

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
CURSO TÉCNICO DE ANÁLISES CLÍNICAS INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Murillo Henrique Azevedo da Silva

O COMPORTAMENTO E A VIDA DE INDIVÍDUOS COM BULIMIA NERVOSA.

Rio de Janeiro  
2016

Murillo Henrique Azevedo da Silva

O COMPORTAMENTO E A VIDA DE INDIVÍDUOS COM BULIMIA NERVOSA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Orientadora: Pilar Belmonte

Rio de Janeiro  
2016



Murillo Henrique Azevedo da Silva

O COMPORTAMENTO E A VIDA DE INDIVÍDUOS COM BULIMIA NERVOSA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

Daniel Groisman

Grupo de Trabalho em Saúde Mental/GTSM-Laborat-EPSJV

Maria Cecília de Araújo Carvalho

Grupo de Trabalho em Saúde Mental/GTSM-Laborat-EPSJV

*Dedico este trabalho à minha mãe Sônia;  
Aos amigos que estiveram comigo durante os 4 anos de ensino médio.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço por todo apoio, desde o principio, a minha excepcional mãe, Sonia Moreira. O apoio e incentivo foram os mais importantes para que a minha jornada até a conclusão deste trabalho fosse possível, agradeço pelos momentos de duvidas e fraqueza nos quais o suporte foi indispensável, de todos os agradecimentos que estarei redigindo, este sem dúvidas é o mais especial.

Agradeço meus amigos por todo o apoio e por servirem como inspiração para que este trabalho fosse possível. Suzanne Oliveira, por estar sempre ao meu lado servindo de incentivo e também como uma válvula de escape, ao compartilhar toda a pressão que a entrega deste trabalho nos representa. Adriana Oliveira, obrigado por estar presente e sempre incentivar a escolha do trabalho. Juliana Motta, agradeço pelo encorajamento e até mesmo cobrança, às vezes, me dando forças a continuar o trabalho. Henrique Mira por sempre mostrar curiosidade sobre o assunto, contribuindo para as pesquisas e desenvolvimento, também pelo suporte e apoio. Juan Gomes, obrigado por se mostrar presente e ajudar das formas possíveis.

Agradeço sempre a Pilar Belmonte. Por ser a melhor orientadora que poderia conhecer para este trabalho. Admiro muito sua construção e forma de trabalho, tenho como admiração sua obra e caminhada. Sua participação neste projeto foi crucial e indispensável.

Agradeço a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio pelo comprometimento com uma educação diferenciada e completa, dando a todos os alunos uma visão mais ampla dos assuntos presentes na sociedade e desta forma nos dando a possibilidade de produzir opiniões criticas e humanas. Também por proporcionar este modelo de conclusão de curso que nos dá a oportunidade de produzir conhecimento, nos transformando ainda mais e contribuindo muito para a formação acadêmica.



*“Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”*

*Caetano Veloso*

## **RESUMO**

Este trabalho elegeu como tema um dos transtornos alimentares que causam danos físicos, psicológicos e sociais importantes: a Bulimia Nervosa e como esse transtorno afeta a vida do indivíduo. Através de levantamento bibliográfico foi possível registrar as principais características do transtorno assim como as formas de diagnóstico e propostas de tratamento. Apresenta ainda uma discussão sobre o corpo, entendendo-o como produto de um processo de construção social, experimentado sensorialmente por todos os indivíduos, sendo os padrões de corpo e beleza postos a todo momento pela sociedade, e a depender de como são incorporados pelo sujeito podendo contribuir para a promoção de distúrbios, como a Bulimia. O uso das redes sociais, através de blogs, como fonte de informação atual dos que sofrem de Bulimia Nervosa, foi incorporada ao trabalho com o objetivo de estabelecer uma analogia entre a compreensão apresentada por pessoas que são ou foram diagnosticadas como bulímicas e as definições encontradas na revisão bibliográfica

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	10
<b>Capítulo 1: Bulimia Nervosa</b> .....	12
1.1. Indivíduo Bulímico .....	14
<b>Capítulo 2: Mídia e Sociedade</b> .....	15
2.1 Construção do Corpo Durante a História .....	15
2.2 O corpo hoje .....	20
<b>Capítulo 3: Diagnóstico e Tratamento</b> .....	23
3.1. Diagnostico .....	23
3.1.2. <i>Diagnóstico diferencial</i> .....	26
3.2 Tratamento .....	26
3.2.1 <i>Métodos de Tratamento</i> .....	27
3.3 Fármacos no tratamento da Bulimia .....	32
3.4 Dificuldades no Tratamento .....	34
<b>Capítulo 4: Os blogs e perfis em redes sociais</b> .....	35
4.1 A busca nos Blogs .....	36
4.2 Análise dos Blogs .....	37
<b>Conclusão</b> .....	42
<b>Referências</b> .....	44

## INTRODUÇÃO

Entre os transtornos alimentares, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são os de maior incidência e tem em comum o fato de acometerem principalmente, jovens do sexo feminino.

Ambos são quadros psiquiátricos que podem levar a uma condição de grandes danos biopsicossociais e que estão associados à elevada morbidade e mortalidade.

Este trabalho elegeu a Bulimia Nervosa como objeto de estudo, se propondo a compreender como esse transtorno afeta a vida do indivíduo.

Deste modo, serão apresentados os aspectos psicológicos da Bulimia; as formas de diagnóstico da doença; as propostas de tratamento e finalmente, o impacto da doença na vida do paciente, mesmo após o tratamento.

Para o alcance do que esta monografia se propôs, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o transtorno, buscando compreender como o mesmo se apresenta, os fatores biológicos, psicológicos e sociais que com ele se relacionam e as diferentes propostas existentes de tratamento. Além disso, utilizou-se a consulta a blogs e perfis em redes sociais como “Tumblr” e “Instagram” que apresentam testemunhos de experiências de superação, alertando para o fato de a Bulimia Nervosa ser um transtorno, assim como depoimentos que idolatram a prática, propondo orientações de como praticá-la, considerando-a um ‘estilo de vida’ ao invés de um transtorno.

Em todos os perfis há a presença de fotos de pessoas que estão dentro do padrão estético buscado por quem procura uma extrema magreza, como forma de incentivo. Esses blogs promovem troca de informações, como dietas, métodos para perda de peso, entre outras coisas. Como o indivíduo bulímico tende a se distanciar de seus amigos, esse tipo de blog substitui as antigas relações, construindo um novo grupo que se aproxima pela identificação dos desejos, medos e aflições,

Assim, o primeiro capítulo apresenta definição e características da bulimia e do sujeito bulímico; no segundo, um resgate histórico da construção do corpo e a importância da mídia na consolidação do corpo idealizado é o enfoque desse capítulo; o terceiro busca

apresentar o diagnóstico diferencial entre os dois transtornos – bulimia e anorexia - e as diferentes propostas de tratamento; o quarto e último discorre sobre o campo escolhido – blogs e redes sociais- apresentando os resultados encontrados e uma breve análise dos mesmos em paralelo com a bibliografia pesquisada.

## **Capítulo 1**

### **BULIMIA NERVOSA**

De acordo com o CID-10<sup>1</sup> a Bulimia Nervosa é uma síndrome caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia e preocupação excessiva com o peso. O transtorno frequentemente está ligado a outro distúrbio alimentar, a Anorexia Nervosa, que por sua vez, é um transtorno que causa perda deliberada de peso induzida pelo indivíduo. Seus sintomas são facilmente reconhecidos possibilitando um diagnóstico muito preciso, contudo, as causas se mostram imprecisas. Há crescentes evidências de que estejam ligadas a interações socioculturais, fatores biológicos, fatores psicológicos inespecíficos e vulnerabilidade de personalidade.

Um paciente previamente anoréxico pode parecer melhorar com o ganho de peso, porém um padrão pernicioso de hiperfagia e vômitos pode se estabelecer, o que o leva a ter complicações físicas e perda de peso grave após um tempo. No entanto uma diferença característica entre os dois transtornos é que enquanto na Anorexia o objetivo, posteriormente alcançado, de perder peso se constitui numa perda significativa, na Bulimia o indivíduo passa por uma oscilação de seu peso corporal, e por mais que deseje perder peso, muitas vezes não há um decréscimo constante e/ou significativo. E isso se dá devido à forma com a qual a pessoa anoréxica lida com seus hábitos e objetivos, cortando gradativamente da alimentação componentes considerados de risco ou que o farão ganhar peso, como por exemplo, o carboidrato. Essas ações, juntamente a outros hábitos como, por exemplo, longos espaços de tempo em jejum levam a uma significativa perda peso rápida, o que diferencia pontualmente da Bulimia Nervosa.

A Bulimia Nervosa (BN) caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de

---

<sup>1</sup> A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código alfa numérico.

peso, como vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína (Fairburn, 1995).

