

Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares¹

The indiscriminate use of weight control diets and the development of eating disorders

Silvana SOUTO²

Júlia Sursis Nobre FERRO-BUCHER^{2,3}

RESUMO

Objetivo

Discutir a utilização indiscriminada de dietas para emagrecimento, considerando os diversos níveis de incentivo de práticas para a obtenção do peso corporal apregoado como ideal nos meios de comunicação.

Métodos

Foi adotada a abordagem metodológica qualitativa. A partir de narrativas de mulheres portadoras de transtornos alimentares, no Município de Fortaleza, CE, buscou-se identificar as motivações e os incentivos das práticas inadequadas de controle de peso, e compreender o significado dessas vivências para o aparecimento de transtornos alimentares. Foram realizadas sete entrevistas individuais, para analisar como o padrão psico-social - relacionado a peso e forma corporal vigente - interfere no imaginário das mulheres, influenciando-as na adoção de comportamentos alimentares anormais e de tais práticas inadequadas de controle de peso.

Resultados

Os discursos mostram história e/ou sensação de sobrepeso/obesidade, insatisfação corporal, prática de dietas que nem sempre foram supervisionadas por profissionais e medo mórbido de engordar.

Conclusão

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de reflexão acerca da valorização desse ideal de beleza veiculado pela mídia e sua influência nas práticas alimentares, que pode levar à instalação de transtornos do comportamento alimentar.

Termos de indexação: dieta; educação alimentar e nutricional; transtornos da alimentação.

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de S.G. SOUTO, intitulada "Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres". Universidade Federal do Ceará; 2002.

² Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Rua Prof. Costa Mendes, 1608, 5º andar, 60430-140, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S. SOUTO. E-mail: <silvanasouto@yahoo.com.br>.

³ Curso de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective

This study discusses the indiscriminate use of weight control diets, taking into account the various levels of incentives for practices to reach the body weight proclaimed as ideal by the mass media.

Méthods

A qualitative methodological approach was adopted to identify the motives and incentives for inadequate weight control practices through the narratives of women with eating disorders in the Municipality of Fortaleza, Ceará, Brazil, to understand the meaning of these experiences in the emergence of eating disorders. Seven individual interviews were carried out, analysing how the current psycho-social standard related to weight and body shape interferes in women's thinking, influencing the adoption of abnormal eating behaviour and inadequate weight control practices.

Results

The discourse shows the history and/or feeling about overweight/obesity, body dissatisfaction, diets that were unsupervised by professionals and a morbid fear of putting on weight.

Conclusion

This study's results reinforce the need for reflection on the value given to the ideal of beauty passed on by the media and its influence on eating habits, which may lead to eating disorders.

Indexing terms: diet; food and nutrition education; eating disorders.

INTRODUÇÃO

A alimentação é uma necessidade humana vital^{1,2}, na qual a comida e o ato de se alimentar representam elementos de interação humana familiar e social, com conotações simbólicas².

O comportamento alimentar é um fenômeno complexo, que vai além do ato de comer³. Castillo et al.⁴ também relacionam a ingestão de alimentos a estímulos internos e externos, considerando fatores orgânicos, psicológicos e sociais. Desse modo, o ato de comer transcende o valor nutritivo e as características sensoriais do alimento, possuindo motivações ocultas relacionadas às carências psicológicas e às vivências emotivas e conflituosas que independem da fome⁵.

Os transtornos alimentares são fenômenos pluridimensionais resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, caracterizados pela preocupação intensa com alimento, peso e corpo⁶. Os tipos de transtornos alimentares são: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtornos alimentares não especificados, que incluem o transtorno do comer compulsivo⁷.

Em estudo realizado por Astudillo⁸, a conduta em busca de um corpo magro, com

intenso controle alimentar e restrição alimentar severa, é o fator mais significativo e altamente sensível, no tocante à capacidade de prescindir e confirmar um quadro de anorexia e/ou bulimia nervosas. Outro aspecto significativo é a alta motivação para alcançar uma magreza além da esperada, existindo uma discrepância entre o peso real e o idealizado⁹.

A prática de dietas representa um risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) até 18 vezes maior¹⁰, portanto essa conduta não deve ser estimulada indiscriminadamente¹¹.

Apesar de a dieta ser uma prática freqüente, nem toda adolescente que inicia uma dieta, e deseja ser magra, desenvolve AN¹². Entretanto, dos 90 casos de transtornos alimentares (TA) estudados por Ilbaca¹³, todos referiram início com uma dieta severamente restrita. Para Fleitlich¹⁴, fazem parte da gênese e da manutenção dos TA o peso e a distorção da imagem corporal.

Considera-se a cultura como um componente importante na imagem corporal^{15,16}. Ao longo dos séculos, os padrões de beleza feminina mudaram⁹. Na década de 60 já se sugeria que o

culto à magreza seria um fator precipitante da anorexia nervosa¹⁷. Nos anos 80, ocorreu um crescimento considerável do mercado relacionado à manutenção do corpo. Fazem parte desse arsenal industrial da sociedade de consumo, aparelhos de musculação, suplementos nutricionais, revistas sobre boa forma e saúde, regimes alimentares e cirurgia plástica⁶.

