou em atenção primária. Pacientes que têm todos os sintomas-chave, mas somente num grau leve, podem também ser melhor descritos através desse Termo. Ele, não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas que são decorrentes de uma doença física conhecida.

2.3.4 Epidemiologia, Curso e Prognóstico

Scivoletto et al. afirmam que a anorexia nervosa é oito vezes mais freqüente em mulheres do que em homens, ocorrendo principalmente nas grandes metrópoles e nas classes sociais média e alta. Normalmente, 85% dos casos desenvolvem-se entre 13 e 20 anos de idade. Um aumento da incidência da síndrome ao longo das últimas décadas vem sendo fortemente sugerido, bem como o início mais precoce.

Para Fenwick apud Silverman (1992), a anorexia nervosa acomete as pessoas jovens, tendo seu primeiro surgimento entre os 15 e 20 anos. Ocorre principalmente no sexo feminino, mas meninos estão sujeitos a ela. Possui uma maior abrangência entre as classes mais abastadas da sociedade do que entre aquelas que buscam seu pão através da luta diária. Quase sempre, mesmo no período inicial o humor é irritável, a paciente se torna obstinada, apresentando uma inquietude marcante.

O curso da anorexia nervosa depende de um único episódio com recuperação psicológica e de peso, a reabilitação nutricional com relapsos, até um curso ininterrupto resultando em morte.

Dois dos estudos e acompanhamentos de longo prazo mais metodologicamente satisfatórios revelaram uma taxa de mortalidade de 6,6% em 10 anos, após um programa de tratamento bem definido e uma taxa de morte de 18% no acompanhamento de 30 anos. (EKERT; HALMI; THEANDER apud TALBOTT; HALES; YUDOFISKY, 1992)

A síndrome apresenta três fases distintas: na primeira surgem as dificuldades digestivas, a redução da ingestão alimentar e acentuada hiperatividade; a segunda confere um estado chamado "perversão mental", que é claramente reforçada pela ansiedade familiar quanto à condição emagrecedora da paciente e pela própria preocupação da paciente com seu meio ambiente. Na terceira fase encontramos caquexia, depressão extrema, perda da elasticidade da pele, palidez, amenorréia, retração abdominal, constipação e astenia. A última fase é descrita por Lasègue da seguinte maneira:

Após alguns meses, a paciente finalmente chega a um estado que pode certamente ser chamado anorexia histérica. A família se acha em tumulto. Persuasão e ameaças apenas produzem maior obstinação. O horizonte mental e interesse da paciente continuam encolhendo, e idéias ou delírios hipocondríacos intervêm com freqüência. O médico

perdeu sua autoridade; medicamentos não têm mais efeito, exceto laxantes que agem contra a constipação. As pacientes dizem que nunca se sentiram melhor, não reclamam de nada, não percebem que estão doentes e não desejam ser curadas. Essa descrição seria, no entanto, incompleta sem referência à sua vida em casa. Ambas, paciente e sua família, formam um todo entrelaçado, e obtemos um quadro falso da doença se limitarmos nossas observações apenas às pacientes. (LASÈGUE apud PALLAZOLI, 1985, p.5)

Estudos que acompanharam a evolução da anorexia nervosa em pacientes por 5 a 10 anos indicam que praticamente metade da amostra se recuperou; em torno de ¼ não melhorou ou morreu. As taxas de mortalidade em estudos recentes ficaram em torno de 5%. Duas pesquisas recentes, realizadas na Suécia e na Inglaterra, acompanharam pacientes por 20 a 30 anos. Ambas documentaram uma mortalidade alarmante de 18%, por complicações da anorexia nervosa e por suicídio de pacientes crônicos. Atualmente, estudos têm demonstrado repetidamente que um início precoce assinala bom prognóstico. Indicadores de um resultado favorável são: menos negação, menos imaturidade, maior auto-estima. Fatores como conflito parental, bulimia nervosa, vômitos, abuso de laxantes e várias manifestações comportamentais (como sintomas obsessivo-compulsivo, depressivos, histéricos, psicossomáticos, neuróticos e de negação) foram relacionados a uma evolução insatisfatória de alguns estudos, porém, não foram significativos a ponto de afetar o resultado em outros casos. Aproximadamente 30 a 50% das pacientes que apresentam um quadro de anorexia nervosa têm os sintomas de bulimia nervosa, que em geral ocorrem dentro de 18 meses após o início da anorexia nervosa. (KAPLAN; SADOCK, 1999)

2.3.5 Quadro Clínico

Como dito anteriormente, a anorexia nervosa ocorre freqüentemente na adolescência, tendo seu início na faixa etária dos 13 aos 17 anos. Porém, já existem relatos de início pré-puberal bem documentados (GARFINKEL, 1998)

A doença parte de uma dieta restritiva e persistente, evitando alimentos que permite ganho ponderal, geralmente carboidratos. O quadro costuma ter como fator desencadeante algum acontecimento significativo, como perdas, separações, doença orgânica, entre outras.

Com a evolução do quadro, a pessoa passa a viver exclusivamente em função da dieta, peso e forma corporal. O desenvolvimento desse transtorno da alimentação caracteriza-se por uma contínua redução de peso. A distorção da imagem corporal acomete a maioria dos casos, mas pode não ocorrer. Com a imagem corporal desequilibrada, a pessoa se sente gorda mesmo em estágios avançados de desnutrição.

O hábito alimentar torna-se, secreto e ritualizado (comportamento obsessivo-compulsivo). Orgias alimentares são freqüentes, pois a pessoa começa a experimentar comidas antes consideradas proibidas. Para neutralizá-las, as pacientes empenham-se em atitudes como indução de vômitos, uso de laxantes e exercícios extenuantes. Ocorre o isolamento da família e dos amigos. Para a família, a anoréxica é vista como uma filha perfeita, dócil e obediente.

A desnutrição gerada pela diminuição de ingestão de alimentos acarreta perda do hiperinvestimento escolar e a aluna torna-se mais formal que criativa. O padrão cognitivo típico das pacientes anoréxicas é o de um pensamento dicotômico, estando presentes as formas de pensar “tudo ou nada.”

Outros sintomas que se associam aos descritos nas características diagnósticas são humor depressivo, isolamento social, insônia, irritabilidade e diminuição do interesse sexual. O sentimento de incapacidade esta presente na maioria dos casos.

Para a paciente anoréxica existe uma forte preocupação de comer em público, sentimentos de incapacidade, necessidade de um maior controle do ambiente, rigidez de pensamento, espontaneidade social diminuída, diminuição da iniciativa e da expressão emocional. Existem também, referências sobre sintomas ansiosos com freqüência elevada que, muitas vezes, relacionam-se com situações que envolvam a alimentação. (SCIVOLETTO et al., 1995)

Os indivíduos do subtipo restritivo mostram uma melhor tendência a problemas relacionados aos impulsos alimentares que os pacientes do subtipo bulímico, e também exibem uma menor labilidade emocional.

Um grande número de pacientes com anorexia nervosa não se queixam de problemas físicos, no entanto, uma anamnese detalhada pode revelar queixas de constipação, intolerância ao frio, dores abdominais e letargia. No exame físico, podemos perceber diferentes anormalidades clínicas: aparência física edemaciada, pele seca, cabelos finos e quebradiços e leve alopecia.

Algumas pacientes apresentam edema periférico, principalmente quando começam a recuperar o peso ou quando interrompem o uso de diuréticos e laxantes.

As alterações endócrinas mais frequentes são: anormalidade da função tireoidiana, amenorréia e um estado de hipercortisolismo. Patologias associadas como anemia normocítica e normocrônica, diminuição da função renal, problemas cardiovasculares e osteoporose (resultante da baixa ingestão e absorção de cálcio, secreção reduzida de estrógeno e aumento do cortisol), podem surgir devido a desnutrição. (APA apud SCIVOLETTO et al., 1995)

Dentro das alterações laboratoriais encontradas temos: hematológicas (leucopenia e anemia); químicas (desidratação pelo aumento da uréia plasmática, hipercolesterolemia, hipocloremia, hipocalemia e acidose metabólica); endocrinológicas (níveis limites de tiroxina (T4) e diminuição dos níveis de estrógeno); eletrocardiográficas (bradicardia sinusal e raramente, arritmias).

2.3.6 Etiologia e Patogênese

Uma etiologia e patogênese específica que leva ao desenvolvimento da anorexia nervosa é desconhecida. A síndrome começa após um período de severa privação de alimento, que pode ser devido a:

- ✓ dieta intencional com o objetivo de ficar mais atraente;
- ✓ dieta intencional com o objetivo de ser mais profissionalmente competente (dançarinas, ginastas)
- ✓ restrição de alimento secundária a doença severa, e
- ✓ restrição de alimento secundária a doença severa e/ou cirurgia (TALBOTT; HALES; YUDOFISKY, 1992)

As teorias psicológicas que se relacionam às causas de anorexia nervosa se concentram principalmente em mecanismos fóbicos e formulações psicodinâmicas. Crispo apud Talbott; Hales; Yudofsky (1992) afirmava que a anorexia nervosa é uma resposta de evitação fóbica do alimento, resultante da tensão sexual e social gerada pelas alterações físicas associadas com a puberdade.

Os enfoques das teorias psicodinâmicas são as fantasias de fecundação oral e relações sedutoras dependentes com pais apaixonados, passivos e culpa pela agressividade em relação a mães consideradas de forma ambivalente.

Para Bruch apud Tabbott; Hales; Yudofsky (1992) a causa da anorexia nervosa é um defeito cognitivo e perceptivo no desenvolvimento. A autora descreveu os distúrbios da imagem corporal (negação e emagrecimento), distúrbios na percepção (ausência de reconhecimento ou negação de fadiga, fraqueza, fome), e um senso de ineficiência como sendo causados por falsas experiências de aprendizagem.

Russel apud Talbott, Hales; Yudofsky (1992) relatou que a amenorréia é causada por um distúrbio primário da função do hipotálamo e que a expressão total deste distúrbio é causada pelo estresse psicológico.

O apoio adicional de um distúrbio nas funções hipotalâmicas na anorexia nervosa provém de estudos recentes de neurotransmissores. A produção de cortisol aumentada presente nesta síndrome foi recentemente registrada no hipotálamo. Dois grupos de pesquisadores relataram que os anoréxicos tem CRF aumentado em seus líquidos cefalorraquidianos, o que levanta a provável hipótese que a produção aumentada de CRF do hipotálamo provoca as alterações de cortisol observadas na anorexia. Uma vez que, neurotransmissores centrais como dopamina, serotonina e norepinefrina influenciam o apetite, a saciedade e o comportamento alimentar, é razoável o estudo desses neurotransmissores em pacientes anoréxicos. (GOLD et al apud TALBOTT; HALES; YUDOFSKY, 1992)

Segundo Kaye et al. apud Talbott; Hales; Yudofsky (1992) existe um “turnover” diminuído de serotonina em anoréxicos bulímicos comparados com anoréxicos simples e também demonstraram baixos níveis de norepinefrina no líquido cefalorraquidiano de anoréxicos de longo prazo que pelo menos obtiveram um peso dentro de 15% de uma variação normal de peso.