O ciclo de compulsão alimentar e auto purgação se inicia e se torna permanente a partir de tentativas falhas de alcançar um determinado objetivo relacionado ao peso ou a medida. Já instalado, a causa de um episódio pode ter relação no dia ou momento com sensações como angustia, solidão, ansiedade, tristeza, estresse, frustração. Tudo isso gera uma reação em cadeia que leva o indivíduo a iniciar o ciclo, que tem início com a ingestão exagerada, que seria algo concreto e objetivo quando comparado a ingestão de um indivíduo saudável. A partir disso o componente subjetivo, que caracteriza o indivíduo com bulimia, o faz acreditar que perdeu o controle sobre seu corpo e caminho dos seus objetivos, o que dá início ao comportamento purgatório, na tentativa de anular os efeitos da refeição, ou como interpretado pela sua consciência, seu erro ou fracasso. Por isso geralmente o fim deste ciclo é acompanhado do sentimento de vergonha, culpa e um intenso desejo de autopunição.

“O aspecto principal da BN é a presença de episódios bulímicos com relatos de ingestão média de três a quatro mil calorias por episódio, mas já foram descritos episódios com uma ingestão de até 20 mil calorias” (Mitchell *et al.*, 1998 ).

O mais utilizado método compensatório entre os indivíduos bulímicos é o vômito autoinduzido (cerca de 90% dos casos). Devido à imediata sensação de alívio físico e emocional, pós ingestão compulsória, os indivíduos recorrem a esse comportamento com o objetivo de amenizar o medo de ganhar peso e também de reduzir a sensação de fracasso por não ter conseguido manter-se rígido numa determinada dieta. Os episódios podem variar em casos mais graves de Bulimia Nervosa, com um indivíduo chegando a até 10 episódios de vômito autoinduzido por dia. Geralmente no início do comportamento o bulímico pode utilizar manobras para induzir o vômito, como introduzir objetos ou seus próprios dedos em sua garganta, no entanto com o desenvolvimento do transtorno é possível que o indivíduo consiga vomitar sem estimulação física, já que o episódio se torna um hábito incorporado aos seus dias. A presença de feridas nos dedos e dorso da mão (sinais de Russell), juntamente com dentes danificados são característicos dos episódios de vômito autoinduzido a longo prazo.

Existem os demais comportamentos compensatórios também utilizados, como o uso de remédios, sem prescrição médica, diuréticos, laxantes, hormônios tireoideanos e

agentes anorexigenicos. Jejuns prolongados, atividades físicas exageradas são também meios encontrados pelos bulímicos para seu controle quanto aos episódios compulsórios, esses por outro lado apresentam menores complicações clínicas ao indivíduo, mas podem trazer sérias complicações psicológicas.

### **1.1 Indivíduo Bulímico:**

O indivíduo bulímico possui, geralmente, extrema baixa autoestima, costuma apresentar dificuldade de integração no âmbito social e tende a ser alguém isolado. Sua constante sensação de falta de controle é um agravante para a dificuldade as relações sociais, o que gera uma grande autocrítica, excessiva cobrança sobre seu próprio corpo e em suas questões pessoais.

Devido ao ciclo compulsão alimentar e auto purgação, o indivíduo se afasta do convívio social com medo de não se controlar em público. Isso tudo gera um enorme agravo para as relações interpessoais desta pessoa, que tende a se tornar alguém sozinho, em busca de algo que complete sua falta relacionada à negação de sua imagem, aversão ao seu próprio corpo e constante preocupação em mudar essa situação. Com isso as relações mantidas por esse indivíduo se tornam vazias, nesse contexto, já que para ele o único objetivo desta é suprir suas aflições e desejos e alcançar prazeres imediatos, não levando em conta seus anseios, vontades, realizações futuras e tudo de subjetivo numa relação.

O quadro familiar é um importante fator para a construção das bases que caracterizam as relações de um bulímico, assim como a mídia, que hipervaloriza o corpo e aparência, tendência a relacionar o estereótipo do corpo perfeito ao sucesso e valor do indivíduo na sociedade. Com isso a crença de que exista um corpo perfeito, livre das ações do tempo, mortalidade e alteridade, conduz o indivíduo a uma busca incessante, ao cuidado extremo de seu físico, o que gera a utopia de que a felicidade plena e constante esteja escondida em um corpo perfeito, e a fórmula do sucesso, satisfação pessoal e social seja alcançar essa perfeição.

## **Capítulo 2**

### **MÍDIA E SOCIEDADE**

A história do corpo humano é a história da civilização. Cada sociedade, cada cultura age sobre o corpo determinando-o, construindo as particularidades do seu corpo, enfatizando determinados atributos em detrimento de outros, criando os seus próprios padrões. Surgem, então, os padrões de beleza, de sensualidade, de saúde, de postura, que dão referências aos indivíduos para se construírem como homens e como mulheres. Ao longo do tempo, esses modelos produziram a história corporal, funcionando como mecanismos codificadores de sentido e produtores da história corporal (Rosário, 2006). A mudança nos padrões corporais então possui correspondência natural da mudança do discurso, e transição entre as sociedades. O conceito de beleza sofreu inúmeras variações ao longo da história. Quanto ao padrão estético corporal, o belo é normatizado desde os primórdios dos regimes patriarcais. Todas as culturas se desenvolvem marcadas por modelos estéticos fortemente definidos (Hercovici & Bay, 1997). Hábitos e práticas alimentares são construídos com base em determinações socioculturais (Serra, 2001). Neste sentido, a economia é um dos aspectos influentes. Houve sempre uma contradição entre a oferta de alimentos e as formas corporais femininas que são valorizadas. Assim, em épocas nas quais os alimentos são escassos, a imagem feminina robusta é sinal de poder e opulência, enquanto em períodos nos quais os alimentos são oferecidos em abundância, como atualmente, a magreza representa autodisciplina e sucesso (Hercovici & Bay, 1997).

#### **2.1 Construção do Corpo durante a História**

A perspectiva aqui adotada é de discutir o corpo, não como uma entidade natural, mas a partir dos valores a ele atribuídos. O corpo é produto de um processo de construção social. Ele não é apenas uma realidade concreta, experimentada sensorialmente por todos os indivíduos.

A percepção que dele temos é uma construção cultural e social específica, fruto de uma simbolização. Ele não é uma entidade natural, mas algo produzido pela cultura, que então, passa a ser uma realidade, visto que as representações têm o poder de produzir realidades concretamente sentidas pelos sujeitos.

Efeito de um trabalho de elaboração cultural, percebido diferentemente em cada segmento cultural, o corpo dentro da abordagem antropológica está associado à própria concepção

de pessoa, que uma determinada cultura ou grupo social produz, não sendo a experiência corporal uma experiência universal, mas sim, determinada por um conjunto de concepções fazendo com que a sensação corporal seja produzida por ideias que nos situam no mundo.

*“O corpo não fala por si próprio, se ele enuncia algo é aquilo que a própria cultura o autoriza a falar”* (Heilborn, 1997:48), a partir de significados atribuídos a ele.

Considerando essa construção social do corpo, a seguir apresenta-se como o corpo era visto em diferentes contextos socioculturais e históricos.

### A sociedade Grega

A imagem do corpo grego, ainda hoje atraente e considerada uma referência, é bastante reveladora da existência dos ideais estéticos veiculados desde essa época. Na verdade, este corpo era radicalmente idealizado, treinado, produzido em função do seu aprimoramento, o que nos indica que ele era, contrariamente a uma natureza, qualquer que ela fosse, um artifício a ser criado numa civilização que alguns helenistas chamam de “civilização da vergonha” por oposição à judaico-cristã que seria uma “civilização da culpa” (Dodds, 1988, apud Tucherman, 2004). Para os gregos o corpo representou um elemento de avaliação social e correspondia ao que era ser cidadão, assim um corpo saudável e atlético era extremamente almejado, a busca pela ilimitada evolução corporal estava relacionada a glorificação social feita pelo estado. A exposição do corpo, para os gregos, era uma forma de apreciação do indivíduo saudável e evoluído, desta forma o nu se mostrava como objeto de admiração. Assim a mente evoluída, sem o corpo evoluído, era pouco levada em conta. As duas características do sujeito Grego precisavam ser expostas para que então se aproximasse da perfeição, de acordo com o parâmetro da época.

*Através desta forma idealizada de pensar e viver o corpo, se definem também formas de estar na sociedade e princípios filosóficos e sociais que assentam na visão como sentido primordial, no olhar, no espelho, como fundamentais para o funcionamento de uma sociedade* (Cunha, 2004).