O panorama sociocultural ocidental, de extrema valorização da magreza, com a pressão para o emagrecimento interagindo com outros fatores biológicos, psicológicos e familiares, geram uma preocupação com o corpo e um pavor patológico de engordar, levando a uma associação com o desenvolvimento de anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Essa pressão ocorre, principalmente, com as mulheres para quem a aparência física é relacionada a um valor pessoal e se associa com sucesso profissional, autonomia financeira e independência⁹.

A ênfase da sociedade contemporânea no ideal de magreza (culto ao corpo), as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes e de produtos dietéticos, bem como o crescimento de academias e do número de revistas sobre o assunto, fornecem o ambiente sociocultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e "modernidade"^{5,18}. Entretanto, essa imagem corporal idealizada é um padrão impossível ou impróprio, incompatível para a grande maioria da população^{15,19}.

Atualmente, observa-se o crescimento de dietas e de transtornos alimentares, o que representa, individualmente, insegurança e insatisfação quanto ao corpo e, no coletivo, uma mudança rumo a novas formas de consciência da mulher¹⁹.

Mencionam-se as mulheres pois é com elas que ocorrem cerca de 90% dos casos de AN²⁰, a quem o culto à beleza representa uma neurose moderna e coletiva que se espalha, em ritmo acelerado, de mulher para mulher^{20,21}.

Segundo Herscovici¹¹, "mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem

suficientemente gordas, a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso". Apesar de a indústria da moda incentivar a magreza, não se pode considerá-la como responsável por síndromes que habitam nossa mente e se refletem nos corpos²⁰. Entretanto, é evidente que foi atribuído ao peso corporal um significado especial que tem levado as mulheres a uma obsessão pelo emagrecimento⁶, e cerca de 90% delas fazem dieta em algum momento da vida²².

Associada ao padrão do corpo magro, são veiculadas as mensagens de sucesso, controle, aceitação, conquistas de amor e estabilidade psicológica. Assim, a mulher acredita que, com a magreza, alcançará todas essas qualidades positivas, sendo a prática de dietas vendida como solução para todas as dificuldades. E, na ocorrência de insucesso na redução de peso, a mulher é vista como incapaz e sem autocontrole²². Entretanto, o padrão imposto como ideal não respeita os diferentes biotipos e induz as mulheres a se sentirem gordas e desejarem o emagrecimento. Para isso, iniciam dietas e aderem a práticas inadequadas de controle de peso, tais como: fumo, vômitos auto-induzidos, laxativos e remédios para emagrecer^{22,23}. Portanto, a não aceitação do corpo leva muitas mulheres a caírem na armadilha das dietas, sendo essa alienação quanto aos seus corpos apoiada pela indústria do emagrecimento, que perpetua os mitos acerca das dietas²³.

Nesse contexto, este artigo tem por objetivo analisar as motivações e os incentivos à prática indiscriminada de dietas restritivas, e a influência que estas exercem no desenvolvimento de transtornos alimentares.

MÉTODOS

Este trabalho é parte da dissertação de mestrado intitulada "Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres". Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará em 26 de abril de 2001.

Adotou-se uma abordagem metodológica qualitativa, por se tratar de um objeto de natureza simbólica que não pode ser quantificado, mas, sim, compreendido e interpretado à luz das relações sociais²⁴.

Os dados foram coletados em entrevistas individuais com sete mulheres, sendo três portadoras de Anorexia Nervosa, duas portadoras de Bulimia Nervosa e duas portadoras de Transtorno do Comer Compulsivo, com idades de 13 a 52 anos. A diversidade da amostra teve como intuito identificar as semelhanças e apreender as diferenças, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca do fenômeno estudado²⁵. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados nas seguintes instituições:

- Centro de Estudos e Tratamentos em Transtornos Alimentares (CETRATA): vinculado ao Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará.

- Serviço Privado: no qual a autora exerce a profissão de nutricionista, atualmente, na cidade de Fortaleza, CE.

Como critério para seleção, considerou-se o fato de as depoentes preencherem os critérios diagnósticos, receberem acompanhamento interdisciplinar e concordarem em participar da pesquisa.

A idade de início do quadro clínico variou de 12 a 45 anos, sendo mais precoce naquelas com anorexia nervosa e mais tardia naquelas com transtorno do comer compulsivo. Quanto ao estado civil, encontraram-se quatro mulheres solteiras e três casadas. Em relação à prática religiosa, todas referiram ser católicas, praticantes ou não.

Já a escolaridade variou de primeiro grau incompleto a superior completo. Duas entrevistadas apresentaram primeiro grau incompleto, uma segundo grau incompleto, três segundo grau completo e uma nível superior.