Outro aspecto relevante, é que estudos de anorexia nervosa, têm demonstrado uma ocorrência familiar destes transtornos e uma alta associação com transtornos afetivos. Existe uma quantidade aumentada de transtornos afetivos nos parentes de primeiro grau de pacientes anoréxicos comparados com os parentes de primeiro grau de indivíduos de controle normais. (TALBOTT; HALES; YUDOFSKY, 1992)

2.3.7 Diagnóstico Diferencial

(item inteiramente baseado em Kaplan; Sadock, 1999)

Devido a negação dos sintomas pela paciente, pelo sigilo em torno dos rituais alimentares bizarros e pela resistência em procurar tratamento, o diagnóstico diferencial da anorexia nervosa mostra-se complicado.

Os transtornos depressivos e a anorexia nervosa têm características em comum, tais como: sentimento depressivo, crises de choro, distúrbios do sono, ruminações obsessivas e pensamento suicidas ocasionais. Geralmente, o paciente com transtorno depressivo tem o apetite diminuído, enquanto que na anorexia nervosa a paciente afirma ter um apetite normal e sentir fome. Somente nos estágios severos da anorexia é que o paciente realmente tem um apetite diminuído. Em contraste com a agitação depressiva, a hiperatividade vista na anorexia nervosa é planejada e ritualística. Também nos transtornos depressivos, a paciente não possui o medo intenso da obesidade ou distúrbios da imagem corporal, como ocorre na paciente com anorexia nervosa. A paciente deprimida exibe uma redução generalizada da auto-estima, enquanto que a mesma em pessoas com anorexia nervosa é governada pelo espelho e pela balança.

Nos transtornos de somatização estão presentes flutuações de peso, vômito e manejo peculiar dos alimentos. Em raras situações uma paciente preenche os critérios diagnósticos tanto para transtornos de somatização quanto para anorexia nervosa: nesse caso, ambos os diagnósticos devem ser feitos, normalmente, no transtorno de somatização, a perda de peso não é tão severa quanto na anorexia nervosa, e a amenorréia por três meses ou mais não é comum.

O diagnóstico diferencial também deve ser feito com doenças debilitantes (por ex. doença de Crohn), nas quais está presente variável perda de peso; doenças endócrinas (hipertireoidismo), doença de Addison ou diabete Mellitus) e transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, transtornos conversivos com vômito psicogênico e depressão).

Quadro 04 - Diagnósticos que podem estar associados ou não à anorexia nervosa

Diagnóstico	Sintoma	Correlação do Sintoma com Sintomas da Anorexia Nervosa
Fobia social	O indivíduo pode sentir embaraço ou sensação de humilhação ao ser visto comendo em público, mas também existem outros temores sociais, como medo de falar em público.	Também pode haver na anorexia nervosa, e fobia social pode ser um diagnóstico adicional à anorexia nervosa.
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	Podem existir obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, mas não são exclusivas a eles; podem não ser relacionadas a alimentos, e sim a outras áreas.	As obsessões e compulsões são específicas para alimentos e com a alimentação. Se existirem idéias obsessivas ou atos compulsivos em outras áreas fora da alimentação, transtorno obsessivo-compulsivo pode ser um diagnóstico adicional à anorexia nervosa.
Transtorno Dismórfico Corporal	Preocupação com um defeito imaginário na aparência física, não sendo exclusivo apenas à forma e ao tamanho do corpo. É mais frequente que a preocupação seja com um aspecto em especial, como a forma ou tamanho do nariz, por exemplo.	Preocupação excessiva com a forma e a aparência do corpo ou com uma parte do corpo em especial, geralmente abdômen, coxas e nádegas.

Fonte: Nunes et al., 1998, p.29

2.4 Bulimia Nervosa

2.4.1 Definição

Aproximadamente 2% a 3% de mulheres jovens desenvolvem bulimia nervosa, um padrão destrutivo de ingestão excessiva de alimentos, seguida de vômitos auto-induzidos ou comportamentos desintoxicantes para controlar o peso (BECHELLI, 1998)

Bulimia é simplesmente um termo que significa orgia alimentar. Já, a bulimia nervosa, é um transtorno no qual o comportamento de bulimia ou orgia alimentar é o comportamento predominante.

Orgia alimentar representa a ingestão rápida, episódica e incontrolável de quantidades exageradas de comida em um curto período de tempo. Dor ou desconforto abdominal, vômito auto-induzido, sono ou interrupção social, completam o episódio bulímico, que é repleto por sentimentos de culpa, depressão e auto aversão. Indivíduos bulímicos freqüentemente usam catárticos para controlar o peso e tem um padrão alimentar de orgias e jejuns alterado. (TALBOTT; HALES; YUDOFKY, 1992)

Os indivíduos que apresentam bulimia nervosa tem medo de não serem capazes de parar de comer voluntariamente. O alimento consumido durante os episódios de “orgia”, possuem uma textura que facilita rápida ingestão e geralmente tem um alto conteúdo calórico. Variações de peso corporal freqüentes ocorrem nessas pacientes, mas sem a gravidade de perda de peso encontrada na anorexia nervosa.

Assim, a bulimia nervosa pode ser caracterizada por episódios recorrentes de binge-eating (“comer compulsivo”), combinados com preocupações persistentes com o peso e a forma corporal (“medo mórbido de engordar”). Para evitar o ganho de peso, a paciente bulímica faz uso de laxantes, diuréticos, longos jejuns e exercícios físicos rigorosos.

Etimologicamente, a palavra bulimia origina-se do grego **bous** (boi) e **limus** (fome), representando, portanto, uma fome tão grande quanto a de um boi.

Portanto, não devemos esquecer que a bulimia como sintoma deve ser diferenciada da bulimia nervosa (síndrome). A bulimia pode se manifestar como hiperfagia, sintoma que pode estar presente em uma variedade de doenças orgânicas, síndromes neurológicas e genéticas, ou mesmo transtornos mentais.

O episódio bulímico apresenta algumas características específicas e, na maioria das vezes, não corresponde a um comportamento que visa apenas saciar uma fome exagerada, mas sim, atender a uma série de estados emocionais ou situações estressantes. Tais episódios, denominados na literatura clínica e científica inglesa de binge-eating ou binges não tem tradução adequada para o português sendo por vez referido como comer compulsivo ou episódios de “compulsão alimentar periódica”. (NUNES et al., 1998)

2.4.2 Classificação

Os pacientes que se enquadram dentro das características da bulimia nervosa podem ser classificados, pelo peso apresentado, em três grupos distintos: no primeiro grupo estariam os bulímicos com baixo peso corporal, que ocasionalmente pode também preencher os critérios para anorexia nervosa (subtipo bulímico); o segundo grupo é representado pelos bulímicos com peso normal; e o último grupo aqueles com o peso elevado que normalmente não utilizam o vômito forçado para o controle de peso.

Quanto ao subtipo, os pacientes bulímicos são classificados em :

1-) “Purging”(purgativo):

Refere-se a comportamentos orientados para a perda de peso que não impliquem na eliminação dos alimentos ingeridos de forma direta, isto é, recursos como vômitos, diuréticos e laxantes.

2-) “Não purging”(sem purgação)

Descreve a situação conhecida como “fobia de peso” ou “medo mórbido de engordar”. É um aspecto psicopatológico que não é expresso apenas pelo comportamento pessoal, mas também nos relacionamentos pessoais e familiares, tornando-se tema único nas conversas em que o paciente participa.

2.4.3 Classificação Diagnóstica

Russel foi o pesquisador que propôs pela primeira vez critérios diagnósticos para a bulimia nervosa. Em 1979, ele sugeriu três componentes classificatórios : (1) os pacientes sofrem de impulsos poderosos e intratáveis de comer demais; (2) eles procuram evitar os efeitos engordantes dos alimentos induzindo o vômito, abusando de purgantes ou ambos e (3) eles tem um medo mórbido de engordar. (KAPLAN; SADOCK, 1999, p.1475)

Esses critérios sofreram alterações, estando as mais recentes no DSM-IV.

Quadro 05- Critérios diagnósticos do DSM-IV para bulimia nervosa (APA, 1994)

**Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa do
DSM-IV (307.51)**

- a) Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos.
- 1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex. dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstância similares; e
 - 2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio; por ex. um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou o quanto está comendo);
- b) Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- c) A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.
- d) A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

e) O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Especificar tipo:

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

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

Fonte: Nunes et al., 1998, p.33

A classificação de transtornos mentais e de comportamentos da Classificação Internacional de Doenças - a CID 10 (OMS,1993) - apresenta basicamente os mesmos critérios que o DSM-IV. No entanto, esclarece que o termo bulimia nervosa deve ser restrito à forma do transtorno que está relacionada à anorexia nervosa, pois compartilham a mesma psicopatologia. Também, na CID -10 não existe a sub classificação de tipos da bulimia nervosa.

Quadro 06 - Critérios diagnósticos da CID-10 para bulimia nervosa

Diretrizes diagnósticos para Bulimia Nervosa (F50.2) da CID-10

(a) Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.

(b) O paciente tenta neutralizar os efeitos "de engordar" dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alterados de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoideanos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.

(c) A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há, freqüentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma "disfarçada" menor, com uma perda de peso moderada e/ou fase transitória de amenorréia.

Fonte: Nunes et al., 1998, p.34

2.4.4 Epidemiologia, Curso e Prognóstico

A prevalência de bulimia nervosa utilizando os critérios do DSM-IV (American Psychiatric Association - APA, 1994), é de aproximadamente 2% a 4% das mulheres em escolas

secundárias e universidades em países de primeiro mundo, embora pouco seja conhecido a respeito desse aspecto na população geral. A exemplo da anorexia nervosa, sugere-se que um aumento da incidência de bulimia nervosa, ao longo das últimas décadas, reflita a importância de fatores sócio-culturais. (SCIVOLETTO et al., 1995)

Caracteriza-se por ser uma doença predominantemente de mulheres jovens, de elevado nível sócio-cultural, “o início dos sintomas ocorrem entre 16 e 19 anos de idade, e a procura por tratamento médico ocorre cerca de cinco anos depois, frequentemente postergada em função dos sentimentos de culpa e vergonha que a paciente habitualmente apresenta”. (SCIVOLETTO, 1995, p.136).