O grego desconhecia o pudor físico, o corpo era uma prova da criatividade dos deuses, era para ser exibido, adestrado, treinado, perfumado e referenciado, pronto a arrancar olhares de admiração e inveja dos demais mortais. Diferente do narcisismo, essa forma de expressão do corpo servia não só para mostrar a força perante o outro, mas como para também mostrar seus potenciais perante a sociedade e todas as suas esferas.

A forma de construção do corpo dos gregos influenciou, logo em seguida, os Romanos. Essa civilização possuía uma diferente forma de apresentar seu corpo, no entanto para os mesmos isto ainda era a representação de poder, e por isso buscavam moldar suas próprias imagens de acordo com seus interesses, assim tornando-se menos dependentes uns dos outros e mais subordinadas a si mesmas.

### Era do Cristianismo

Neste momento histórico a representação corporal deixou de ser fonte de admiração como acontecia com os gregos, e passou a ser fonte de pecado e a exposição passa a ser de extrema condenação. Perante o deus cristão, o deus que estava em toda a parte, os homens e as mulheres deviam ocultar o corpo. Nem entre os casais, na intimidade, ele deveria ser inteiramente desvelado.

Segundo O Papa Gregório Magno apud BARBOSA, M. R. et.al (2011), o corpo é a “abominável vestimenta da alma”. Por outro lado, é glorificado, nomeadamente através do corpo sofredor de Cristo. A dor física teria um valor espiritual. A lição divulgada era a morte de Cristo, o lidar bem com a dor do corpo, que seria mais importante do que saber lidar com os prazeres (Tucherman, 2004). Destarte, evidencia-se a separação entre o corpo material de sua alma, nesta relação a segunda parte que compunha o homem era mais valorizada e importante aos olhos desta sociedade.

Este momento da história foi marcado pela extrema vergonha do corpo, a culpa pela exposição ultrapassava a construção social dos homens, a culpa era intensificada com sensação pecado aos olhos do Divino. Assim, práticas sexuais, por exemplo, eram carregadas de pudor e culpa. O corpo também era usado como forma de tortura e forma de se redimir e alcançar o perdão aos olhos de Deus. Por exemplo:

*A renúncia da alimentação, por largos períodos de tempo com um quadro semelhante àquilo a que hoje denominamos de anorexia nervosa. Contudo, esta recusa da comida prendia-se, essencialmente, com a vontade de abandonar o material e alcançar o espiritual (Carmo, 1997).*

Algumas mulheres utilizavam-se da inanição como uma forma de aproximarem-se espiritualmente de Deus, a fim de tornarem-se santas. Eram chamadas de "santas anoréxicas". Santa Catarina de Siena, Margareth de Cortuna, Santa Rosa de Lima são alguns dos exemplos encontrados na literatura. A partir de relatos religiosos da Idade Média, esses comportamentos eram entendidos dentro de um contexto de práticas

religiosas como forma de devoção a Deus, evidenciando que o medo de engordar e a excessiva preocupação com a imagem não apareciam como o foco central de tais práticas naquele momento. Ao estabelecer uma relação com a realidade atual, o motivo que levava as mulheres a apresentarem comportamentos anoréticos se relacionam, mas não podem ser iguados, ambos motivos levavam a pessoa a acreditar que seu processo de aceitação seria facilitado, um no âmbito religioso e mítico e o outro no campo da sociedade, relações e interpretação pessoal. Portanto, não é possível dizer que anorexia atual é a evolução desses hábitos da sociedade baseada no cristianismo.

### Idade Média

Na Idade Média o corpo serviu, mais uma vez, como instrumento de consolidação das relações sociais. A característica essencialmente agrária da sociedade feudal justificava o poder da presença corporal sobre a vida cotidiana; características físicas como a altura, a cor da pele e peso corporal, associadas ao vínculo que o indivíduo mantinha com a terra, eram determinantes na distribuição das funções sociais.

*A preocupação com o corpo era proibida, começando-se a delinear claramente a concepção de separação de corpo e alma, prevalecendo a força da segunda sobre o primeiro (Rosário, 2006).*

O Cristianismo foi responsável por extrema influencia neste período, por isso qualquer representação e exploração corporal era errada e a manifestação criativa ainda mais repreendida pelas instituições religiosas. A união da igreja e monarquia trouxe maior rigidez dos valores morais e uma nova percepção de corpo. O caráter pecaminoso dado ao corpo na era medieval – ligada aos estigmas do cristianismo – gerou técnicas coercitivas sobre o corpo, como os castigos e execuções públicas, as condenações pelo tribunal do Santo Ofício (a Inquisição – oficializada pelo papa Gregório IX) e o auto-flagelo.

No entanto, é também nesta história que surge a nova figura literária do cavaleiro andante, do amor cortês, refletindo, deste modo, uma visão muito diferente do corpo e das suas relações. Embora a medicina e a erótica cortês concordassem com a definição de dualismo sobre o qual se construía toda a representação do mundo, discordavam, no entanto, quanto ao seu tratamento (Turcherman, 2004). Assim, não se duvidava que a pessoa fosse formada por um corpo e por uma alma, portanto partilhada entre a carne e o espírito.

O Cristianismo, por possuir uma história difícil e paradoxal na sua relação com o corpo, foi, por muito tempo, reticente na interpretação, crítica e transformação destas imagens

duplamente globalizadas do corpo, independentemente e para além do discurso do pecado e do controle do corpo, este é um tema essencial da teologia e da espiritualidade cristã.

### Modernidade

O homem passou a cultivar a si próprio. As leis sobre o funcionamento da sociedade agora eram ditadas pela razão, e questões como os sentimentos, as emoções, a sexualidade, que durante a Idade Média eram tidos como ações pecaminosas, foram incorporados pela nova sociedade (Foucault, 1979). A partir do movimento chamado de Renascimento, a sociedade começa a ter uma característica mais científica. A maior preocupação com a liberdade do ser humano e a concepção de corpo é consequência disso. O avanço científico e técnico produziram, nos indivíduos do período moderno, um apreço sobre o uso da razão científica como única forma de conhecimento (Pelegriani, 2006). A Modernidade caracterizou-se pelo surgimento da Ciência Moderna e de uma nova concepção de homem. Desse modo, as restrições religiosas que eram exercidas sobre o corpo na Idade Média deram lugar ao desenvolvimento da racionalidade. Assim, o homem moderno passou a ser o sujeito responsável pela produção do conhecimento e de uma nova concepção de corpo.

Observa-se na Modernidade um avanço do mundo industrializado, com a utilização de maquinários e da força material nos processos de produção; entretanto essa industrialização não deve ser compreendida como a sua única dimensão, pois há outro fator que marca presença de forma drástica: o capitalismo - um “sistema de produção de mercadorias que envolve tanto mercados competitivos quanto a mercantilização da força de trabalho”. (Giddens, 2002, p. 21).

Com o surgimento desse sistema – O capitalismo – o corpo ganhou uma nova definição que se baseava nas demandas desse novo modo de produção. No final do século XVII, o corpo humano foi considerado pelas Ciências Biológicas como uma máquina cheia de engrenagens. Esta determinação se encaixava aos interesses da época, onde as inclinações da alta burguesia precisavam ser atendidas e a instauração do capitalismo precisava se dar pelo menos de acordo com a opinião dos maiores interessados nesse meio de produção. Para Giddens (2002), mais do que um simples período histórico, o termo “modernidade” representa todo um conjunto de práticas comportamentais e instituições que afetam o mundo de forma global e que são posteriores ao período feudal europeu. Desta forma ao longo do XX, período que consolidou a Contemporaneidade, o corpo foi ganhando evidência por meio das novas tecnologias e comportamentos, principalmente através do

uso dos meios de comunicação. O estilo de vida e o desejo de obter a perfeição física levaram o homem da sociedade industrial a buscar, excessivamente, um novo padrão de beleza, satisfazendo um desejo que não é próprio de sua natureza, mas sim, de uma exigência para a sua inclusão na sociedade, onde tudo pode virar mercadoria.

## **2.2 O Corpo Hoje**

O meio de produção e a forma como se caracteriza o corpo nos dias atuais, caminham juntos, a possibilidade de modificar, construir e mercantilizar o corpo fez com que o mesmo se transformasse em objeto de consumo. Desta forma, meninas, jovens e mulheres adultas frequentam academias de ginástica, fazem dietas, utilizam cosméticos para afirmar-se na condição do que é considerado como padrão estético feminino em nossa sociedade. Segundo pesquisa de Novaes (2006) com frequentadoras de academias de ginástica e pacientes submetidas a cirurgias plásticas e bariátricas, foi demonstrado que a preocupação com a beleza é presente em todas as mulheres entrevistadas e, independentemente da classe social, todas utilizam diversas práticas para livrar-se daquilo que entendem como feio no próprio corpo. Para a pesquisadora, tal fenômeno é potencializado pelo fato de que a sociedade atual faz exigências e exerce um controle maior sobre os corpos de mulheres uma vez que, nos homens, os imperativos de beleza são bem mais sutis, tolerando-se melhor os desvios e negligências. Assim, Novaes (2006) afirma que, enquanto no gênero masculino pode-se falar de imagens centradas em conquistas sociais e econômicas, a construção de uma imagem feminina é necessariamente atravessada por investimentos voltados para o próprio corpo. Desse modo, a autora destaca que uma bela imagem feminina requer esforços, investimentos financeiros e tempo.