As depoentes são, na maioria, estudantes (quatro), uma delas é dona de casa, não exercendo atividade profissional e duas exercem atividade

profissional remunerada (uma comerciante e a outra economista). Portanto, a maioria delas não possui renda individual, dependendo economicamente da família.

Na metodologia qualitativa, a definição do número de sujeitos entrevistados não se baseia em uma representatividade numérica de uma dada população e, sim, na coleta de informações as quais, por sua profundidade e abrangência, permitam uma análise detalhada das falas e uma compreensão do objeto investigado. Sendo assim, o número de entrevistados foi estabelecido de acordo com a reiteração das categorias empíricas²⁵.

Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas individuais, semi-estruturadas, em local e horário escolhido pelos sujeitos. As entrevistas foram gravadas após a assinatura do consentimento livre e esclarecido, e, posteriormente, transcritas.

Em campo, o entrevistador utilizou um roteiro semi-estruturado para conduzir a entrevista em profundidade. O roteiro era composto de 20 perguntas principais, que poderiam ser desmembradas em outras, possibilitando a apreensão de fenômenos que se apresentam de maneira multifacetada (Anexo 1).

Após a ordenação e transcrição dos dados realizou-se uma leitura exaustiva desse conteúdo. Essa leitura visava a uma maior aproximação do material empírico, começando a ressaltar os primeiros núcleos de sentido e as unidades de significação.

Posteriormente, foi feita uma leitura transversal, o que permitiu identificar os núcleos de sentido e construir as categorias empíricas de análise, as quais apresentam coerência interna e constituem os temas centrais.

Desse modo, após a realização de sete entrevistas, observou-se que as categorias reincidem. Esse fato levou a considerar que o material coletado até então era suficiente, alcançando, assim, o objetivo proposto.

Do processo de análise descrito emergiram três temas centrais, são eles: *história do peso e percepção da imagem corporal, práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e incentivo a dietas e pressão à magreza*. Por sua vez, os temas centrais possuem categorias específicas as quais serão descritas na discussão de cada tema central.

Finalizou-se realizando um diálogo reflexivo, articulando os conteúdos empíricos e teóricos que orientaram a investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de interpretação dos resultados contempla o desdobramento de cada tema em categorias empíricas relacionadas às vivências individuais de cada depoente.

- História do peso e percepção da imagem corporal: na análise deste tema as categorias são: vivência/sensação de obesidade, preocupação/insatisfação corporal, medo de engordar e desejo de ser magra. Considerando o peso e a imagem corporal como um aspecto central na sociedade atual, e a dieta como uma prática freqüentemente adotada em busca desse ideal, a análise apontou narrativas referentes ao peso real obtido em diversas fases e aos sentimentos relacionados com o aumento e a diminuição deste.

Por meio dos depoimentos percebeu-se que é compartilhada a vivência e/ou sensação de ser obesa, diferindo quanto aos momentos de vida (nascimento, infância, adolescência e/ou idade adulta). Neste estudo, independentemente do tipo de diagnóstico de TA, identificou-se nos relatos uma história/percepção de sobrepeso/obesidade, associada a forte preocupação e insatisfação com o corpo.

[...] aí com 8 anos, 9 anos eu já era muito gordinha.[...] Lembro, eu nessa idade assim, 9, 10 até uns 11, 12 anos eu pesava 48 quilos por aí [...] (E. 2).

[...] porque eu sempre fui meia gordinha tinha 62, 63, 65 quando tava muito

gorda tava com 65 e mudava pra 60, porque quando eu me casei eu tinha 45 quilos e depois da minha (primeira) filha fiquei com 52, 51 era o ideal, mas depois [...] (E. 3).

Alvarenga³, Abuchaim¹⁷, Fairburn et al.²⁶ e Fischer et al.²⁷ apontam a forte relação entre a história pessoal de sobrepeso/obesidade e os transtornos alimentares.

Nas entrevistas fica evidente que, para essas mulheres, o aumento do peso está relacionado a sentimentos negativos. "*[...] então teve um momento de entrar em desespero, em pânico mesmo* (E. 4)".

Por outro lado, a vivência da diminuição do peso, independentemente dos mecanismos utilizados para sua obtenção, geralmente foi rápida e acarretou sentimentos positivos.

[...] perdi 7 quilos rapidinho [...] tava achando o máximo (E.2).

[...] mas também com 3 meses eu perdi 19 [...] Cheguei aos 41[...] Ah, (estava) linda! (E. 4).

[...] tava com 62, com uma semana fui me pesar eu tava com 56 [...] eu não me preocupava, eu me sentia alegre por tá provocando (vômito) e tá colocando pra fora, mesmo que eu não (es)tivesse comendo (E. 5).

Observando as falas, pode-se identificar a importância que o peso assume na vida dessas mulheres, que o priorizam em detrimento dos demais aspectos. Fica demonstrada a satisfação delas com o emagrecimento.

Vale salientar que, quando as preocupações com o peso e a insatisfação corporal tiveram início, nem sempre ocorria um excesso de peso real, mas o peso era percebido como inadequado, ocorrendo um excesso de peso imaginário.