Nunes et al. (1998) também tecem comentários a respeito do início da bulimia nervosa. Para os autores, a média de idade em que os sintomas bulímicos se iniciam, parece ser um pouco mais tardia do que na anorexia, acontecendo por volta dos 18 anos. Por vez, nem mesmo a família está ciente do problema, pois não há perda importante de peso nas maiorias dos casos.

Pacientes bulímicos compartilham características demográficas e clínicas com anoréxicas, entre elas, a predominância no sexo feminino (90% dos casos) e o acometimento prioritário de adolescentes e mulheres jovens. (NUNES et al., 1998)

Algumas profissões apresentam um risco maior de desenvolver a síndrome, como é o caso de boxers, atletas, bailarinas, manequins, jôqueis, e outras profissões ligadas a preocupação e ao rigor de controle do peso corporal.

Atualmente, a bulimia nervosa está aumentando em incidência. Profissionais da área da saúde revelaram que possivelmente, a bulimia nervosa possa substituir a forma restritiva da anorexia nervosa.

Não existe nenhum estudo a longo prazo sobre pacientes com bulimia nervosa. Portanto, não há informações sobre o curso natural do transtorno e sobre fatores prognósticos.

2.4.5 Quadro Clínico

A bulimia nervosa tem início em uma necessidade real ou imaginária de perder peso, decorrente da extrema insatisfação corporal. Comparada à anorexia, a bulimia é uma síndrome na

qual as adolescentes conseguem aceitar, na maioria das vezes, um peso que é mais adequado a sua idade e estatura, ainda que busquem se manter próximas aos limites inferiores dos padrões normais.

Na busca pelo emagrecimento, as bulímicas podem desenvolver um quadro de anorexia nervosa. A bulimia nervosa é o diagnóstico mais comum na evolução da anorexia nervosa. (HSU apud NUNES et al., 1988)

Os episódios bulímicos constantes, ou a compulsão alimentar periódica são marcantes na bulimia nervosa. No começo, as pacientes não imaginam que podem se tornar dependentes do ciclo de bulimia e purgação. “(...) o ciclo da bulimia-purgação é geralmente perpetuador, portanto, com o tempo o jogo vira, e são justamente os métodos purgativos que passam a liberar para os binges em condições outras que não apenas a fome”. (HERSCOVICI apud NUNES et al., 1998, p.35)

Diversos fatores podem desencadear episódios bulímicos, especialmente eventos estressantes da vida, como: rompimento afetivos, dificuldades interpessoais em relacionamentos, frustrações e rejeições.

Com o passar do tempo, os binges passam a ser planejados, as pacientes saem de casa para comprar os alimentos, gastando grande quantidade de dinheiro, ou até mesmo passam a roubar se necessário.

Nos episódios compulsivos as bulímicas ingerem em média, de duas a cinco mil calorias, havendo relatos superiores a 15 mil calorias em um único episódio. (WALSH apud NUNES et al., 1998)

Os recursos utilizados para compensar a ingestão calórica elevada são diversos. Algumas pacientes mastigam a comida e cospem antes de deglutí-la, porém o vômito provocado é o método de eleição da grande maioria. Muitas pacientes, acreditam que os laxantes impedem a absorção de calorias, e também utilizam essa via purgativa.

O uso contínuo de laxante, para contrapor a obstipação provocada pela dieta restritiva, ou para tratar uma distensão abdominal, pode gerar certas dependências. O intestino passa a necessitar de doses cada vez mais elevadas para obter efeitos similares, o que gera verdadeiro abuso de laxantes, com riscos de graves complicações clínicas (NUNES et al., 1998). Ocorre ainda um abuso perigoso de diuréticos visando a redução do inchaço corporal.

Os sintomas psíquicos relacionados à bulimia nervosa se assemelham aos apresentados na anorexia nervosa. No entanto, as bulímicas possuem uma tendência maior para quadros depressivos, particularmente distímia e sintomas graves de ansiedade. Os traços obsessivos não são tão marcantes quanto na anorexia nervosa.

Sintomas de ansiedade e depressão são comuns nessas pacientes, ou mesmo um transtorno de humor que pode levá-las a tentativa de suicídio. Juntamente à baixa auto estima, são comuns sentimentos de incompetência social, dificuldade em identificar e expressar afeto, alta necessidade de aprovação externa e hipersensibilidade às impressões de terceiros. (JOHNSON; CONNORS apud NUNES et al., 1992)

Freqüentemente conseguimos identificar também, distorções no funcionamento cognitivo que resultam em padrões de pensamento dicotomizados (“tudo ou nada”), como na anorexia nervosa.

Outro aspecto a ser enfatizado é a correlação entre pacientes bulímicas e usuários de drogas. O abuso e dependência de drogas, em particular álcool e estimulantes, ocorrem em cerca de 1/3 das bulímicas. A utilização de estimulantes geralmente se inicia como tentativa para controlar o apetite e o peso. Cerca de 1/3 a metade das pacientes bulímicas apresentam características de personalidade compatíveis com o diagnóstico de um ou mais transtornos de personalidade. (APA apud SCIVOLETTO et al., 1995)

Além dos aspectos psiquiátricos, essas pacientes possuem aspectos clínicos variáveis embora em menor gravidade, quando comparadas a anorexia nervosa. A regressão é rápida, quando o transtorno é tratado de forma efetiva, três principais sinais são relativamente simples de se observar ao exame físico, em função da indução de vômitos: hipertrofia bilateral das glândulas salivares, particularmente das parótidas; lesão de pele no dorso da mão também conhecida como sinal de Russel, causada pela introdução da mão na cavidade bucal para estimular o reflexo do vômito e, não menos importante, desgaste dentário provocado pelo suco gástrico dos vômitos, levando a descalcificação e aumento do risco de desenvolvimento das cáries.

Alterações hidroeletrolíticas e metabólicas, como desidratação, hipocalemia, hipomagnesemia, alcalose metabólica e hipocloremia são encontradas em 50% dos pacientes, conseqüências do abuso de laxantes e diuréticos, vômitos induzidos em jejum.

2.4.6 Etiologia e Patogênese

Fairborn; Cooper apud Talbott; Hales; Yudofsky (1992) verificaram que uma dieta rigorosa era o precipitante mais comumente associado ao comportamento de orgia alimentar, e um aceso de alimentação exacerbada era o precipitante mais comum para o início do comportamento de vômito. O período de dieta intensa pode influenciar a secreção de peptídeos e neurotransmissores, que por sua vez pode afetar os mecanismos de apetite e saciedade.

Um outro estudo comparou mulheres bulímicas com mulheres que abusavam de álcool e drogas no Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, descobrindo que os dois grupos tinham perfis semelhantes. Ambos tinham elevações nas escalas denotando depressão, raiva, rebeldia, ruminação, ansiedade, retraimento social e pensamento idiossincrásico (HATSUKAMI et al. apud TALBOTT; HALES; YUDOFSKY, 1992)

2.4.7 Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico da bulimia nervosa não pode ser realizado se os comportamentos compulsivos periódicos e purgativos ocorrem exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. Nesses casos, o diagnóstico é de anorexia nervosa tipo compulsão /purgação.

O médico deve estar ciente que o paciente não tem nenhuma doença neurológica, como convulsões do tipo epiléptico, tumores do sistema nervoso central, síndrome de Klüver-Bucy (manifesta agnosia visual, lamber e morder compulsivos, placidez, incapacidade de ignorar qualquer estímulo, hipersexualidade e especialmente hiperfagia). Já, a síndrome de Kleine-Levin consiste de hipersonia periódica durando por duas a três semanas e hiperfagia com início geralmente na adolescência, como na bulimia nervosa.

Agora que já esclarecemos as principais características das síndromes anorexia nervosa e bulimia nervosa, destacaremos através de uma tabela explicativa as complicações biológicas coincidentes em ambas as entidades.

Tabela 02 - Complicações biológicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa

Sintoma	Frequência	Causa
Eletrólito renal		
Hipocalemia	Comum	Perda de potássio por múltiplas vias (vômitos, diarreia e diuréticos)
Alcalose metabólica hipoclorêmica	Comum	Purgação
Nitrogênio da uréia sanguínea aumentado	Incomum	Desidratação
Edema	Comum	Não claramente entendida
Cálculos renais	Rara	Desidratação
Gastrointestinal		
Parotidite	Comum	Traumas mecânicos: inanição
Esvaziamento gástrico demorado	Comum	Inanição
Dilatação gástrica	Rara	Realimentação rápida
Constipação	Comum	Inanição; apoio em laxantes
Hiperamilasemia	Comum na Bulimia	Hipersecreção salivar ou pancreática
Ruptura gástrica ou esofágica	Rara	Compulsão alimentar
Síndrome da artéria mesentérica superior	Rara	Perda de peso
Cardiovascular		
Bradicardia	Comum	Inanição
Hipotensão	Comum	Inanição; depleção de líquido
Arritmias	Infrequente	Hipocalemia, ou pode ser provocada por exercícios na inanição
Cardiomiopatia	Rara	Toxicidade à emetina por ipeca
Hematológico		
Anemia	Infrequente	Hipoplasia de medula óssea devido à inanição
Trombocitopenia	Rara	Inanição
Hipercolesterolemia	Comum	Desconhecida
Hipercarotenemia	Infrequente	Ingestão de alimentos ricos em caroteno
Musculoesquelético		
Miopatia	Incomum	Inanição; hipocalemia, miotoxicidade à emetina por ipeca
Osteoporose e fraturas patológica	Incomum	Inanição
Dermatológico		
Pele seca, rachada	Comum	Desidratação, perda de gordura subcutânea
Desenvolvimento de lanugo	Comum	Desconhecida
Calos no dorso das mãos	Comum	Fricção contra os dentes na indução de vômitos
Dermatite perioral	Comum	Vômito

Pulmonar		
Pneumonia	Rara	Aspiração de vômito
Dental		
Cáries	Comum	Natureza ácida do vômito
Periodontite	Comum	Natureza ácida do vômito
Sistema nervoso central		
Alterações de eletroencefalograma (EEG)	Comum	Inanição
não específicas		
atrofia cortical reversível	Incomum	Inanição
Neuroendócrino		
Amenorréia	Comum	Peso baixo; estresse emocional
Oligomenorréia	Comum na bulimia	-

Fonte: Kaplan; Sadock, 1999, p.1481

2.5 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)

2.5.1 Definição

O transtorno da compulsão alimentar periódica representa uma nova categoria diagnóstica que requer estudos mais aprofundados. As fronteiras desse transtorno não estão claramente definidas, podendo haver um diagnóstico equivocado com a forma não-purgativa da bulimia nervosa.