O corpo anorético e/ou bulímico, não existe como uma entidade transcendente, mas é constituído a partir de determinados regimes de verdade. Ou seja, a ideia de diferenciação entre um corpo normal e um corpo patológico parte de uma série de saberes e práticas que entendem o próprio corpo como uma entidade individual. Entretanto, cabe ressaltar que, para Foucault (1982), essa noção só passa a ser concebida a partir do "efeito do investimento do corpo pelo poder" (Foucault, 1982, p. 146).

Os padrões de corpo e beleza são postos a todo momento pela sociedade, o culto a beleza escolhida como única, precisa ser disseminada para que seja legitimada, e levando em

conta os interesses do meio de produção e lucro, a mídia vem como uma ferramenta de extrema importância para a imposição do belo e perfeito. Dessa forma garantido uma eterna comparação do indivíduo ao modelo apresentado, tal comparação que sempre, propositalmente, irá desencadear uma extrema insatisfação, que o impulsionará a almejar e se comprometer a alcançar o irrealístico corpo perfeito. A mídia é um dos meios de difusão e capitalização do culto ao corpo, consolidando tendências de comportamento. Outro fator decisivo, levantado por este autor, é a indústria da beleza que, através do marketing, influencia as atitudes das pessoas, fazendo com que elas busquem esse padrão de beleza vigente a qualquer custo. Todas as novidades relacionadas ao corpo resultam do fascínio da sociedade em busca das novidades e tendências que dizem respeito à prática de atividade física, às dietas exóticas, às cirurgias plásticas, ao uso de produtos e cosméticos que prometem um corpo com aparências ideais.

A determinação de padrões corporais então tem uma forte ligação com o que a sociedade espera do indivíduo. A ideia é disseminada e torna-se algo real no ideal da população logo, gera-se a diferenciação entre o corpo perfeito –aos olhos da sociedade- e tudo que não se encaixa a essa regra. O corpo perfeito criado pela sociedade e disseminado pela mídia não só significa beleza, mas também sucesso e poder, desta forma o não magro se encontra fraco e perdido em meio a essas determinações. Estudos demonstram dados preocupantes neste sentido. Por exemplo, o preconceito contra a gordura acomete as crianças desde a pré-escola e mulheres com sobrepeso têm mais dificuldade em conseguir emprego e bons salários do que aquelas que estão dentro do padrão estético valorizado (Puhl & Brownell, 2001 apud BARBOSA, M. R. et.al ).

Portanto, devido a tamanha imposição, se enquadrar ao padrão pode se tornar um grande objetivo traçado pela pessoa, o que a levaria entrar numa grande diligência pela busca do corpo perfeito que trará a realização de todos os seus objetivos e anseios pessoais, assim como o sucesso até mesmo econômico. Nessa busca o indivíduo pode ser fortemente pressionado a se enquadrar e começar a apresentar comportamentos que podem levar a um quadro de transtorno alimentar. A mídia social pode se mostrar uma enorme ferramenta estimulante, é notável o crescimento de sites que estimulam formas rápidas de emagrecimento, e até mesmo a desenvolver e manter transtornos alimentares com o objetivo de um estado extremo de magreza.

Hoje sabe-se que os transtornos alimentares deixaram de ser algo que acomete somente mulheres brancas, de países ricos. Há um grande crescimento de casos onde sexo, gênero

e raça não são determinantes. Isso pode estar relacionado devido a disseminação da informação, repleta de estigmas e padrões de beleza e formulas de sucesso na sociedade.

*“Um maior grau de urbanização parece aumentar a chance dessas patologias. A urbanização levaria a uma maior exposição ao ideal de beleza – a magreza – por meio da mídia, além de propiciar mudanças de hábitos alimentares, sedentarismo e um maior número de pessoas com obesidade. ”* (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002).

Em relação à etiologia da anorexia nervosa e bulimia nervosa, são crescentes as evidências da interação de diversos fatores tanto na gênese quanto na manutenção dos transtornos (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002). Atualmente, a maioria dos pesquisadores trabalha com um modelo multidimensional, que reconhece fatores de risco de diversos níveis, como culturais, individuais e familiares (Abreu & Cangelli Filho, 2005). Transtornos alimentares como a BN, por exemplo, são extremamente complexos e possuem relações e razões, desde seu princípio até a manutenção do transtorno, no entanto é impossível não considerar a sociedade como importante fator que fortalece e dá início a estigmas que dão base e se mostram extremamente importantes no desenvolvimento do determinado transtorno alimenta. A mídia por sua vez, como uma ferramenta da sociedade, tem como característica tornar o produto dessa sociedade, ou seja, os estigmas, padrões, mitos e regras, em algo com alcance ainda maior, sem barreiras, transformando então, em algo de extremo alcance.

## Capítulo 3

### DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A CID-10 apresenta critérios diagnósticos muito próximos aos do DSM-IV, ressaltando, entretanto, a possibilidade de negligência do tratamento insulínico em diabéticos como uma apresentação especial do quadro, assim como a possível ocorrência de um episódio prévio de AN que evoluiu para bulimia.

#### 3.1 Diagnóstico

Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente estão dentro da faixa de peso normal, embora alguns possam estar com um peso levemente acima ou abaixo do normal. O transtorno ocorre, mas é incomum, entre indivíduos moderada e morbidamente obesos. Há indícios de que, antes do início do Transtorno Alimentar, os indivíduos com Bulimia Nervosa estão mais propensos ao excesso de peso do que seus pares. Entre os episódios compulsivos, os indivíduos com o transtorno tipicamente restringem seu consumo calórico total e selecionam preferencialmente alimentos com baixas calorias (diet) evitando alimentos que percebem como potenciais quilos a mais ou que provavelmente ativarão um ataque de hiperfagia. Os indivíduos com Bulimia Nervosa apresentam uma frequência maior de sintomas depressivos (por ex., baixa auto-estima) ou Transtornos do Humor (particularmente Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior). Em muitas ou na maior parte dessas pessoas, o distúrbio do humor começa simultaneamente ou segue o desenvolvimento da Bulimia Nervosa, sendo que com frequência atribuem sua perturbação do humor à Bulimia Nervosa. Também pode haver maior frequência de sintomas de ansiedade (por ex., medo de situações sociais) ou Transtornos de Ansiedade. Esses distúrbios do humor e de ansiedade comumente apresentam remissão após o tratamento efetivo da Bulimia Nervosa. Em cerca de um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa ocorre Abuso ou Dependência de Substâncias, particularmente envolvendo álcool e estimulantes. O uso de estimulantes frequentemente começa na tentativa de controlar o apetite e o peso. É provável que 30 a 50% dos indivíduos com Bulimia Nervosa também tenham características de personalidade que satisfaçam os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade (Transtorno da Personalidade Borderline). Evidências preliminares sugerem que os indivíduos com Bulimia Nervosa,

Tipo Purgativo, apresentam mais sintomas depressivos e maior preocupação com a forma e o peso do que os indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Sem Purgação. (CID-10)

### **Crítérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10**

<b><u>DSM-IV</u></b>
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 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares (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 quanto está comendo)
B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, 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 3 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.
<p>Especificar <span style="float: right;">tipo:</span>            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.</p>

<b><u>CID-10</u></b>
A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).
B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão a comer.
C. O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de um ou mais do que segue: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico.
D. Há uma auto-percepção de estar muito gorda, com pavor intenso de engordar e com uso exercícios excessivos ou jejuns.

Em virtude da variação individual para a quantidade considerada "grande", há autores que propõem a definição de um mínimo de calorias (ex. >1.000). Embora a maioria das compulsões envolvam enormes quantidades de alimentos (geralmente entre 1.200 e 4.500 calorias), alguns dos episódios considerados pelas pacientes como "excesso alimentar" correspondem à ingestão de quantidades normais ou até pequenas de alimentos (e têm sido concebidos como compulsões subjetivas). Assim, autores como Beglin & Fairburn sugeriram que o componente "perda de controle" parecia identificar melhor a compulsão alimentar do que o "excesso alimentar" por si só. Trata-se de um sentimento de que o indivíduo não pode evitar a compulsão alimentar ou interrompê-la, uma vez iniciada. O episódio deve ocorrer num período circunscrito de tempo (média de duas horas), mas não, obrigatoriamente, em um único lugar. A duração do episódio deixou de ser critério obrigatório, pois pode eventualmente se prolongar por horas. O DSM-IV tem mantido a exigência da presença dos dois critérios (quantidade excessiva e perda de controle) para o diagnóstico da compulsão "objetiva". No entanto, sabe-se que, ainda assim, a definição de compulsão alimentar continua a manter certa subjetividade, que é inerente à avaliação feita por quem julga o episódio.