Cordás²⁸ refere-se ao excesso de peso real ou imaginário. Para o autor, o excesso de peso imaginário decorre de uma avaliação distorcida quanto ao tamanho do corpo. Decorrente de uma insatisfação corporal surge, no imaginário dessas

mulheres, o desejo de ser magra. Foram identificadas algumas narrativas que demonstram o significado desses aspectos.

Eu queria ser tão magra, tão magra, tão magra, magra, magra, magra, assim, aquelas pessoas bem magrinhas, eu queria ser igual aquelas pessoas. [...] Eu acho bonito, acho que àquelas pessoas devem se sentir o máximo, se sentir linda. [...] Eu queria assim emagrecer o máximo possível, se eu pudesse eu parava de comer totalmente (E. 5).

Tipo assim, eu achava que eu ia ser mais valorizada, sabe assim, porque eu ia começar perder peso e todo mundo ia achar belo, todo mundo ia elogiar (E. 2).

Os aspectos estéticos citados nos depoimentos evidenciam a busca da valorização e da aceitação, que para elas é mediada pela magreza. Assim, o alcance ou não da magreza tão desejada interfere na auto-estima dessas mulheres, gerando um medo irracional de engordar. A busca do corpo ideal torna-se prioridade na vida dessas mulheres.

[...] era aquela preocupação, o medo de engordar, de comer e engordar (E. 1).

Eu perdi muito peso aí eu comecei a ficar com medo de comer e todo aquele meu sacrifício (silêncio) [...] eu sempre tava mantendo o peso, mas sempre com medo, eu vivia de dieta a partir desse momento eu vivia de dieta, minha vida era dieta. [...] eu era presa àquilo e minha vida era aquilo ali sempre preocupada com dieta, em ter cuidado com o corpo (E. 2).

[...] eu tava tão neurótica assim que até um carocinho de arroz que eu colocava na minha boca eu achava que tinha engordado, até um bombom que eu chupava achava que eu tinha engordado e tomava lá os comprimido e provocava. [...] porque uma grama pra mim era como se fosse 20 quilos (E. 5).

Percebe-se também que o emagrecimento representa uma conquista para essas mulheres e o medo de engordar é tão forte quanto o medo de morrer.

Acho que um dia a gente vai ter que morrer de qualquer maneira, então é melhor morrer magra do que morrer gorda (grifos meus), acho que Deus pode até me castigar por causa disso, mas assim é por isso como eu tinha tanta vontade de ficar magra e pra mim assim o mais importante é ser magra (E. 5).

O desejo de ser magra se sobrepõe ao desejo de viver. Ogden²² cita um estudo realizado, em 1988, com 1076 fumantes, no qual 39% das mulheres consideraram o fumo como uma forma de perder peso, 5% declararam ter começado a fumar para emagrecer e que o medo de engordar as impedia de abandonar o hábito.

A magreza tão desejada é associada ao sucesso: [...] você vê, só faz sucesso quem é magro (E. 2). Na busca do peso "ideal" ocorre a utilização de práticas inadequadas de controle de peso, tais como: dietas, atividade física, vômitos, laxantes e inibidores de apetite.

- Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento: neste tema abordaram-se como categorias: as motivações para emagrecer e orientações inadequadas de dietas.

Souto⁶ observou que a motivação inicial para a modificação da alimentação e a redução de peso foi pessoal, contando, inicialmente, com apoio ou indiferença (descaso) da família e com o incentivo de educadores físicos. Assim, decorrente de uma insatisfação com o peso, dá-se início à prática de dietas restritivas. Percebe-se que a dieta surge com objetivo de redução de peso, posteriormente ocorre uma restrição alimentar rígida e o TA é desencadeado, podendo resultar na drástica restrição (anoréticas) ou em episódios compulsivos, seguidos de práticas compensatório-purgativas (bulímicas) ou não (comedoras compulsivas).

[...] nos meus 15 anos eu sempre procurava fazer regime toda vida na segunda-feira [...] aí durava só mesmo no dia e no dia seguinte eu já parava [...] na semana santa do ano 2000, comecei meu regime. [...] Eu mesma fiz por conta própria (E. 1).

[...] Fiz muita dieta da lua [...] Fui em vários médicos em busca de dieta” (E. 3).

Eu tava na quarta série, meu professor de física achou que eu tava fora de peso aí eu comecei a fazer dieta e não é a primeira vez que eu faço regime.[...] pra falar a verdade, todo final de ano eu fazia regime (E. 5).

Em um determinado momento essas mulheres tomam a decisão de emagrecer e se engajam em um regime alimentar. Entre as anoréticas e bulímicas foi identificada maior rigidez na prática das dietas. Já as comedoras compulsivas tendem a se envolver repetidas vezes, buscando inúmeras dietas e profissionais.

Com frequência, esses quadros se iniciam com práticas de dietas e a exclusão de alimentos considerados “engordantes”³.