Os indivíduos que apresentam episódios de compulsão alimentar, exibem a maioria das características clínicas centrais da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, mas não satisfazem os critérios para a síndrome completa. Segundo a classificação diagnóstica do DSM- IV, o transtorno da compulsão alimentar periódica enquadra-se em uma categoria residual utilizada para transtornos alimentares que não reúnem os critérios para um transtorno específico, sendo classificado como transtorno alimentar sem outra especificação (SOE).

A caracterização desse transtorno baseia-se na presença da compulsão alimentar, com a ausência de comportamentos regulares voltados para a eliminação do excesso alimentar e subsequente angústia devido à falta de controle sobre o episódio. Atualmente, essa síndrome é definida pela ingestão, em um limitado período de tempo, de uma quantidade de alimentos

definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob as mesmas circunstâncias, com sentimentos de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio. (STEFANO; BORGES; CLAUDINO, 2001/2002)

2.5.2 Epidemiologia

Os primeiros estudos realizados sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica demonstraram que essa síndrome é comum em uma população não-clínica (1,5 –2,0%) e entre indivíduos obesos que buscam tratamento (30%), de maneira que a definição do transtorno tem valor na descrição de uma população profundamente angustiada que anteriormente não satisfaziam os critérios para um transtorno alimentar. (KAPLAN; SADOCK, 1999)

2.5.3 Classificação Diagnóstica

A classificação diagnóstica para transtorno alimentar sem outra especificação, na qual enquadra-se o transtorno da compulsão alimentar periódica esta descrita à seguir.

Quadro 07- Critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno alimentar sem outra especificação.

Critérios Diagnósticos para Transtorno Alimentar sem outra especificação

A categoria “transtorno alimentar sem outra especificação” destina-se a transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para nenhum transtorno alimentar específico. Exemplos:

1) Para mulheres, todos os critérios para anorexia nervosa são satisfeitos, exceto pela presença de menstruações regulares.

2) Todos os critérios para anorexia nervosa são satisfeitos, exceto que, a despeito da perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está dentro da variação normal.

3) Todos os critérios para bulimia nervosa são satisfeitos, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem com uma frequência inferior a duas vezes por semana ou com uma duração inferior a de três meses.

4) O uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal após a ingestão de pequenas quantidades de alimento (p. ex., auto-indução de vômito após a ingestão de dois biscoitos).

5) Mastigar e cuspir fora sem engolir grandes quantidades de alimento.

6) Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de hiperfagia na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados característicos da bulimia nervosa.

2.5.4 Critérios de Pesquisa

No quadro subsequente estão propostos os critérios de pesquisa para o transtorno da compulsão alimentar periódica.

Quadro 08- Critérios de pesquisa do DSM-IV para transtornos da compulsão alimentar periódica.

Critérios de Pesquisa para Transtorno de Compulsão Periódica

A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado pelos seguintes critérios:

(1) Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo em 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 a ingestão de alimentos durante o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo).

B. Os episódios de compulsão periódica estão associados com três (ou mais) dos seguintes critérios:

(1) Comer muito mais rapidamente que o normal.

(2) Comer até sentir-se incomodamente repleto.

(3) Comer grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente faminto.

(4) Comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome.

(5) Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer e excesso.

C. Acentuada angústia com relação à compulsão periódica.

D. A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses. **Nota:** O método de determinação da frequência difere daquele usado para a bulimia nervosa, futuras pesquisas devem dirigir-se à decisão quanto ao método preferencial para o estabelecimento de um limiar de frequência, isto é, contar o número de dias nos quais ocorre a compulsão ou contar o número de episódios de compulsão periódica.

E. A compulsão periódica não está associada com uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (p. ex., purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre exclusivamente durante o curso da Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa

Fonte: Kaplan; Sadock, 1999, p. 1477

2.5.5 Diagnóstico Diferencial

O principal diagnóstico diferencial a ser realizado é com a bulimia nervosa. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem em ambos os casos, no entanto, as bulímicas são ainda mais preocupadas com o peso e, em geral, conseguem mantê-lo dentro dos limites normais. As bulímicas apresentam a tendência de compensar o excesso alimentar imediatamente após o episódio, com métodos purgativos (vômitos, laxantes, diuréticos). Dessa forma, os episódios bulímicos costumam ser mais facilmente identificados, pois seu término geralmente é marcado pela purgação. Os indivíduos com TCAP até podem utilizar métodos purgativos, mas não com tanta regularidade e frequência. Já o diagnóstico diferencial com bulímicas não-purgadoras é mais complexo. Exercícios físicos extenuantes e jejuns costumam ser utilizados como uma maneira de compensar um eventual ganho de peso com a compulsão, porém, esses comportamentos não são tão comuns em pacientes com TCAP. Outro diagnóstico diferencial a ser considerado é o quadro de depressão atípica, que, em geral, envolve ganho de peso e hiperfagia. (STEFANO; BORGES; CLAUDINO, 2001/2002)

Os transtornos alimentares são síndromes de elevado grau de complexidade, nas quais as interações entre os fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos são responsáveis pelo comportamento perturbado. Quanto mais preciso for o entendimento que possuímos das interrelações entre as alterações apresentadas e o comportamento alimentar, mais seremos capazes de planejar intervenções efetivas de tratamento.

3 A IMAGEM CORPORAL

A adolescência caracteriza-se por uma situação de crise, ou seja, “(...) uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio” (RAPAPORT apud MALDONADO, 1977, p.12). As crises criam no ego um enfraquecimento temporário da sua estrutura, no qual o indivíduo não consegue utilizar métodos habituais de solução de problemas, ocorrendo, portanto, a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego no sentido de buscar respostas novas, anteriormente inexistentes no repertório da pessoa. Por esses fatores, a adolescente fica mais vulnerável a sofrer imposições da cultura corporal “julgada” ideal, pois está diante de um momento caracterizado pela perda do equilíbrio emocional.

Diante disso, percebemos que o acometimento por transtornos da conduta alimentar e sua associação com a insatisfação corporal, estão presentes em uma grande amostra de adolescentes. As alterações na conduta alimentar estão associadas a uma auto-imagem alterada, e por esta razão, mostra-se de fundamental importância um melhor entendimento do termo “imagem corporal” e seu desenvolvimento.

3.1 Imagem Corporal X Esquema Corporal – Definição

Antes de iniciarmos a discussão sobre o real significado das expressões “imagem corporal” e “esquema corporal”, devemos contextualizar o que entendemos sobre as palavras “imagem” e “esquema”, vistas isoladamente. Capisano (1992) descreve a palavra imagem como a representação de um objeto pelo desenho, pintura, escultura ou por quaisquer outros recursos, e compreende por esquema, a síntese, sinopse ou resumo de algo que é objeto de estudos.

Provavelmente, a principal polêmica quando se trata da definição de imagem corporal é a distinção, ou não, entre imagem corporal e esquema corporal. De maneira rudimentar poderíamos dizer que a maioria dos estudiosos que defende uma divisão entre estes termos, atribui à imagem corporal características “psicológicas”, subjetivas, e ao esquema corporal características “biológicas”, servindo como uma base para a construção da imagem corporal. O grupo de pesquisadores que utiliza os termos de maneira indistinta, defende basicamente que esta divisão é “artificial”, que ambos, imagem corporal e esquema corporal, são aspectos indissociáveis de um mesmo fenômeno: a representação dinâmica que a pessoa faz, para si mesma, de sua experiência de si mesma a cada instante. (TURTELLI, 2003, p.04)

Imagem corporal refere à experiência subjetiva que cada pessoa adquire de si mesma, com uma percepção física, afetiva, sensorial em constante busca de crescimento e equilíbrio interior e exterior. As transformações vivenciadas na adolescência exigem redimensionamento de todo o esquema e imagem corporal. Schilder (1994, p.11), define a imagem corporal como “a figuração de nosso corpo, formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. Para Capisano (1992), a imagem corporal não é uma sensação ou imaginação, mas sim, a figuração do corpo na mente.

A formação da imagem corporal na mente se dá pelo contato que o indivíduo tem consigo e com o mundo que o rodeia. Entram em sua formação contribuições fisiológicas, anatômicas, neurológicas e sociológicas. (CAPISANO, 1992)

Segundo Schilder (1994) as expressões “esquema corporal” e “imagem corporal” são sinônimos:

O esquema corporal é a imagem tridimensional que todos têm de si. Podemos chamá-la de imagem corporal. Esse termo indica que não estamos tratando de uma mera sensação ou imaginação. Existe uma aprecepção do corpo. Indica também que, embora nos tenha chegado através dos sentidos, não se trata de mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação. (SCHILDER, 1994, p.11)

Autores como Osório (1994) e Knobel (1992) também utilizam esquema corporal e imagem corporal como sinônimos.

Schilder ainda relata (1994) que a maturação da configuração da auto-imagem depende em grande parte de experiências vitais, de treinamento e de atitudes emocionais. O resultado dessa configuração é o produto da soma da personalidade do indivíduo, seu corpo e o ambiente em que está inserido. Capisano (1992) vê a imagem do corpo parte do mundo externo, e também, como uma estrutura nunca estática.

No entanto, Dolto (1984) diferencia as duas expressões. A autora define esquema corporal como sendo o conceito que especifica o sujeito enquanto representante da espécie, independente das condições que ele vive. O esquema corporal é o responsável pela interpretação da imagem corporal, é em parte inconsciente, mas também pré-consciente e consciente. É estruturado pela aprendizagem e experiência, reportando o corpo no espaço independente da linguagem, entendida como história relacional do sujeito com os outros. A imagem corporal é a síntese viva das experiências emocionais, é a cada momento memória inconsciente de todo o vivido relacional e, ao mesmo tempo, atual, viva, em situação dinâmica. Para Dolto, a imagem corporal é sustentada pelo esquema corporal, possibilitando a comunicação entre os sujeitos.

Tavares (2003) relata que de forma geral, para a maioria dos autores:

esquema corporal estaria ligado à estrutura neurológica responsável pelas informações proprioceptivas que permite o reconhecimento do corpo anatômico. De outra forma, a imagem corporal estaria ligada à vivência afetiva de *NOSSO* próprio corpo". (TAVARES, 2003, p.38)

Segundo a autora, essa diferenciação de conceitos é artificial e não condiz com a realidade. A vivência afetiva e as estruturas neurológicas não são isoladas e estão constantemente

transformando-se de forma indissociável e profundamente inter-relacionada. Os caminhos neuronais não são isolados e, dessa forma, o reconhecer e o sentir não existem em separado.

Neste trabalho, utilizaremos os termos esquema corporal e imagem corporal indistintamente. Seguindo as definições de autores como Schilder e Tavares, buscaremos ampliar a noção de imagem corporal, considerando os enfoques fisiológico, psicológico, sociológico, entre outros.