O diagnóstico de BN exige o engajamento em métodos compensatórios inadequados seguindo-se aos episódios bulímicos. O vômito auto induzido é o método mais frequente, de mais fácil identificação e que melhor delimita o final de uma compulsão. O reconhecimento de que algumas pacientes buscam compensar a compulsão por meio de métodos não purgativos apenas (jejuns e exercícios excessivos), aliado a indícios de maior psicopatologia alimentar e geral em purgadoras (depressão, ansiedade, abuso de substâncias e sexual) levou à distinção de grupos de BN pelo DSM-IV.

A definição da frequência e duração mínima dos episódios de compulsão e dos métodos compensatórios que os acompanha (duas vezes por semana durante três meses) é vista como arbitrária. A definição da recorrência do comportamento se baseou nos padrões médios de frequência extraídos de estudos clínicos e na comunidade e visa excluir situações de menor gravidade (pacientes que apresentam uma frequência menor). No entanto, em estudo na comunidade, Wilson & Eldredge (1991) não encontraram diferenças importantes entre aqueles com um episódio semanal ou mais episódios, apontando a necessidade de se esclarecer o melhor ponto de corte.

### **3.1.2 Diagnóstico Diferencial**

Os indivíduos cujo comportamento de compulsão alimentar ocorre apenas durante a Anorexia Nervosa recebem o diagnóstico de Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, e não devem receber o diagnóstico adicional de Bulimia Nervosa. Para um indivíduo com episódios compulsivos e purgações cuja apresentação, no entanto, não mais satisfaz todos os critérios para Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo (por ex., quando o peso se normalizou ou a menstruação tornou-se regular), o julgamento clínico ditará se o diagnóstico atual mais adequado é de Anorexia Nervosa/Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, Em Remissão Parcial, ou de Bulimia Nervosa. Em certas condições neurológicas ou outras condições médicas gerais, tais como a síndrome de Kleine-Levin, existe uma perturbação do comportamento alimentar, mas os aspectos psicológicos característicos da Bulimia Nervosa, tais como preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo, não estão presentes. A hiperfagia é comum em um Transtorno Depressivo Maior, Com Características Atípicas, mas esses indivíduos não se dedicam a um comportamento compensatório inadequado nem demonstram a característica preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo. Se são satisfeitos os critérios para ambos os transtornos, devem ser dados ambos os diagnósticos. O comportamento de compulsão periódica é incluído no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do Transtorno da Personalidade Borderline. Se todos os critérios para os dois transtornos são satisfeitos, podem ser dados ambos os diagnósticos.

### **3.2 Tratamento**

A meta principal do tratamento da bulimia nervosa (BN) é a regularização do padrão alimentar com suspensão de práticas purgativas e restritivas (APA, 2000). Para a maioria de pacientes com bulimia nervosa, um tratamento não-farmacológico é considerado o primeiro passo. Se o tratamento com abordagem psicoterápica não estiver evoluindo como o esperado, medicamentos antidepressivos estão indicados.

### **3.2.1 Métodos de Tratamento**

#### Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um tratamento que promove benefícios através de uma modificação de atitudes disfuncionais em relação à forma, peso, dieta e comportamentos purgativos (Fairburn et al, 1989; APA, 1993).

A TCC na bulimia nervosa baseia-se na teoria desenvolvida por Beck et al (1982) para tratamento da depressão, adaptada para o tratamento dos transtornos alimentares por autores como Fairburn (1985). Suas principais características são o uso de técnicas como reestruturação cognitiva, através da auto-monitoração de pensamentos relevantes e comportamento e o uso de medidas de autocontrole para estabelecer padrão regular de alimentação. O uso de diferentes técnicas no tratamento parece ter relevância na eficácia terapêutica. Contudo, o uso simultâneo destas estratégias na maioria dos protocolos de TCC impede a determinação de qual de seus componentes é o mais importante. O diário de auto monitoração do comportamento serve de parâmetro para a frequência dos comportamentos alterados, bem como índice de evolução. Além disto, auto monitoração apresenta a vantagem de ser um procedimento terapêutico em si mesmo (Agras et al., 1989).

A relação terapêutica é bastante ativa, com responsabilidades compartilhadas com o paciente para mudança desejada, e em que o terapeuta provê informação, auxílio, suporte, encorajamento.

As técnicas comportamentais mais utilizadas incluem reestruturação cognitiva, prevenção de resposta, treino de assertividade e aconselhamento nutricional. Técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta (no que concerne aos vômitos provocados) foram, primeiramente, descritas por Leitenberg et al (1988).

Segundo Spangler (1999), três estágios são definidos nos programas ambulatoriais utilizando TCC:

1. A visão cognitiva da bulimia nervosa é primeiramente sublinhada, e técnicas comportamentais são usadas para que o paciente recupere o controle sobre a alimentação, promovendo um padrão alimentar regular.

2. Há ênfase no exame e modificação de pensamentos problemáticos e atitudes. Além disto, os procedimentos comportamentais são usados para evitar qualquer tendência para dietas e modificar preocupações com a imagem corporal.

3. O foco é a manutenção da mudança e prevenção de recaídas.

#### TCC Individual e Grupal

As abordagens psicoterápicas na TCC podem ser divididas em grupais, individuais ou mistas.

Os resultados dos estudos com TCC grupal evidenciaram taxas elevadas de redução de sintomas e abstinência ao final do tratamento. Mitchell et al (1993) verificaram que a TCC, ao analisar grupos recebendo TCC com diferentes graus de intensidade (número e duração de sessões) e promoção de abstinência como objetivo do tratamento, observaram resultados diferenciados. Grupos mais intensivos tinham resultados melhores em termos de redução de episódios bulímicos, e as maiores taxas de abstinência apareciam quando esta era altamente enfatizada no tratamento.

Em termos de comparação entre a terapia individual e a terapia grupal, o grupo pode ser uma alternativa aparentemente mais prática e menos custosa para serviços de atendimento. Porém, a TCC grupal deve ser feita de modo mais intensivo em termos de frequência de sessões para apresentar o mesmo desempenho de uma TCC individual (Peterson et al., 1998). Outra dificuldade é a presença de transtornos de personalidade, desencadeando situações de atuação (*acting-out*) e atritos entre membros do grupo é freqüente. Por isto, se não houver um bom manejo destes fatores por um terapeuta experiente, todo o resultado terapêutico pode ser comprometido (Peterson et al, 1998).

#### Eficácia e as Limitações da TCC na Bulimia Nervosa

Basicamente, os estudos que analisaram a eficácia da TCC têm como objetivo avaliar três tipos de indicadores de melhora clínica da bulimia nervosa. Em primeiro lugar, o percentual de pacientes avaliadas que completou o tratamento (que mede, portanto, o grau de aderência e a taxa de abandonos do estudo). Um segundo indicador é a percentagem de pacientes que reduziram a frequência de episódios bulímicos. A terceira variável de recuperação utilizada nestes estudos é a abstinência total de episódios bulímicos e comportamento purgativo (por exemplo, ausência de vômitos auto-induzidos ou abuso de laxantes).

### Terapia Interpessoal

A terapia interpessoal (Interpersonal Psychotherapy, TIP) é uma das novas modalidades terapêuticas utilizadas para bulimia nervosa, originalmente desenvolvida por Klerman et al. (1984) para o tratamento de quadros depressivos. O trabalho é semi-diretivo, mais flexível que na TCC, trabalhando-se as deficiências nas relações interpessoais dos pacientes e definindo soluções concretas para as mesmas (Apple, 1999). O tempo necessário para haver estas mudanças difere do ocorrido na TCC, sendo de uma progressão mais lenta em termos de melhora nestes relacionamentos. Um dos pontos básicos está em lidar com afetos como depressão, ansiedade, solidão que são gatilhos dos sintomas bulímicos. Sua duração é limitada, de 24 a 36 semanas, e há uso de variadas técnicas como questionamento, jogo de papéis, exame de vantagens e desvantagens na mudança e encorajamento na expressão de sentimentos. Sua diferença fundamental para outras terapias psicodinâmicas está na discussão voltada para o “aqui e agora” dos relacionamentos “fora da sala de terapia”, e não na relação terapeuta-cliente (Apple, 1999).