A busca de orientação de um profissional da saúde, não foi regra entre as entrevistadas, visto que algumas fizeram dietas por conta própria, inclusive baseadas em revistas que sugerem cardápios alimentares. Além disso, algumas orientações profissionais incentivavam uma dieta extremamente restrita, prática que aumenta o risco de desenvolvimento de um TA¹⁰.

Ave Maria, eu tinha uma mulher (nutricionista) que mandava umas quentinha lá pra casa, eu acho que hoje nem pagando, aquilo ali era quase uma penitência, que era caro e como era caro e péssimo e pouco, aquilo era quase assim um castigo (risos), mas era pei e bufo (rápido), porque você comia tão pouco, de noite tinha uma sopa (risos) que a bicha nem misturava se você não ficasse mexendo, não tinha gordura em nada [...] meu Deus que horror! [...] e fiz esse regime, rapaz, sete quentinha dessas intoleráveis era o suficiente pra perder dois quilos, numa tacada só, assim, ou mais. [...] Não! E o café da manhã a mulher dizia assim tome um café preto eu ficava tonta, eu almoçava e não sentia nada parecia que não tinha nada no estômago. Valha-me Deus (E. 7).

A proibição do consumo de determinados alimentos na orientação do profissional de saúde

também foi referida. À vontade eram “permitidos” apenas os alimentos que, pelas depoentes, eram vistos como “coisa ruim” e os “proibidos” eram os alimentos preferidos.

[...] à vontade só coisa ruim, à vontade era refrigerante light, chá sem açúcar isso podia tomar à vontade, água, limonada sem açúcar, podia ser à vontade só coisa ruim e eu não tomava essas coisa à vontade. [...] Pois era e isso que eu também tinha raiva porque os à vontade era só coisa “podre” e as proibida era as coisa que a gente mais gostava (E. 2).

[...] todo mundo que eu ia ele dava uma listinha com o regime padrão e atrás as alternativas ABCD e isso não pode e o que pode à vontade era tempero verde (risos), oh! meu Deus, à vontade, tempero verde, água, pimenta, eu ficava doente, aí que saco, aí de repente, o que eu mais gostava era o super proibido. [...] a comida [...] dividida entre proibida e permitida, permitido é o alface o proibido é tudo mais [...] aquela coisa assim de proibido e permitido entre o bem e o mal (E. 7).

Nas dietas, é comum a definição de alimentos “proibidos”, ou seja, aqueles que não devem ser consumidos. Ao definir um alimento como “proibido”, excluindo-o, assim, da alimentação, acaba-se por torná-lo mais desejado. Assim, ao consumi-lo, estando de dieta, ocorre a perda da confiança em si e a pessoa tende a continuar a comer^{29,22}.

Uma das depoentes sintetiza muito bem esse momento, no qual os aspectos centrais de sua vida são alimento, peso e corpo, simbolizados e mediados pela dieta.

[...] e eu comecei a saber levar a vida assim, eu sempre tava mantendo o peso, mas sempre com medo, eu vivia de dieta a partir desse momento eu vivia de dieta, minha vida era dieta (E. 2).

- Incentivo a dietas e pressão à magreza

O foco neste tema será discutir, à luz do ambiente sócio-cultural, a interferência das mensagens de incentivo a práticas de dietas e à busca pelo corpo ideal.

Constatou-se que as pressões para o emagrecimento estiveram presentes na vida dessas mulheres, tendo surgido de diferentes lugares e pessoas, sendo assim, as categorias que emergiram foram: *preconceito e cobrança da aparência física e incentivo social para o emagrecimento*.

Revivendo suas biografias foi identificada história de preconceito, com discriminação, ridicularização e cobranças relacionadas à alimentação e à aparência física.

[...] minhas tias [...] vivia [...] perguntando peso, qual era o peso que a gente tava, quanto a gente tava pesando, quanto peso tinha que perder, como era a dieta. [...] Me sentia (cobrada) (E. 2).

Fora que, meu pai me cobrava. [...] Que eu era tão bonitinha, mas tão gordinha e que eu tinha que emagrecer. [...] O que mais me influenciou a prática disso foi a maior pressão de todo mundo de me achar gorda (E. 6).

[...] eu sofri até no colégio [...] (porque) eu era gorda (E. 5).

[...] quando eu era gorda não tinha nenhum problema, só tinha simplesmente preconceito (E. 5).

Profissionais de balé e de educação física estimularam a prática de dietas, condicionando, em alguns casos, a participação, em festivais de balé ou em jogos, ao emagrecimento.

[...] eu fazia balé aí minha professora era horrível, sabe, era péssima, era horrível acabava com qualquer auto-estima de qualquer pessoa. [...] Ela só vivia mandando a gente fazer regime, [...] aí quando era véspera de festival todo mundo tem que tá um palito, aí era todo mundo desesperado [...] pra ficar magra (E. 2).