Destacaremos assim, a posição de Le Boulch como norteadora de nossas explicações, considerando ser a imagem corporal:

De nossa parte, consideramos o esquema corporal ou imagem do corpo como uma instituição de conjunto ou um conhecimento imediato que temos de nosso corpo no estado estático ou em movimento, na relação de suas diferentes partes entre si e em suas relações com o espaço circundante dos objetos e das pessoas. Esta noção acha-se no centro de maior ou menor disponibilidade que temos de nosso corpo e no centro da relação vivida, universo-sujeito, sentida efetivamente e às vezes de modo simbólico. (LE BOUCH apud TAVARES, 2003, p.38)

3.2 O Desenvolvimento da Imagem Corporal

O entendimento da expressão “desenvolver a imagem corporal” requer dois aspectos fundamentais: a produção de imagens e a estruturação da identidade corporal (Tavares, 2003). Para que ocorra o desenvolvimento da imagem corporal é necessário que tenhamos referências sobre o nosso corpo, assegurando dessa forma, a conexão com nossas sensações corporais e a criação do corpo real. Quando este desenvolvimento é alcançado, aumentamos a percepção das partes corporais, ampliando nossas possibilidades de reconhecer e valorizar sensações necessárias para a construção da identidade do sujeito. Assim, criamos um universo favorável e facilitador da nossa adaptação ao mundo externo e evidentemente integrador do nosso contato interno.

A identidade corporal do sujeito é construída através das sensações vivenciadas por ele. Segundo Tavares (2003), a imagem corporal é a representação mental dessa identidade corporal. Quando ampliamos nossa compreensão sobre a dimensão de cada percepção no

contexto existencial do homem, podemos olhar sob novas perspectivas o desenvolvimento da identidade corporal e de sua imagem.

Para Lapierre e Aucouturier (1984), a afirmação da identidade e da autonomia do sujeito são muito importantes para a construção da unidade corporal.

A identidade nos aparece de fato como um re-nascimento, um novo nascimento, isto é uma nova ruptura da funcionalidade primitiva. Renascimento incessante na medida em que somos contínua e novamente tomadas no desejo fusional dos outros: suas palavras, suas idéias, suas seduções, suas agressões. (LAPIERRE; AUCOUTURIER, 1984, p.27)

Devemos considerar a importância da conexão entre o indivíduo e seu corpo. Quando nosso corpo existe para nós como um objeto concreto, criamos uma imagem em nossa mente, que se distingue dos outros objetos, que também produzem imagens. Para Tavares (2003), esse significado especial do corpo é construído com base nas primeiras relações objetais que vivenciamos, nos remetendo à relação mãe-bebê. O desenvolvimento de nossa identidade corporal está relacionada ao processo de vivenciar sensações dimensionadas à singularidade de nossas pulsões e de nossa existência desde a mais tenra idade.

Para a Psicanálise, a pulsão é:

(...) o processo dinâmico que consiste em uma pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte em uma excitação corporal (estado de tensão), o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir seu alvo. (LAPLANCHE; PONTALIS apud TAVARES, 2003, p.89)

O desenvolvimento da imagem corporal e da identidade do próprio corpo caminham em paralelo, devendo ser considerados os aspectos sociais, fisiológicos e afetivos. Tavares (2003) afirma que este processo ocorre durante toda a vida e que sua estruturação é facilitada nos primeiros anos de vida devido às condições fisiológicas, afetivas e sociais dessa época. Considerando essa afirmação, devemos observar que a mãe é o primeiro objeto relacional que o bebê possui, cabendo a ela reconhecer e dar continência as pulsões de seu filho. As relações objetais se inter-relacionam, dessa forma, a mãe pode evitar que o bebê tenha experiências

negativas em excesso com seu próprio corpo, ampliando as vivências corporais prazerosas que são eixos fundamentais para a construção da imagem corporal.

Para que haja um desenvolvimento satisfatório da imagem corporal é necessário que a criança seja ativa e não apenas passiva, desde o seu nascimento. Temos a falsa impressão que o lactente é passivo, no entanto, o ato de mamar representa para ele uma atividade, na qual existe uma cooperação da mãe.

A criança não tem apenas a necessidade de receber, mas também de dar. Na fusão tônica, ela dá tanto quanto recebe. A mãe ou substituto materno, não pode se pôr em acordo com suas modulações tônicas a não ser que seja capaz de receber as da criança. Fala-se neste caso de “diálogo tônico”; para que se estabeleça o diálogo, é preciso que a troca se faça nos dois sentidos. Este é o equilíbrio fusional. (LAPIERRE; AUCOUTURIER, 1984, p.20)

Devemos lembrar que as sensações iniciais que o feto registra a partir da formação de seu sistema nervoso são do tipo fusional, existindo um estado de indiferenciação total, não sendo separado do corpo da mãe. Com o nascimento, o eu corporal existe como espaço separado, no qual são percebidos limites entre o interior e o exterior, entre o eu e o outro. Dessa maneira, o processo de diferenciação é estabelecido e o estado de plenitude fusional é quebrado. Para Lapierre e Aucouturier (1984), a partir desse instante o sujeito começa a se estruturar como uma identidade corporal.

O desenvolvimento da imagem corporal consiste na organização de uma representação de um corpo diferenciado, exclui uma proposta linear com uma meta relacionada ao desempenho motor ou sensorial. Relaciona-se com a ampliação da expressão e da consciência da singularidade do corpo integrado (TAVARES, 2003). Alguns pontos importantes para que ocorra o desenvolvimento da identidade do bebê estão relacionados à realidade concreta da mãe, ou seja, ela deve desejar o bebê e ser flexível, facilitando o desenvolvimento da imagem corporal do filho, existindo coerência com a individualidade da criança.

Krueger apud Tavares (2003) relata que o corpo e as representações mentais do corpo são a base para o sentido do “eu”, no qual o “eu corporal” e o “eu psicológico” são desenvolvidos paralelamente. O autor apresenta o desenvolvimento do “eu corporal” como um processo que

ocorre em três estágios, focalizando nos primeiros anos de vida o período ideal para a estruturação da identidade corporal.

O primeiro estágio corresponde aos primeiros meses de vida do bebê. Nesta etapa do desenvolvimento, o corpo da criança possui suas vivências baseadas na relação com a mãe, sendo fundamental o vínculo entre mãe e filho. A função da mãe nesse momento é dar continência ao filho, disponibilizando-se para que ele possa existir corporalmente em plenitude. Representa portanto, as experiências psíquicas precoces do corpo do sujeito.

No segundo estágio do desenvolvimento do “eu corporal”, as percepções de suas partes corporais são vivenciadas pela criança agora pertencentes a ela mesma, existe uma diferenciação entre o eu e o mundo externo. Esse estágio inicia-se com poucos meses e se estende até a etapa em que a criança começa a andar. A criança desenvolve o sentido de sua própria ação e a capacidade de imaginar. A consciência inicial da imagem corporal é integrada juntamente com as experiências internas e externas.

Finalmente, o terceiro estágio corresponde a fase em que a criança já se reconhece no espelho e começa a partir dos 15 – 18 meses. Nesse estágio ocorre a consolidação do senso de identidade, estabelecido através de uma representação mental coesa e integrada do corpo. A criança demonstra que a autonomia e a consciência do próprio “eu” estão emergindo, indicados pela capacidade de dizer “não”. Ocorre a definição e a coesão do eu corporal como base da consciência do eu.

O valor da singularidade do sujeito implica no desenvolvimento de uma identidade corporal integrada e positiva. Quando existe uma desconexão das sensações advindas do próprio corpo, o sujeito tende a se afastar do corpo real, refletindo predominantemente um ideal cultural. Os indivíduos que apresentam transtornos alimentares estão inseridos nesse contexto. Tavares (2003) em suas explanações relata que como as imagens corporais, as fantasias são representações mentais e estão relacionadas ao corpo.

Em resumo, o desenvolvimento da imagem corporal ocorre durante toda a vida do sujeito, representando um fenômeno dinâmico, construído constantemente. Podemos ressaltar nosso comentário com as palavras de Schilder (1994):

Do ponto de vista fisiológico, a imagem corporal não é um fenômeno estático, e sim adquirido, construído e estruturado num contato contínuo com o mundo. Não é uma

estrutura, mas uma estruturação, na qual ocorrem mudanças contínuas, todas relacionadas à mobilidade e a ações no mundo externo. (SCHILDER, 1999, p.192)

3.3 Obstáculos no Desenvolvimento da Imagem Corporal

O desenvolvimento da imagem corporal vincula-se a fatores biológicos, culturais, afetivos e emocionais. Esses fatores podem agir de forma a dificultar a vivência de experiências corporais positivas, ocorrendo isoladamente ou combinadas. As experiências corporais positivas são fundamentais para incrementar uma imagem corporal satisfatória. (TAVARES, 2003)

Krueger apud Tavares (2003) relata em suas explicações que os distúrbios na estruturação da imagem corporal podem ocorrer em decorrência de estímulos corporais inadequados durante as fases iniciais do desenvolvimento da criança. O autor destaca três condições específicas, correlacionadas com algumas manifestações clínicas.

A primeira condição específica relaciona-se a pais muito invasivos e que possuem um grande apego aos filhos. Essa atitude impede o ganho de autonomia pela criança, seu processo de separação e individualização. Algumas manifestações clínicas são: imagem corporal borrada, indiferenciada, pequena, arcaica e assexual. Os corpos desses indivíduos são vivenciados como separados de si, e são facilmente invadidos. Não possuem a identidade corporal bem estruturada, buscando experiências corporais de risco e desenvolvendo comportamentos que tentam "marcar" seus corpos: recusa de comer, exercício para sentir sensações físicas, aversão ao toque, que leva ao reconhecimento social, afastamento e evitação de intimidade física.

Outra condição que gera distúrbios na estruturação na imagem corporal, relaciona-se à falta de percepção e resposta empática por parte dos pais. Os filhos não são ponto de referência de suas relações corporais e a mãe não suporta experiências corporais coerentes ao filho. Dentre as manifestações clínicas destacamos: imagens corporais incompletas e distorcidas, perda de controle do corpo, características depressivas e bulímicas. Existe uma sensação de abandono corporal e o comportamento de autotortura.

Enfim, destacamos o fato da mãe ignorar os estímulos cinestésicos e afetivos do filho, respondendo apenas aos apelos de dor física e necessidades físicas. Os aspectos clínicos manifestados são: a criança tem como padrão experiências de dor e doença.

O predomínio de transtornos da alimentação em alguns indivíduos pode relacionar-se ao contexto de suas vivências e sua realidade corporal. Pode ter faltado para essas pessoas a oportunidade para um processo de integração de suas identidades corporais, porque quando construímos um sentido para nossa identidade, proporcionamos a organização de uma imagem corporal coesa. O processo de desenvolvimento da imagem corporal deve ser facilitado desde a infância buscando manifestações do nosso potencial corporal.