#### O tratamento envolve basicamente três etapas:

1. Acesso inicial e coleta da história (dura 3 a 5 sessões) no qual é explicado o procedimento terapêutico. Realiza-se um levantamento completo dos relacionamentos atuais da paciente e suas relações com os sintomas alimentares. São avaliadas áreas no decorrer da história da paciente envolvendo eventos vitais, humor e auto-estima, relacionamentos interpessoais e mudanças no peso.
2. Cada ponto de discussão percebido como importante ao tratamento é discutido, não entrando em detalhes sobre os sintomas alimentares e sim explorando o contexto interpessoal nos quais eles ocorrem
3. Envolve na etapa final sumarizar e consolidar ganhos, antecipar futuras áreas de problemas e busca de soluções. Ao final do tratamento, os clientes são estimulados a discutir mudanças nos seus hábitos alimentares, particularmente se houver relação com melhora nos padrões de relacionamento.

#### Eficácia da TIP na Bulimia Nervosa

Os resultados mostraram que, embora as três abordagens fossem efetivas em reduzir episódios bulímicos, a terapia cognitivo-comportamental era mais eficaz na modificação de atitudes relacionadas à dieta restritiva e dos vômitos provocados, em relação ao grupo

que fez TIP. E a TCC foi superior à terapia comportamental (que não utilizava reestruturação cognitiva) em relação à prática de dietas e atitudes em relação à forma e imagem corporal. O grupo que realizou TIP ao longo de um ano evoluiu com melhora equivalente ao grupo que realizou TCC. Em um acompanhamento prolongado destes grupos, não houve diferenças nas percentagens de pacientes sem purgação ou episódios bulímicos nos grupos que fizeram TIP ou TCC e ambos eram superiores em taxas de recaída ao grupo que fez terapia comportamental (Fairburn et al, 1993; Fairburn et al, 1995).

#### Psicoterapia de Base psicanalítica

A psicoterapia psicodinâmica baseada nos pressupostos teóricos psicanalíticos visa determinar as soluções tentadas em relação à ingestão excessiva de alimento e o medo do ganho de peso e explorar que função desempenha o sintoma dentro da estrutura de personalidade do sujeito. Bulímicas tendem a evitar o contato íntimo e prolongado, utilizando os episódios bulímicos, a purgação e as dietas para evitar sentimentos desprazerosos. Ao mesmo tempo, usam o sintoma como elemento para conectar-se com os demais, pela ressonância que tem com seu estado interno (Hercovici e Bay, 1993).

#### Eficácia da Psicoterapia Psicanalítica na Bulimia Nervosa

É limitada a literatura discutindo e avaliando a abordagem psicodinâmica no tratamento da bulimia nervosa comparada à TCC. Foi utilizado um modelo não diretivo de terapia expressivo-suportiva que apresentava como pressuposto que os sintomas bulímicos refletiriam problemas interpessoais subjacentes. Apesar da melhora dos grupos na frequência de episódios bulímicos, o grupo com TCC apresentou melhores taxas de remissão, melhora de comportamento alimentar, prática de dietas, atitudes diante do corpo, auto-estima e psicopatologia geral.

#### Locais de Tratamentos

Os serviços especializados, com atendimento ambulatorial e leitos para internação, podem ser encontrados em unidades de clínica médica, pediátrica e psiquiátrica. A escolha da modalidade de tratamento (ambulatorial, semi-internação ou internação integral) dependerá da avaliação das condições clínicas, psiquiátricas e do apoio familiar

para o tratamento do paciente. As indicações para o atendimento de pacientes com bulimia nervosa (BN):

<b>Tratamento Ambulatorial</b>	Habitual Indicações: - Acompanhamento regular - Intervenção: paciente/família
<b>Semi-internação (HD)</b>	Pouco sugerido e muito pouco acatado Indicações: - Complicações médicas graves, - Transtornos psiquiátricos associados de difícil manejo (estabilização) - Famílias muito disfuncionais
<b>Internação Integral</b>	Pode ser necessário Internações muito breves Indicações: - Controle dos desequilíbrios metabólicos, - Hematêmese, - Ciclo bulimia/purgação incontroláveis, - Comorbidades psiquiátricas graves e tentativa de suicídio.

#### Estratégias que contribuem no êxito do tratamento

##### ➤ Equipe

Com o decorrer do tempo foi demonstrado que uma equipe composta por profissionais bem preparados e comprometidos são indispensáveis no tratamento contra a bulimia, eles precisam ser multiprofissionais e interdisciplinares. O trabalho da equipe interdisciplinar nesse caso se mostra menos desgastante e apresenta mais resultados para o paciente por atender diversas necessidades do mesmo.

Os profissionais da equipe realizam as avaliações dos aspectos específicos relativos ao quadro mórbido, reúnem-se para firmar um diagnóstico “sistêmico”, com diferentes abrangências (orgânico, situacional, familiar, etc.) e planejam a estratégia terapêutica.

➤ **Intervenções combinadas**

Tanto no tratamento ambulatorial quanto no hospitalar o método de intervenção combinada se mostra mais eficaz que as isoladas e são direcionadas a família em especial.

O restabelecimento dos hábitos alimentares e nutricionais, uso de medicamentos, terapia ocupacional e apoio psicológico fazem parte do programa estruturado e pensado com e para o paciente. A família com papel muitas vezes protagonista da vida do paciente é encaminhada a terapias familiares e orientações grupais, com o objetivo de prepara-la e ajuda-la a encarar a bulimia nervosa da melhor forma.

➤ **Planejamento Terapêutico**

É importante ter uma relação de confiança que ajude aos avanços da terapia, por isso a interação entre paciente, família e equipe terapêutica deve ser sólida e amigável de modo que juntos possam estabelecer metas para recuperação, ritmo de recuperação, condições para que a adesão do tratamento seja eficaz. Regulares reuniões para avaliação do quadro são importantes tanto quanto na equipe terapêutica quanto entre equipe, paciente e familiares. Desse modo tudo fica mais claro ao paciente, assim o mesmo não terá porque se sentir sufocado e poderá contribuir a sua melhora.

### **3.3 Fármacos no tratamento da Bulimia**

Os medicamentos psicotrópicos devem notavelmente ser tratados como coadjuvantes quando se diz respeito ao tratamento não só da Bulimia Nervosa, mas também de todos os outros transtornos alimentares.

A recusa da utilização desse tipo de tratamento é muito recorrente entre pacientes em tratamento, os mesmos usam como argumento um possível ganho de peso devido ao remédio até mesmo a ineficácia do mesmo. Tentam habitualmente negociar o uso de medicações, lêem as bulas, questionam os médicos sobre a incidência dos efeitos colaterais e geralmente referem tais efeitos com pouco tempo de uso das mesmas.

*“O sucesso na instalação da terapia medicamentosa depende: da habilidade do médico em escolher o melhor momento de recomendá-la (ou seja, depois de instalada uma relação de confiança) e do modo como este profissional apresenta*

*essa modalidade de intervenção, (com objetividade, sem supervalorização dos efeitos benéficos e nem desvalorização dos efeitos adversos). Se decidir usar psicofármacos, o profissional deve dar preferência para as medicações que está familiarizado, mostrar-se flexível para adaptações pessoais mas firme no propósito de manutenção por um tempo suficiente para reposta terapêutica. ”*  
CABRERA, C., 2006.

## **Tipos de Psicofármacos**

### **Antidepressivos**

Auxiliam na redução da compulsão e dos vômitos. Os antidepressivos tricíclicos ainda são muito usados, como a Imipramina 50-125 mg/dia (Tofranil®) e Clorimipramina 75-125 mg/dia. Os inibidores seletivos da serotonina (ISRS), são bastante seguros e relativamente bem tolerados, em tratamentos de 6 meses a 1 ano.

Fluoxetina (Daforin®, Fluxene®, Prozac®,

Verotina®) – 60 a 80 mg/dia

Sertralina (Tolrest®, Zoloft®) – 50 a 200 mg/  
dia.

Citalopram ((Citta®, Cipramil®, Deriel®,

Proximax®) 20 a 60 mg/dia.

Se existir um transtorno depressivo associado, o tratamento com essas medicações deve estender-se além de um ano. O sucesso do tratamento é maior quando se associa aconselhamento nutricional, psicoterapia e psicofarmacoterapia.

### **Ansiolíticos**

Não são muito recomendados em função do alto risco de dependência, associação com álcool e drogas. Cautela com a quantidade de medicamentos prescritos devido ao risco de suicídio por ingestão (overdose).

### **Estimulantes**

Proposta de Metilfenidato (Ritalina®) para pacientes com transtorno de impulso associado, refratárias ao tratamento convencional.