Quando foi no colégio no jogo de basquete lá estava o professor falando olha tu joga muito bem e tal mas acho que nesse jogo não vai dá pra tu ir porque lá eles estipularam mais ou menos um peso pra todas as jogadoras e você esta um pouco acima, aí eu vou ter que emagrecer mesmo desesperadamente (E. 6).

A discriminação e cobrança foram recorrentes nos relatos. Tais situações repercutiram negativamente nas vidas das entrevistadas, contribuindo para a o envolvimento em práticas alimentares inadequadas de controle de peso.

Os meios de comunicação também influenciam essas mulheres no incentivo a dietas, veiculando o paradigma de beleza imposto, que pressiona a ter um corpo magro.

Nas últimas décadas, assiste-se a grandes mudanças nos padrões de beleza, além de ter se estabelecido um fascínio pela imagem, que é mediado pelo culto ao corpo. Este, por sua vez, passa a ter um espaço privilegiado na publicidade.

Tal discussão é problematizada por Wolf²¹, Ogden²² e Malysse³⁰. Esses autores apontam que o embelezamento feminino é voltado para o corpo e que esse cuidado chega a ser obsessivo para algumas e, conseqüentemente, patológico, como ocorre com as portadoras de TA.

[...] eu fui umas das vítimas da mídia, do que a mídia passa, você vê numa entrevista e uma das primeiras coisas que pergunta é o que você faz pra manter esse corpo, aí isso influencia muito as adolescentes que procuram por um peso a ser como aquelas modelos, eu acho que a mídia influencia muito nisso (E. 1).

Me influenciou muito, porque é incrível como, porque quando a gente tá crescendo a gente quer ser bela, a gente quer ter a barriga mais sarada e tudo e o que a gente vê na televisão todo mundo saradão [...] é um bombardeio você vê esses outdoor todo mundo sem um pingão de barriga [...] e você fica doida assim porque você quer ter também, você fica desesperada (E. 2).

As informantes se vêem como vítimas da mídia que, no seu entendimento, influencia muitas adolescentes, divulgando e propagando um padrão de beleza, o qual determina que para ser bonita deve-se ter um corpo "saradão", "sem um pingão de barriga", ou seja, deve-se ser "seca". Sendo essa imagem associada ao sucesso, esse

corpo esguio passa a ser desejado e buscado “desesperadamente”.

Entretanto, esse modelo de beleza, como já referido, é irreal para muitas mulheres, que terminam julgando-se incapazes e frustradas, pois algumas, mesmo se envolvendo em dietas, não alcançam o peso “ideal” e passam a se utilizar progressivamente de práticas cada vez mais nocivas à saúde.

A magreza está associada a sucesso, felicidade, atração, controle e estabilidade. Com isso, é criada uma generalização. São apresentados estereótipos que passam a ser apreciados e desejados. O excesso de peso torna-se um problema, o emagrecimento o objetivo e a solução ditada é a dieta. Essa motivação é monopolizada pela indústria do emagrecimento²².

O padrão de beleza vigente, que apresenta como silhueta ideal uma forma muito mais esbelta que a mediana, faz com que a maioria das mulheres sintam-se gordas e desejem emagrecer. A dieta, vendida como solução, reforça a idéia de que com ela será possível emagrecer e, caso isso não ocorra, é porque a dieta não foi seguida corretamente, ou seja, a pessoa não tem autocontrole e é incapaz, assumindo toda a responsabilidade pelo próprio fracasso. Na realidade, a interrupção da dieta é uma consequência inevitável e não reflete uma inadequação pessoal²². Isso não significa que a modificação do comportamento alimentar não seja necessária para alguns, em especial para aqueles que correm risco de morte pelo excesso de peso. Entretanto, a prática de dietas não pode ser banalizada e seguida indiscriminadamente, sem orientação profissional.

Artistas e modelos famosas, seja em propagandas de televisão ou em revistas especializadas, veiculam, além de suas imagens impactantes, o incentivo à adoção de práticas alimentares restritivas, associando suas imagens ao resultado de determinadas dietas e ao uso indiscriminado de produtos para emagrecimento. Além disso, referem-se abertamente que, para alcançar esse o corpo perfeito, muitas vezes, se utilizam de práticas de controle de peso, como:

dietas restritas, exercícios físicos extenuantes, cirurgias plásticas e até jejum. Esses padrões permeiam o imaginário popular, influenciando as práticas alimentares de controle de peso adotadas.

Por um lado a gente pode dizer até que a mídia influenciou assim o pessoal tudo bem feito e agora a mídia querendo que você fosse magra [...] você vê na revista [...] por exemplo, a apresentadora de televisão [...] veste 36 ah! se ela veste 36 eu sou capaz de vestir 36, ela tem uma cintura de 65 ah! também sou capaz de ter uma cintura 65, [...] eu queria ser igual a essa mulher [...] É, aí eu me imaginava ah eu vou ser igual aquela pessoa [...] Imaginava como meus padrões sendo os padrões da revista (E. 1).