Para Probst (1997) a experiência corporal de pacientes com desordens alimentares é mais negativa que em pessoas normais, sendo necessário determinar qual a extensão da experiência corporal adquirida. Esse aspecto relaciona-se a um fenômeno multidimensional. Relatos de experiências corporais negativas de indivíduos com transtornos alimentares são variáveis clínicas e psicológicas.

O autor ainda confirma que a experiência corporal negativa de pacientes com desordens alimentares melhora positivamente após uma terapia específica. Essas mudanças são constatadas nos aspectos perceptivo e afetivo em um curto a médio período de tempo. Em seus estudos, Probst utilizou para mensuração da experiência corporal, testes como o BAT (teste de atitude corporal) e a vídeo-distorção.

Percebemos que é indispensável a compreensão dos aspectos que sustentam a imagem corporal e sua conexão com o desenvolvimento da identidade do sujeito. O profissional da Educação Física com seu repertório de vivências corporais, é capaz de disponibilizar a partir de uma intervenção profissional significativa, modificações na identidade e imagem corporal de pessoas que sofrem de transtornos da alimentação, proporcionando experiências corporais positivas.

4 PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

O processo de construção da identidade pessoal da adolescente interfere na relação com o próprio corpo. Um corpo diferente de todos os outros e, também, diferente hoje do que era ontem, deflagra conflitos, gerando impotência e passividade. Mas, todo auto-conhecimento requer tempo, e a compreensão da auto-imagem corporal não foge à regra. É necessário tempo para se olhar, sentir-se e aceitar-se como um ser único, repleto de conflitos e ambições.

Para contornar essas dificuldades, às vezes a adolescente tenta controlar seu corpo em desenvolvimento. Quanto mais o corpo for sentido estranho e as modificações corporais forem vivenciadas de forma passiva, a sensação de impotência será maior, aumentando a possibilidade da adolescente dirigir agressão contra si mesma.

Assim, as sucessivas alterações que ocorrem no corpo da adolescente, tanto na forma quanto no conteúdo, nem sempre são acompanhadas das variações do esquema corporal. Então, as sensações cinestésicas e a aparência física podem temporariamente não coincidir com o esquema do próprio corpo.(TIBA, 1985)

Essas mudanças corporais repentinas podem não ser processadas psicologicamente, determinando distúrbios claros na imagem corporal. Dessa maneira, a imagem captada pela adolescente, é desproporcional, estranha, e, na maioria das vezes, irreal, podendo gerar sentimentos de ansiedade e frustração ao comparar-se a imagem idealizada de si própria. Para Tiba (1985), na adolescência, o sujeito deve enfrentar duas situações básicas: seu corpo perante si mesmo e seu corpo perante os outros.

A construção da auto-imagem depende dos valores da sociedade para com o indivíduo, define condutas e objetivos que serão cobrados socialmente. "Construímos e modificamos nossa auto-imagem através de pensamentos e palavras que estimulam imagens mentais, que evocam uma emoção ou sentimento".(MARINHO, 1994, p.21)

Entender a fase da adolescência, começa pelo corpo, em vertiginosa mudança. Assim, o indivíduo se vê na obrigação de compreender os conflitos em relação a contatar o próprio corpo.

Abordaremos aspectos fundamentais na mobilização da integração corporal, estabelecendo princípios norteadores que visam facilitar o processo de desenvolvimento da imagem corporal e a atuação do profissional da Educação Física nos transtornos alimentares.

4.1 Princípios Norteadores para Facilitar o Desenvolvimento da Imagem Corporal

Antes de iniciarmos a discussão sobre os princípios que norteiam a atuação do profissional da Educação Física nos transtornos alimentares, mostra-se fundamental, explicarmos o entendimento que temos sobre o significado da palavra corpo, pois este é o meio pelo qual nos relacionamos com os outros.

Esse corpo, sempre tão discutido em todas as épocas da história, muitas vezes visto como instrumento do pecado, responsável por toda "sujeira humana". Ou então, exaltado como símbolo de beleza, padronizado pela sociedade.

Observando com os olhos da corporeidade, termo proposto pela Fenomenologia, o corpo deixa de ser uma mera "coisa" e passa a ter sentido. Passa a ser estudado como possuidor de uma história e cultura próprias e não como antagonico a inteligência, alma e espírito.

A história de cada pessoa é corporal, pois é feita com o corpo, por ele e através dele. Consideramos o corpo como sendo a parte visível do espírito e inevitavelmente defendemos a idéia da visão unitária do homem. Valorizamos o "corpo sujeito", consciente de suas potencialidades e limitações.

As imagens corporais que possuímos são parte integrante de nossos corpos. O corpo a que nos referimos quando falamos da imagem corporal é um corpo existencial, revelando-se para

nós como algo inexplicável a cada momento. Representa uma fonte inesgotável do "novo", do "singular", que carrega a vulnerabilidade própria do ser humano. (TAVARES, 2003)

O trabalho com adolescentes que sofrem de transtornos alimentares visa facilitar o processo de desenvolvimento da imagem corporal, pois esses sujeitos apresentam uma linguagem fixa do corpo, que reflete em suas atitudes, diminuindo seus potenciais perceptivos, restringindo a níveis inferiores a consciência que possuem de seus corpos. Vivências que atuam no desenvolvimento da imagem corporal propõe aumentar a percepção individual de cada sujeito e conseqüentemente a facilitação de suas relações interpessoais, porque o nosso principal meio de comunicação, o corpo, estará livre para novas experiências.

Devemos ressaltar, que todo esse processo só terá sentido se entendermos o corpo como algo mais que um complexo de músculos, vísceras e ossos. Desenvolver o auto-conhecimento representa perceber e compreender as mudanças que ocorrem em nossos corpos, dissolvendo e reestruturando nossas atitudes, valorizando assim, nossa subjetividade.

Nos parágrafos seguintes iremos ressaltar os princípios norteadores para facilitar o processo de desenvolvimento da imagem corporal propostos por Tavares (2003), servindo como referencial para nossas futuras explanações sobre a atuação do profissional da Educação Física nos transtornos da alimentação.

Inicialmente, dois aspectos básicos devem ser considerados. Não é possível prever com exatidão o efeito de uma proposta de atuação corporal no sujeito a curto e a longo prazo, pois trabalhamos com a subjetividade do indivíduo. Também, temos que relevar o fato que terapias corporais e psicológicas convergem em modificações na imagem corporal e identidade das pessoas. Uma intervenção psicoterápica eficiente interfere no padrão postural e toda terapia corporal significativa influencia na estrutura psicológica do indivíduo. As idéias de Tavares (2003) expostas acima são reforçadas por uma citação de Schilder: "está claro que toda emoção se expressa no modelo postural do corpo e que toda atitude expressiva se relaciona com alterações características do modelo postural".(SCHILDER, 1999, p.231)

O processo de desenvolvimento da imagem corporal pode ser dinamizado por propostas de terapia corporal e psicológica, esportes, ginásticas, vivências corporais individuais, atividades artísticas, entre outros. Tavares (2003) relata que as alterações que ocorrem no corpo decorrentes de uma atuação profissional significativa, ampliam as possibilidades de novas

percepções e movimentos, abrindo novos caminhos para a manifestação da singularidade do sujeito.

É importante que o profissional dê significado a sua proposta de trabalho e acredite que a sua intervenção é muito especial e necessária na vida do cliente. Deve ter consciência que o foco do seu trabalho é o cliente, relevando sua realidade corporal.

Independente da modalidade de intervenção, cabe ao profissional o reconhecimento das circunstâncias em que o trabalho será efetivado. Mostra-se adequado, levarmos em consideração o tempo das abordagens corporais, pois intervenções corporais breves não costumam acrescentar resultados consistentes. Também, devemos relevar segundo a autora, o contexto do trabalho, ou seja, o local, horário, frequência, duração das sessões, o tamanho do grupo de trabalho, entre outros aspectos.

A autora ainda enfatiza a importância do modelo relacional mãe-bebê como ponto de referência quando abordamos o outro na condição de profissionais. Quando desejamos estabelecer relações com outras pessoas, facilitando o desenvolvimento da imagem corporal, a principal questão a ser discutida é a familiaridade que possuímos com nossas próprias sensações e experiências, ou seja, que tenhamos nossa imagem corporal bem desenvolvida. Somente a pessoa que conhece suas potencialidades e limitações é capaz de compreender o outro. O profissional que pretende enfatizar um trabalho corporal em outras pessoas deve primeiramente aceitar seu corpo e manter contato com suas sensações corporais, tendo consciência destas no cotidiano, valorizando sua identidade. Tavares (2003) afirma que:

Uma proposta de intervenção direcionada para o desenvolvimento da imagem corporal inclui essencialmente o estabelecimento de uma relação corporal empática, cuja sustentação básica é o "desejo" e a estrutura da identidade e da imagem corporal do profissional. (TAVARES, 2003, p.125)

Para Tavares (2003, p.128), "as relações corporais insatisfatórias estabelecidas em períodos bem primitivos do desenvolvimento (estimulação inadequada, invasividade, etc.) tendem a ser repetidas durante as terapias corporais". A terapia corporal significativa amplia a consciência do indivíduo para novas percepções, vivências e relações, abrindo espaço para a integração com seu "eu corporal".

4.2 Abordagem Corporal nos Transtornos Alimentares – Possibilidades de Intervenção pelo Profissional da Educação Física

Baseados nas explanações de Tavares (2003) sobre os princípios que norteiam o processo de desenvolvimento da imagem corporal, buscaremos estabelecer uma proposta de intervenção corporal realizada pelo profissional da Educação Física que seja relevante nos transtornos da alimentação, tendo o corpo como nosso principal enfoque, ou seja, fonte inesgotável de aprendizagem.

Atividades que restringem a manifestação de sensações corporais devem ser consideradas limitantes no desenvolvimento da imagem corporal. Devemos reconhecer que a Educação Física muitas vezes desfavorece com atividades alienantes a construção na identidade do sujeito. O corpo é educado para ser produtivo e obter resultados, sendo tratado como objeto em uma prática repetitiva.