### **3.4 Dificuldades no Tratamento**

O indivíduo bulímico no geral, é o que procura por tratamento por medo ou até mesmo o enorme sofrimento que o transtorno lhe acomete. Todavia uma vez em tratamento esses mesmos pacientes são os que recusam os métodos e formas de intervenção. Isso pode se dar devido a vários motivos, como por exemplo:

#### Distorção Corporal

O paciente com Bulimia possui um tipo de distorção corporal que está relacionado a uma indefinição de ser ou não gordo, a pessoa se enxerga de uma forma disforme. Devido a isso o tratamento pode se basear em usar técnicas que influenciem ou convençam o paciente de sua real imagem. Portanto, é importante para o existo e adesão do processo de recuperação se é valido ou não incidir nesse aspecto, já que o paciente pode se sentir ameaçado com uma possível tentativa de fazê-lo ganhar peso.

#### Medo de Engordar e Ansiedade

A ansiedade é algo muito presente em pessoas que desenvolvem qualquer tipo de transtorno alimentar, é característico do quadro de Bulimia Nervosa essa sensação após a refeição, o que pode ser a causa das manobras purgativas. O paciente com BN além da sensação de angustia também sente extrema culpa, devido seu incontrolável impulso.

#### Auto-Estima

A baixa auto-estima é uma particularidade dos transtornos alimentares, não seria incomum quando se diz respeito a bulimia, que possui até um maior comprometimento quanto ao aspecto, em virtude disto a honradez própria decai tanto que tentativas de suicídio são comuns.

#### Transtornos Associados

Transtornos de personalidade e impulsividade, transtornos de humor e ansiedade, dependência de álcool e outras drogas podem dificultar o tratamento, nestes casos o acompanhamento psiquiátrico é primordial, tanto no acompanhamento psiquiátrico, ambulatorial quanto no hospitalar.

## Capítulo 4

### OS BLOGS E PERFIS EM REDES SOCIAIS

O avanço tecnológico proporciona a sociedade contemporânea novos formatos de comunicação e apresentação do seu eu aos demais. O surgimento das Redes Sociais, que é hoje uma das maiores formas de contato entre indivíduos introduzidos e/ou adaptados a esta evolução, mostra grande modificação no contato e percepção entre as pessoas.

Hoje a internet proporciona diversos tipos de Redes Sociais. É possível encontrar diversas formas de compartilhamento de fotos, textos, vídeos e diversas formas de expressão virtual. Existem os Blogs que são plataformas onde pessoas disseminam em suas páginas opiniões e os tipos de blogs variam de acordo com a inclinação e objetivo do perfil. O perfil dos blogs e microblogs é criado com as características pessoais de cada indivíduo, no entanto, é comum também que exista usuários que criam perfis para compartilhar ideias que não estão necessariamente ligadas à imagem ou características de uma só pessoa. Por isso o perfil pode representar uma pessoa real com peculiaridades pessoais, como também pode ser uma mistura de várias qualidades gerando uma representação quase perfeita do que se tem como objetivo.

Um blog ou blogue - diário da rede - é um site cuja estrutura permite a atualização rápida a partir de acréscimos dos chamados artigos, ou posts. Estes são, em geral, organizados de forma cronológica inversa, tendo como foco a temática proposta do blog, podendo ser escritos por um número variável de pessoas, de acordo com a política do blog. Muitos blogs fornecem comentários ou notícias sobre um assunto em particular; outros funcionam mais como diários online. Um blog típico combina texto, imagens e links para outros blogs, páginas da Web e mídias relacionadas a seu tema. A capacidade de leitores deixarem comentários de forma a interagir com o autor e outros leitores é uma parte importante de muitos blogs. Existem na rede dois tipos de blogs que interessam ao trabalho, os blogs pessoais que são os mais populares, normalmente são usados como um tipo de diário com postagens voltadas para os acontecimentos da vida e as opiniões do usuário. Também são largamente utilizados por celebridades que buscam manter um canal de comunicação com seus fãs, e os blogs de gênero que tratam de um assunto dominado pelo usuário, ou grupo de usuários. Estes são os blogs com o maior número de acessos. Sendo assim eles podem apresentar conteúdos variados, como humorísticos,

notícias, informativos ou o de variedades, com contos, opiniões políticas e poesias. Algumas categorias de blogs recebem denominações específicas, como: blogs educativos, blogs literários, Metablogs, entre outros.

#### **4.1 A Busca nos Blogs**

Levando em conta o caráter de compartilhamento dos blogs e o objetivo do trabalho, foi feita uma pesquisa entre os perfis com o fim de encontrar páginas que tratassem sobre Bulimia Nervosa ou que estivessem, ao menos, relacionadas com o transtorno. A pesquisa foi feita entre perfis que apresentavam relatos relacionados ao distúrbio, desta forma as palavras “ana” e “mia” foram essenciais, pois desta forma conseguiu-se encontrar perfis que marcavam suas publicações com tais palavras e assim foi mais fácil erar a relação que o perfil tinha com a Bulimia. Foi encontrado então um perfil que era administrado por uma pessoa que já havia passado pela bulimia e deste modo contava suas vivências e seus sentimentos, além disso também proporcionava um espaço para que outros indivíduos pudessem expor suas experiências, com o objetivo de manter um relacionamento de ajuda e reconhecendo o impacto negativo do transtorno na vida do indivíduo. Em contraponto foi encontrado, em maior quantidade, perfis que tratavam a BN e AN como algo essencial em suas vidas, desta forma esses perfis compartilhavam modos de se manter no distúrbio, textos incentivando os comportamentos bulímicos e anoréxicos. Nessas páginas o culto ao corpo extremamente magro é algo comum e até essencial para caracterizar o objetivo do blog. Desta forma foi escolhido um outro blog no qual o perfil valoriza extremamente o corpo magro o desejo de atingi-lo, apresentando receitas e formas de emagrecimento rápido, supervalorizando então a BN e a AN.

## 4.2 Análise dos Blogs

Palavra-chave	Blog encontrado	Conteúdo
Anorexia e Bulimia  (Blog 1)	<a href="http://despedidadeanaemia.com/">http://despedidadeanaemia.com/</a> (acessado em 25/11/2015)	Esse blog possui o objetivo de esclarecer os transtornos alimentares a partir de experiências vividas pela criadora. Além de publicar sua relação com os distúrbios, a autora abre espaço para que outras pessoas publiquem seus próprios relatos, de modo a ajuda-las caso estejam ainda enfrentando os transtornos. Esse espaço também é usado para que haja dialogo entre os seguidores e a criadora.
Bulimia  (Blog 2)	<a href="http://nofoodlowfood.blogspot.com.br/">http://nofoodlowfood.blogspot.com.br/</a> (acessado em 25/11/2015)	O propósito do blog é apresentar a relação da criadora, que está consciente que a bulimia é um transtorno, no entanto a caracterização da mesma é feita como se a Bulimia fosse uma amiga, que usada de forma estratégica pode ser útil para a perda e peso e alcance do corpo perfeito. A bulimia neste caso não é tratada como um estilo vida e sim como uma ferramenta de ajuda e escape. As publicações são em sua maioria relatos sobre dietas e períodos estabelecidos para atingir os objetivos (perda de peso). A autora faz um acompanhamento do seu peso na página, mostrando perda ou ganho de peso. Os posts oscilam entre comemorações por atingir “a meta” e relatos de profunda tristeza e auto desapontamento e até punição

		quando os objetivos da perda de peso não são alcançados.
Ana & Mia (Blog 3)	<a href="http://izahalford.blogspot.com.br/">http://izahalford.blogspot.com.br/</a> (acessado em 25/11/2015)	A bulimia e anorexia neste blog são tidas como um estilo de vida essencial para a autora e seus seguidores. O objetivo é mostrar a relação da criadora com os distúrbios que são, para ela, suas “eternas melhores amigas”. Os posts são variados apresentando um caráter de diário onde há uma descrição sobre determinados dias ou períodos, apresentando quilos perdidos ou ganhos, quantidade de calorias consumidas, frequência de auto purgação e também eventos incomuns. Existem partes do blog divididas, onde estão publicadas as cartas de “Ana e Mia”, que funcionam como uma apresentação dos transtornos, como se fossem amigas se introduzindo, apontando supostos defeitos e oferecendo a solução perfeita. Em outra parte da página estão dicas para perda de peso, dietas e listas de calorias, ajudando assim a introdução e manutenção da anorexia e bulimia. É muito presente também os exemplos de corpos muito magros, fotos de modelos extremamente abaixo do peso são publicadas estabelecendo objetivos e também como uma forma de admiração.

A seguir, relatos encontrados nos blogs consultados, identificando pela numeração dada aos mesmos (Blog 1, 2 ou 3). Considerando que os blogs são abertos e de acesso disponível a qualquer pessoa, optou-se por manter a forma como a pessoa se identificava. Assim, não houve alteração nos nomes. Quando não havia identificação, optou-se por definir como ‘anônimo’.