A sociedade determina e impõe um padrão de beleza que, inconscientemente, é incorporado. Na busca desse ideal de beleza de um corpo perfeito surge, atualmente, uma obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade³¹.

O mundo das dietas e a indústria do emagrecimento incluem livros, revistas, artigos de jornal, programas de televisão, vídeos com exercícios, academias de ginástica, regimes alimentares e cirurgias plásticas^{22,32}. Essas mensagens influenciam o psiquismo, principalmente o feminino, principal alvo de tais investidas.

A indústria da dieta prioriza o capital e ignora os danos à saúde. Assim, informações deturpadas invadem o universo das mulheres que buscam, incansavelmente, esse ideal impossível para a maioria delas, visto que existem biótipos diferentes⁶.

Vale salientar que a preocupação com alimentação, peso e corpo não é exclusiva das portadoras de TA. O ideal de corpo magro, esbelto e atlético é adotado e a imagem da obesidade é rejeitada e repugnada. Isso se confirma quando 80% das norte-americanas adultas afirmam querer ser mais magras, enquanto muitas delas já fazem algo visando esse objetivo³².

O medo de engordar é apontado como sendo algo coletivo, que povoa o imaginário feminino. Esta significação é reforçada pelas depoentes.

Várias pessoas têm certa preocupação com o corpo, eu vi muita menina que fica assim fissurada naquilo, no corpo, no corpo, no corpo [...] Com certeza, acho que não é só eu, não é só a pessoa com anorexia, acho que é muitas mulheres em geral [...] acho que até toda a humanidade fala disso e sempre tem a preocupação (E. 1).

Esse achado aponta um fenômeno coletivo propagado pela mídia e nas relações familiares e sociais. A sociedade parece incorporar esses padrões, ignorando o sofrimento desencadeado, especialmente às portadoras de transtorno alimentar.

Propagandas televisivas, bem como as veiculadas em *outdoors* e nas inúmeras revistas femininas, evidenciam a imposição de um padrão corporal que ignora os aspectos genéticos. Faz-se necessária, portanto, a remodelação desses valores, visto que muitas mulheres têm adoecido e algumas chegam à morte, em busca da vida numa sociedade que defende a magreza a qualquer custo.

Field et al.³³ realizaram um estudo de *coorte* prospectivo, com 6982 mulheres com idade entre 9 e 14 anos, durante um ano (1996 e 1997). Os autores demonstraram que a mídia popular é parcialmente responsável por criar objetivos de peso e corpo irrealistas para mulheres jovens e adolescentes. O ideal de peso é severamente baixo, na visão da comunidade médica. Atrizes e modelos apresentam magreza extrema, de aspecto impactante, o que pode contribuir para aumentar o risco de desenvolvimento de comportamentos bulímicos, como a prática de vômitos ou o consumo de laxantes para o controle do peso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as motivações e os incentivos à prática de dietas de emagrecimento

e a influência que estas exercem no desenvolvimento de transtornos alimentares.

A partir das narrativas das entrevistas, percebem-se os riscos decorrentes da prática indiscriminada de dietas de emagrecimento, estimulada por familiares, amigos, profissionais e pela mídia. Portanto, aqueles profissionais, como alguns nutricionistas, endocrinologistas e outros, que prescrevem dietas restritivas, precisam ser esclarecidos quanto aos riscos, uma vez que tais orientações desconsideram os medos e receios relacionados aos alimentos e ao corpo, ignorando, assim, a subjetividade envolvida e a influência exercida pelo contexto próximo. Uma prática impositiva, como as dietas restritivas, não contribui para as mudanças necessárias, que devem ocorrer de forma saudável e positiva pela mudança do comportamento alimentar. É a reeducação alimentar a proposta nutricional mais adequada e que tem apresentado melhores resultados. Assim, os profissionais da área de saúde deveriam ser preparados para orientar seus pacientes em direção a uma prática alimentar saudável. Para isso, fazem-se necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde, sendo preciso uma humanização dos cursos e um trabalho integrado entre os profissionais envolvidos na assistência ao paciente com transtorno alimentar (nutricionistas, psicólogos e médicos).

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam seus agradecimentos à Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa, pela bolsa de pesquisa, a Kátia Uchimura, pelo auxílio na elaboração deste artigo e a Catarina Lobo, pela cuidadosa revisão deste material.