Aguirre (1986) descreve dois tipos de técnicas corporais: As “técnicas corporais alienantes” e as “técnicas corporais integradoras”. O primeiro tipo, ou seja, as “técnicas corporais alienantes”, encaixam-se na categoria de atividades ou técnicas que apresentam um padrão a ser seguido como modelo ideal, caracterizando-se por uma imposição, e portanto deixando de lado os sentimentos, as necessidades pessoais, não oferecendo a oportunidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal. Assim, deixamos a expressividade em segundo plano, e voltamos o nosso olhar para o automatismo, causando nos indivíduos que desenvolvem esse tipo de técnica um afastamento de si próprios. Um exemplo desse modelo seria as “ginásticas mecânicas”, onde não é necessário sentir, bastando apenas “acreditar”, ou fazer de conta que se sente de uma maneira verdadeira, possuindo então um caráter alienante. Já, as “técnicas corporais integradoras”, segundo Aguirre (1986), englobam um grupo de trabalhos que favorecem a autopercepção, o desenvolvimento pessoal através do movimento, da expressão. Com essas técnicas buscamos um maior contato com o próprio corpo, superando assim a alienação, causando um “trabalho corporal transformador”. Tratam-se de formas de expressão simbólica, da manifestação harmônica dos processos conscientes e inconscientes na relação com o mundo, do ato de dar sentido ao movimento e não apenas fazendo-o de uma maneira automática. Uma dança que desenvolva o sentir, o pensar e o agir é um excelente exemplo desse tipo de técnica.

A atuação do profissional da Educação Física no tratamento dos transtornos alimentares deve ser baseada nas “técnicas corporais integradoras”. Qualquer técnica pode situar-se neste grupo, desde que se enquadre nas características citadas anteriormente. Em contraste com a alienação buscaremos “dar a cada um a possibilidade de desenvolver sua própria personalidade, encontrando as leis psicossomáticas dentro de si, escapando aos estilos, técnicas e modas, cuja influência geralmente procuramos ou sofremos sem perceber”. (ALEXANDER apud AGUIRRE, 1986, p. 48).

Mostra-se relevante nos transtornos da alimentação, que o profissional da Educação Física desenvolva primeiramente uma relação empática com o cliente, para que posteriormente possa criar vivências que valorizem o contato com as sensações corporais e o reconhecimento da singularidade do sujeito, integrando suas experiências às emoções e ao seu “eu corporal”.

Para que um trabalho relevante seja desenvolvido, o profissional deve voltar seu olhar para atividades que não sejam invasivas, respeitando as experiências corporais do cliente. Também deve valorizar os estímulos cinestésicos e afetivos, desenvolvendo cada vez mais as potencialidades do indivíduo. Outro aspecto de grande importância seria a superestimulação, na qual o profissional de forma errônea, acredita que a quantidade de vivências supera a qualidade das mesmas, restringindo assim, a individualidade e a subjetividade do sujeito.

Podemos também perceber que as perspectivas de atuação do profissional da Educação Física não podem se restringir apenas ao quadro instalado dos transtornos da alimentação. É importante retomarmos aqui uma questão exposta por Tavares (2003) anteriormente. A identidade corporal da pessoa é construída desde suas primeiras relações, ou seja, o processo relacional entre mãe e bebê. Dessa forma, o desenvolvimento da imagem corporal é indissociável das primeiras experiências do indivíduo, mostrando assim a importância da relação empática entre mãe e filho.

Uma imagem corporal desenvolvida é imprescindível quando desejamos realizar uma intervenção corporal em outras pessoas. Este aspecto foi destacado por Tavares (2003) como um dos princípios que norteiam o desenvolvimento da imagem corporal. Considerando essas explanações, achamos de grande valia relatar nossa experiência no projeto de iniciação científica “Implicações de um trabalho corporal integrador em gestantes na percepção das necessidades do bebê”. Nos parágrafos seguintes explicaremos como foi desenvolvido o projeto e os resultados obtidos.

Verificamos que durante a gestação, a mulher está sujeita a vivências e tensões oriundas de diversas fontes que irão atuar sobre seu filho. Uma gestação tranqüila, repleta de amor e atenção é capaz de facilitar a posterior relação entre mãe e bebê. Segundo Montessori (1936, p. 115):

todos os fenômenos da vida que se desenvolvem de acordo com suas próprias leis e dentro delas, estabelecendo harmonia entre os seres, adquirem consciência sob a forma de amor. Na criança, o amor ainda é desprovido de contrastes: ela ama porque assimila, porque a natureza lhe ordena que assim proceda; e absorve aquilo que capta, para torná-lo parte de sua própria vida e para nutrir-se dele.

Há algum tempo a área da psicologia questiona como a interação mãe-filho nos primeiros meses e anos de vida pode determinar certas características de personalidade, que se manifesta no processo de desenvolvimento da criança. Para Rappaport (1981, p.49):

do ponto de vista materno, o estado psicológico existente antes do nascimento poderia determinar, em parte, a forma como a mãe irá responder a estimulação vinda da criança, como também os padrões de estimulação e resposta que ela irá oferecer à criança. Por outro lado, a criança tenderia a agir, atuar, de forma a aumentar ou diminuir o grau de estimulação que lhe está sendo oferecido pelo ambiente, especialmente pela mãe, que, para ela, é geralmente o elemento mais importante desse ambiente. Assim, criança seria uma fonte de estímulos para a mãe, ao mesmo tempo que esta é uma fonte de estímulos para a criança.

A relação de troca entre mãe e filho inicia-se com o simples gesto de amamentar, onde a mãe representa o ambiente, pois a criança fixa o olhar em seu rosto, buscando a sensação de aconchego. Novamente somos obrigados a retomar a importância do papel da mãe no aparecimento da consciência do bebê e sua participação no processo de aprendizagem. Deve existir um clima emocional favorável, sob todos os aspectos; o amor e a afeição devem predominar nas experiências vitais. O que torna essas experiências valiosas para a criança é o fato de que elas são interligadas, enriquecidas pelo amor materno. "Portanto, quando o bebê é amamentado ele sente o bico do seio em sua boca e ao mesmo tempo vê o rosto da mãe. Aqui, a percepção por contato mistura-se com a percepção à distância". (SPITZ, 1998, p. 65)

Percebemos então, que os primeiros contatos com o bebê por parte da mãe são de grande valor, pois construirá um ambiente favorável ao desenvolvimento sadio da criança e sua personalidade, não havendo carências em seu universo corporal e afetivo. "A atitude emocional da mãe, seus afetos, servirão para orientar os afetos do bebê e conferir qualidade de vida à experiência do bebê". (SPITZ, 1998, p.100)

O projeto de iniciação científica buscou verificar se a utilização de "técnicas corporais integradoras", propostas por Aguirre (1986), durante o período gestacional, interfere na capacidade da mãe em perceber as necessidades do bebê após o nascimento, gerando assim, uma relação empática entre mãe e filho, favorecendo o desenvolvimento da imagem corporal do bebê. Para isso, foram aplicadas vivências que caracterizam um trabalho corporal integrador em um grupo de mulheres que estavam no período gestacional, buscando ampliar seus repertórios corporais, facilitando a futura relação com o bebê e a compreensão do seu universo corporal.

Percebemos que neste projeto, as vivências aplicadas atuaram de forma diferente no contexto corporal das participantes. Algumas gestantes demonstraram uma certa resistência em relação às atividades, preferindo não serem tocadas ou até mesmo questionando qual a vantagem que esta forma de trabalho traria as suas vidas. Porém, uma gestante, ou melhor, a mesma que cumpriu o programa integralmente, não apresentou resistência às vivências, relatando que com a proposta de trabalho, tornou-se mais segura e consciente de suas necessidades, vontades e medos.

A gestante que vivenciou todo o programa relatou que o conhecimento atual do seu corpo não se compara ao que possuía anteriormente, dizendo estar mais tranqüila, relaxada e atenta as mais variadas partes corporais. Outro aspecto visível foi à melhora ocorrida em seu relacionamento com as outras pessoas, conseguindo observar cada indivíduo nas diversas peculiaridades, voltando seu olhar para o conhecimento e respeito.

Após a gestação, a participante chegou a comentar que o conhecimento do próprio corpo tornou-se mais amplo, um exemplo seria a percepção da respiração, observada por ela. Anteriormente ao parto, sua respiração apresentava-se torácica, visto que, este fato explica-se pela dilatação gradativa do útero que impede a descida do diafragma durante a gestação. Algum tempo após o parto, percebeu que sua respiração era na realidade mista (respiração torácica e diafragmática), não sendo a mesma constatada durante o processo gestacional.

Com o nascimento do bebê, foi observada a relação existente entre mãe e filho. A participante relatou que sua gestação foi tranqüila, mesmo tendo passado por alguns

contratempos durante este período. Segundo ela, grande parte do sucesso de sua gestação foi conseguida pelas vivências corporais realizadas. O fato de conhecer o próprio corpo implicou em uma maior percepção das tensões. Dessa forma, quando as mesmas surgiam, ela conseguia reconhecê-las.

Parece que a relação com o bebê tornou-se favorecida. Para a mãe, ao entrar em contato com seu corpo através do trabalho corporal, foi possível compreender de uma forma mais satisfatória o universo corporal dos outros. Segundo a mãe, as necessidades do seu filho foram percebidas com facilidade, principalmente as necessidades corporais. A gestante disse ter um contato “único” com o bebê. Um simples olhar ou gesto da criança é entendido pela mãe sem o mínimo esforço, existindo um vínculo de muito amor entre os dois.

Passado algum tempo de relacionamento entre mãe e filho, perguntamos a gestante quais as implicações que as vivências aplicadas trouxeram para sua relação com o bebê. Como resposta tivemos: **“O trabalho realizado foi capaz de manifestar uma parte da minha pessoa que estava bem escondida. Comecei a me valorizar mais, me vendo como um ser especial e único. Da mesma forma, passei a ver o meu bebê. Assim, pude compreender todas as suas necessidades, mesmo sendo a minha primeira gravidez. No começo tinha um pouco de medo, pois achava que não iria conseguir suprir as vontades do meu filho e até mesmo não as entenderia. Mas, o trabalho realizado com vocês tornou-me mais segura em relação as necessidades do meu bebê, principalmente as ligadas ao seu corpo foram claramente percebidas por mim. Este tipo de trabalho deveria ser realizado com toda mulher que ficasse grávida, pois lhe traria mais segurança. Também, seria ideal que fosse realizado durante toda a gestação, e não somente nos últimos meses como fizemos. A principal coisa que quero destacar é que passei a ver em mim um ser que não é perfeito, e que precisa a cada dia reconhecer os problemas existentes em sua vida e no seu corpo, para melhor compreender as outras pessoas”**.

Com a realização da pesquisa exposta anteriormente, acreditamos ter conseguido ampliar a relação empática entre mãe e filho. Neste sentido, o desenvolvimento da imagem corporal do bebê foi favorecido. Isto também se aplica a outros tipos de relações. Por exemplo, como profissionais, se tivermos nossa imagem corporal desenvolvida desde os nossos primeiros contatos, será mais fácil realizarmos intervenções corporais em outras pessoas. Também, se o indivíduo que sofre de transtornos alimentares tivesse desenvolvido sua imagem corporal desde

as suas primeiras experiências, a possibilidade de ser acometido por essas síndromes seria minimizada. Portanto, fica claro que o trabalho realizado pelo profissional da Educação Física também deve ser orientado no sentido de prevenir uma “imagem corporal borrada”, favorecendo o desenvolvimento de suas vivências e das pessoas com quem trabalha.

Assim, as iniciativas do profissional da Educação Física devem melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas por transtornos alimentares. Um trabalho desenvolvido de forma não alienante, dirigido ao reconhecimento das sensações corporais, no qual o indivíduo percebe suas possibilidades e aceita suas limitações, é capaz de facilitar a construção do "eu corporal" e sua relação com o desenvolvimento da imagem corporal. Os movimentos do sujeito devem ser compreendidos como parte integrante do corpo existencial. E, para que isso ocorra, é necessário que o trabalho do professor/terapeuta seja relevante em toda proposta de intervenção corporal, facilitando as relações intra e interpessoais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos alimentares são síndromes que acometem a cada ano, milhares de pessoas, sendo a grande maioria representada por adolescentes e mulheres jovens. (BECELLI, 1998). Os principais transtornos da alimentação são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica. Essas entidades possuem um elevado grau de complexidade, apresentando características próprias que propiciam um diagnóstico adequado. Nestes transtornos, a interação entre os fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos são responsáveis pelo comportamento alterado. Devemos portanto, compreender a relação existente entre as alterações que estes indivíduos apresentam e o comportamento alimentar, para que sejamos capazes de planejar intervenções corporais efetivas.

As alterações na conduta alimentar estão associadas a uma imagem corporal distorcida. É indispensável relevarmos o valor da singularidade do sujeito e a construção de sua identidade corporal. O desenvolvimento da imagem corporal é um processo dinâmico, que está presente em toda a vida do indivíduo, sendo relacionado às vivências corporais que o mesmo possui.

O profissional da Educação Física, com seu repertório de vivências corporais, mostra-se capaz de disponibilizar às pessoas que sofrem de transtornos alimentares, modificações em suas imagens corporais. Através de uma intervenção corporal significativa, poderá proporcionar experiências corporais positivas, que não tenham características alienantes e que favoreçam um maior contato corporal e reconhecimento do próprio corpo. Para isso, deverá primeiramente, atuar no desenvolvimento da sua própria identidade corporal, reconhecendo-se como um ser singular, que vive em constante aprendizagem. Dessa maneira, poderá estabelecer uma relação corporal empática com o cliente, facilitando o desenvolvimento da imagem corporal e conseqüentemente a percepção de um corpo diferenciado.

Notamos também, que a criação de um protocolo para atuação do profissional da Educação Física não é recomendado, pois devemos levar em consideração as particularidades dos transtornos, o grau de acometimento do paciente e principalmente, respeitar a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo. Assim, buscamos orientar o profissional da Educação Física a respeito dos princípios que devem nortear seu trabalho com pessoas que sofrem de transtornos

alimentares, criando um universo facilitador para o desenvolvimento de um maior contato corporal e uma melhor qualidade de vida.

O presente trabalho teve a intenção de acrescentar aos profissionais da área, uma abordagem inovadora do tratamento dos transtornos alimentares. Ressaltamos, que cabe à Educação Física apresentar pesquisas e atuação eficientes em relação a essas síndromes. Dessa forma, é de fundamental importância o desenvolvimento de pesquisas que sejam consistentes e que proporcionem cada vez mais, caminhos adequados para o tratamento destes pacientes. Porém, não podemos esquecer, que qualquer tipo de intervenção corporal que venha a ser desenvolvida, deve primeiramente respeitar a singularidade do sujeito e suas manifestações corporais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. ; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 10. Ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

AGUIRRE, A. M. B. **O corpo transformador em psicologia clínica**. 1985. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

ALEXANDER, G. **Eutonia – um caminho para percepção corporal**. 2. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

ASHER, C. **Variações da postura na criança**. São Paulo, Manole, 1976.

BECHELLI, L. P. C. **Transtornos alimentares**. Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, São Paulo, p.8-29, jan. 1998.

BECKER, D. **O que é adolescência**. 10. ed. São Paulo, Brasiliense, 1993.

BERTHERAT, T. **Corpo tem suas razões – antiginástica e consciência de si**. 11. ed. São Paulo, Martins fontes, 1986.

BERTHERAT, T. **O correio do corpo – novas vias da antiginástica**. São Paulo, Martins Fontes, 1987. Rio de Janeiro, Campus, 1998.

BRIKMAN, L. **A linguagem do movimento corporal**. São Paulo, Summus, 1989.

CAMPOS, D. M. S. **Psicologia da adolescência – normalidade e psicopatologia**. 13. ed. Petrópolis, Vozes, 1991.

- CAPISANO, H. F. Imagem corporal. In: Mello Filho, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992, Cap. 17, p. 179-191.
- CHALANGUIER, C. **A expressão corporal**. São Paulo, Difel, 1975.
- CHAZAUD, J. **Introdução à psicomotricidade**. São Paulo, Manole, 1976.
- COSTALLAT, D. M. **Psicomotricidade**. 6. ed. Rio de Janeiro, Globo, 1985.
- DANTAS, E. H. M. **Pensando o corpo em movimento**. Rio de Janeiro, Shade, 1994.
- DOLTO, F. A. **Imagem inconsciente do corpo**. São Paulo, Perspectiva, 1984.
- EHRENFRIED, L. **Da educação do corpo ao equilíbrio do espírito**. São Paulo, Summus, 1991.
- FARAH, R. M. **A intervenção psicológica na perspectiva da integração psicofísica – novas áreas para uma antiga proposta**. Disponível via URL: www.roadnet.com.br/jug/revista/roza2.htm. Acesso em: 02 fev. 2002.
- FELDENKRAIS, M. **Consciência pelo movimento**. v. 5. São Paulo, Summus, 1972.
- FIELD, A. E. et al. **Exposure to the mass media and weight cancers among girls**. *Pediatr.*, v. 103 (3), E 36. 1999.
- FURTER, P. **Juventude e tempo presente: fundamentos de uma pedagogia**. Petrópolis, Vozes, 1975.
- GALLATIN, J. **Adolescência e individualidade**. São Paulo, Habra, 1978.
- GAIARSA, J. A. **O que é corpo**. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1986.

GAIARSA, J. A. **A Estátua e a bailarina**. 2. ed. São Paulo, Ícone, 1988.

GARFINKEL, P. E. Classification and diagnosis. In: Halmi, K. A. **Psychobiology and Treatment of Anorexia nervosa e bulimia nervosa**, 1. ed., Washington, D. C.: American Psychiatric Press, pp 37- 60, 1992.

GUILLEN, E. O. ; BARR, S. I. **Nurition, dieting, and fitness in a magazine for adolescent women**, 1970-1990. J. Adolesc. Health, v. 15, p. 464- 472, 1994.

GUYTON, C. **Neurociência básica – anatomia e fisiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

HERSCOVICI, C. R. **A escravidão das dietas**. Porto Alegre, Artes médicas, 1997.

HURLOCK, E. B. **Psicologia de la adolescência**. 2. ed. Buenos Aires, Paidós, 1967.

JERSILD, A. T. **Psicologia da adolescência**. v. 78. São Paulo, Nacional, 1961.

JUNG, C. G. **Fundamentos da psicologia clínica**. Petrópolis, Vozes, 1935.

KAPLAN, H. I. ; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6.ed. v. 2. Porto Alegre, Artmed, 1999.

LABAN, R. **Domínio do movimento**. 2. ed. São Paulo, Summus, 1991.

LAPIERRE, A. ; AUCOUTURIER, B. **Fantasmas corporais e prática psicomotora**. São Paulo, Manole, 1984.

LIDZ, T. **A pessoa - seu desenvolvimento durante o ciclo vital**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

LOWEN, A. **Bioenergética**. São Paulo, Summus, 1982.

LOWEN, A. **O corpo em terapia – a abordagem bioenergética**. 4. ed. São Paulo, Summus, 1977.

LOWEN, A. **Prazer – uma abordagem crítica da vida**. São Paulo, Summus, 1984.

MAAKAROUN, M. ; SOUZA, R. ; CRUZ, A. **Tratado de adolescência**. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1991.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1977.

MIRANDA, R. **O movimento expressivo**. Rio de Janeiro, Funarte, 1980.

NÉRICE, I. G. **Adolescência: drama de uma idade**. 5. ed. Rio de Janeiro, Científica, 1979.

NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

O que é adolescência. Disponível via URL: www.uniad.org.br/cuida/html/ado_oqe.htm. Acesso em: 02 out. 2202.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

OUTEIRAL, J. O. **Adolescer – estudos sobre a adolescência**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

PAGNONCELLI, R. S. **O adolescente do terceiro milênio**. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1999.

PALLAZOLLI, M. S. **Self- starvation**. New York, Jason Aronson, 296pp., 1985.

PFROMM NETO, S. **Psicologia da adolescência**. 5. ed. São Paulo, Pioneira, 1976.

PIKUNAS, J. **Desenvolvimento humano – uma ciência emergente**. 3. ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1979.

PROBST, M. **Body experience in eating disorder patients**. 1997. 160f. Dissertação (Doutorado) – University Center Sint Josef & Faculty of Physical Education and Physiotherapy, Belgium, 1997.

RAPPAPORT, C. R. ; FIORO, W. R. ; HERZBERG, E. **Teorias do desenvolvimento**. v. 1. São Paulo, EPU, 1981.

SALZER, J. **A expressão corporal – uma disciplina da comunicação**. São Paulo, Difel, 1982.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

SCIVOLETTO, S. et al. **Anorexia e bulimia nervosa**. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 52, p. 132-142, dez. 1995.

SILVERMAN, K. A. Historical development. In: Halmi, K. A. (ed.) **Psychobiology and treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa**, pp3-17. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1992.

SOUZA, E. P. M. **A busca do auto- conhecimento através da consciência corporal: uma nova tendência.** 1992. 176f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.

STEFANO, S. C. ; BORGES, M. B. ; CLAUDINO, A. M. **Transtorno da compulsão alimentar periódica.** Disponível via URL: www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu/_07.htm. Acesso em: 11 set. 2003.

TALBOTT, J. A.; HALES, R. E. ; YUDOFKY, S C. **Tratado de psiquiatria.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

TAVARES, M^a da CONSOLAÇÃO G. C. F. **Imagem corporal – conceito e desenvolvimento.** Barueri, Manole, 2003.

TIBA, J. A. **Puberdade e adolescência – desenvolvimento biopsicossocial.** São Paulo, Ágora, 1985.

TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica.** 2003. 311f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

WANG, M. C. et al. Preference for thinness in singaporee – a newly industrialised society. Singapore Med. J., v. 40(8), p.502-7, 1999.