REFERÊNCIAS

1. Lawrence M. A experiência anoréxica. São Paulo: Summus Editorial; 1991.
2. Santacruz H. Anorexia y bulimia: conflictos con el cuerpo. Acta Méd Colomb. 1997; 22(3):105-10.
3. Alvarenga MS. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: aspectos nutricionais [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

4. Castillo MCC, Acharán X, Alvarez P, Bustos MCP. *Apetito y nutrición*. Rev Chil Pediatr. 1990; 61(6):346-53.
5. Dallerra S, Sorrentino N. *A psicodietas: por que comemos, por que engordamos, como parar*. São Paulo: Paulus; 1997.
6. Souto SG. *Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2002.
7. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Centro Coordenação da Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Astudillo RB. *Transtornos del hábito del comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos*. Rev Méd Chile. 1998; 126(9):1085-92.
9. Morgan CM, Azevedo AMC. *Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares*. Psychiatry on line Brazil. 1998; 3(2):1-8.
10. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. *Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 year*. BMJ. 1999; 20(318):765-8.
11. Herscovici CR. *A Escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
12. Bagattini CM. *Transtornos severos de la alimentación: anorexia nerviosa e bulimia*. Rev Psiquiatr Urug. 1998; 62(2):1-42.
13. Iliabaca PT. *Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: clínica y epidemiología de 90 casos*. Rev Psiquiatr Clín. 1996; 33(1/2):17-32.
14. Fleitlich BW. *O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares*. Pediatr Mod. 1997; 33(1/2):56- 62.
15. Basaguren E, Guimón J. *Factores sociales en las perturbaciones de la propia imagen*. Rev Electr Psiquiatr. 1997; 1(3):1-12.
16. Cordás TA, Segal A. *Bulimia nervosa I: aspectos clínicos*. J Bras Psiquiatr. 1995; 44(1):S20-4.
17. Abuchaim ALG. *Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa*. In: Nunes MAA, Apolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
18. Cordás TA, Cobelo A, Fleitlich B, Guimarães DSB, Schomer E. *Anorexia e bulimia: o que são? Como ajudar? Um guia de orientação para pais e familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
19. Jackson E. *Alimento e transformação: imagens e simbolismo da alimentação*. São Paulo: Paulus; 1999.
20. Robell S. *A mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura*. São Paulo: Summus; 1997.
21. Wolf N. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco; 1992.
22. Ogden J. *A vez do gordo? Desfazendo o mito da dieta*. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
23. Buckroyd J. *Anorexia e bulimia: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Agora; 2000.
24. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 16. ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
25. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
26. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. *Risk factors for bulimia nervosa: a community-based, case-control study*. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54(6):509-17.
27. Fischer BB, Bernet R, Sieber M, Schmid J, Buddeberg C. *Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14 to 19 years old Swiss students*. Acta Psychiatrica Scand. 1996; 93(4):296-304.
28. Cordás TA, Vallim Jr A, Halpern A, Kaufman A, Araújo BC, Assumpção Jr KB. *Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença - anorexia, bulimia, obesidade*. São Paulo: Maltese; 1993.
29. Hirschmann JR, Munter C. *Adeus às dietas: como superar a compulsão alimentar num mundo cheio de comida*. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 1992.
30. Malysse S. *Em busca do corpo ideal. Sexualidade, Gênero e Sociedade*. 1998; Especial (7/8):12-17.
31. Gaiguer CR. *Reflexões da imagem corporal e da obesidade através do estudo de um caso clínico [monografia]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
32. Tannenhaus N. *Distúrbios alimentares: como tratar e evitar*. Rio de Janeiro: Ediouro; 1994.
33. Field AE, Camargo Jr CA, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. *Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls*. Arch Pediatr Adolesc Méd. 1999; 153(11):1184-9.

Recebido em: 7/10/2005

Versão final reapresentada em: 24/7/2006

Aprovado em: 18/9/2006

ANEXO 1

ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Fale sobre sua história com o alimento desde quando você era bebê.
2. Como você descreveria as refeições em sua família?
3. Havia regras para o acesso ao alimento? Quem as elaborava? Como era o funcionamento (obediência ou quebra)?
4. Fale sobre seu relacionamento com cada membro da família (pai, mãe, irmãos, marido, filhos) na infância, adolescência, idade adulta e hoje.
5. Sobre quais assuntos você conversa com seus familiares? Quem você busca em maior frequência para conversar? Quem você jamais buscaria?
6. Como foram as experiências que você teve com relação ao seu peso e a sua imagem corporal (família, amigos).
7. E na sua família, como eles se vêem em relação ao próprio corpo?
8. Você poderia me falar sobre suas experiências em relação a alimentação e dietas. O que te motivou para fazer dieta? Quando e quem te incentivou?
9. Em que momento começaram suas preocupações com peso e comida?
10. Como você se sente considerando os padrões de beleza atual?
11. Descreva o momento em que iniciou o seu quadro de TA.
12. Que fatores você percebe como tendo influenciado o seu quadro de TA?
13. Você poderia falar um pouco como era seu padrão alimentar. (Alimentos preferidos? Alimentos que começou a evitar? Alimentos que tinha compulsão? Etc.)
14. Quem primeiro notou seu problema alimentar? Como você reagiu?
15. Nesse momento, quem aproximou-se e quem distanciou-se de você?
16. Você tinha consciência do seu quadro? Como você se percebia?
17. Como você percebe a sua família lidando com seu quadro?
18. Quando e como você buscou tratamento?
19. Como paciente com TA, como considera que deve ser o tratamento?
20. Você gostaria de comentar algo que considere importante e não foi abordado nessa entrevista.