*“Não sou Anoréxica. Não sou bulímica. Tenho sintomas das duas”*(Blog 2, Anônimo)

Chama a atenção para a forma de apresentação que o indivíduo com transtorno alimentar escolhe para si. É comum, até mesmo após diagnóstico, que haja extrema recusa em aceitar sua condição, ou reconhecer o distúrbio. Este aspecto pode estar ligado tanto a falta de informação sobre os transtornos e seus efeitos, como também pode estar ligado a forma como o indivíduo enxerga o transtorno.

*“Eu entrei nessa há 4 anos atrás procurando me sentir melhor e me amar do jeito que eu sou, melhorei muito ao passar do tempo, mas ainda tenho muito pela frente. Sigo os princípios da ‘ana’ mas levo mais em consideração ser e me sentir bonita, pq isso era e é minha meta final, e vou fazer de tudo para conseguir isso.”*  
(Blog 3, Star Halford)

Esta fala chama a atenção para a busca, sem uma perspectiva de fim, do corpo perfeito, relacionado ao encontro da felicidade, como descrito no capítulo 2 – Bulimia Nervosa. O indivíduo que passa pela anorexia e bulimia acaba, cada vez mais, se sentindo menos satisfeito com seu corpo por mais que a perda de peso e os objetivos primários tenham sido alcançados. É característico que novos objetivos tomem lugar dando então continuidade aos transtornos, com a chance de um agravo, pois a aspiração de alcançar o corpo magro se amplia desenvolvendo na pessoa maior comprometimento com as práticas bulímicas e anoréxicas.

*“Dai vc percebe que tanto a Ana como a Mia te abandonam...na vdd eu as abandonei...tornando minha vida uma merda....engordando como uma louca”*(Blog 3, Star Halford)

*“...me desculpe Ana e Mia por ter te abandonado, quero vcs de novo, só vcs me dao forças pra conseguir traçar esse meu caminho para perfeição.”*(Blog 3, Star Halford)

Aqui pode-se ver a relação entre o indivíduo, a anorexia e bulimia. A dependência caracterizada é próxima a de estabelecida entre pessoas. A assimilação dos transtornos como um ideal de amigo causa maior dependência, dando a sensação de estar incompleto ou errado por não se comprometer mais com as práticas bulímicas.

*“...até que cheguei nos meus 36 kg, de onde eu levantava da cama sem poder sentir as pernas. Saía do banheiro de noite sem visão após tomar laxantes e mais laxantes sem parar.”* (Blog 1, Franciele)

*“...to tão desligada ultimamente, preciso retomar minha vida e me esforçar pra emagrecer (...) vou tomar Laxante e semana que vem vou começar a dieta do piloto...”* (Blog 3, Star Halford)

O uso de laxantes, diuréticos e inibidores de fome são comuns entre os que sofrem de transtornos alimentares como bulimia, com o propósito de compensação por refeições, por eles determinadas, exageradas, conforme apontado na literatura revista no capítulo 2 – Bulimia Nervosa, desta forma gerando o hábito medicamentoso para a perda de peso. Várias consequências ruins e danos ao organismo comumente reportados estão também relacionados a este hábito.

*“Tenho 1,74m de altura e cheguei a pesar 42 kg. Meus cabelos caíam, minhas unhas não cresciam mais, sentia muito frio e meu coração batia mais devagar. Não me lembro de ser feliz. Já não saía mais de casa, não sorria como antes e não tinha sonhos, além do desejo de ser magra. Meu mundo ficou sem cor. Sinto que minha vida ficou em preto e branco todo aquele tempo.”* (Blog 1, Fernanda Fahel, 23 anos)

Este tipo de fala representa o reconhecimento, a consciência das consequências ruins da bulimia e anorexia. O processo de tratamento dos transtornos não se dá de maneira simples, necessitando de um conjunto de medidas, como as apontadas no capítulo 4 – Diagnóstico e Tratamento, como por exemplo: o esclarecimento, desconstrução de ideias que deram início ao transtorno e o reconhecimento sobre a própria situação, se mostram importantes pontos que levarão a pessoa a reconhecer essa opção como um distúrbio que e conseqüente necessidade de ajuda. Portanto, essa frase indica que a pessoa está em uma fase com consciência da situação e deste modo, com mais chances de sucesso no tratamento proposto.

*“Infelizmente não posso dizer que estou 100% curada, porque ainda passo alguns dias sem comer, e quando como, na maioria das vezes coloco para fora. Eu ainda estou tentando me livrar completamente da Ana e da Mia”* (Blog 1, J.P., 17 anos)

O tratamento da bulimia possui dentro de outros pontos, um crucial – a garantia da manutenção da mudança e a prevenção de recaídas. As recaídas pós-tratamento são muito comuns, como apresentado na literatura consultada, o que pode levar o paciente a estaca zero, caso não possua uma estabilidade e segurança para se recuperar. Por isso esta fala mostra o que é comum para os que procuram tratamento, o esforço diário para que as recaídas não aconteçam, em prol de uma vida estabilizada, mesmo que a um prazo mais longo, porém de maior eficácia.

## CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo compreender como a Bulimia Nervosa afeta a vida do indivíduo e assim, através do levantamento bibliográfico foi possível compreender que a bulimia é um transtorno que dentro da relação dos transtornos mentais, tem sérias consequências físicas e sociais, que pode afetar diversos âmbitos da vida de uma pessoa. Deste modo, não se deve esperar por uma solução mágica e um tratamento simples. Como visto, não há apenas uma abordagem que se possa apresentar como suficiente e de sucesso. O sugerido é que se usem diferentes técnicas como a Terapia cognitivo-comportamental (TCC), Terapia interpessoal e uma Psicoterapia de base psicanalítica. O uso de fármacos pode ser usado, porém não como tratamento principal, como um suporte para efeito de estabilização de um quadro mais agravado da BN. O uso dos blogs permitiu trazer uma discussão atualizada sobre o tema, apresentando de forma prática a realidade de diferentes indivíduos afetados pela bulimia. Foi interessante perceber que alguns deles, em especial os que já haviam passado por tratamento, apresentavam a discussão sobre o transtorno muito próxima a encontrada na literatura específica. Já outros, reconheciam o transtorno alimentar como um estilo de vida, vivendo a bulimia e/ou anorexia numa relação de doutrina e comprometimento com o objetivo de alcançar o corpo magro e quase utópico.

Finalizando, um quadro comparativo entre as fontes científicas e os blogs, sobre o conceito de bulimia.

<b>Fontes Científicas</b>	<b>Fontes blogs</b>
A bibliografia caracteriza a Bulimia Nervosa como: um distúrbio caracterizado pela extrema preocupação com o peso corporal acompanhado de episódios constantes de hiperfagia, capaz de causar danos físicos, sociais e psicológicos, de difícil tratamento, com grande possibilidade de recorrentes episódios durante e após o tratamento.	Nas pesquisas com os blogs as definições dadas para Bulimia Nervosa foram diversas. Duas de maior interesse ao trabalho:  BN como transtorno capaz de causar danos, reconhecida pelo indivíduo pós-tratamento ou até mesmo antes. Não somente caracterizada devido a uma extrema preocupação com o peso do corpo

	<p>ou por apresentar repetidos episódios de hiperfagia, mas por afastar o indivíduo do convívio devido a tamanho comprometimento com o distúrbio, causando profunda tristeza e ainda, o registro da dificuldade de, mesmo após o tratamento, evitar recaídas.</p> <p>BN como algo totalmente desvinculado da patologia, que não apresenta riscos, somente benefícios. Um modo de viver diferente dos outros, que para os a que defendem, é tão normal quanto qualquer outro. Neste ponto de vista a BN é algo que ajuda o indivíduo a alcançar o corpo perfeito, como uma ferramenta usada como compensação. Esta definição encontrada nos blogs também é apresentada em uma forma de personificação, onde a BN é uma amiga que irá ajuda-lo a enfrentar seus problemas e conquistar seu belo corpo e peso ideal, a tão citada 'Mia'.</p>
--	---

## Referências Bibliográficas

1. ABREU, C.N.; CANGELLI FILHO, R. **Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa** - abordagem cognitivo-constructiva de psicoterapia. Rev. Psiquiatria Clínica. Vol.31 no.4, São Paulo, 2004.
2. AGRAS, W.S.; SCHNEIDER, J.A. ; ARNOW, B. ; RAEBURN, S.D. ; TELCH, C.F. – **Cognitive-behavioral and response prevention treatments for bulimia nervosa**. J.Consult. Clin. Psychol. v.57, pp.215-21, 1989.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV**. Washington (DC); 1994.
4. APPLE, R.F. – **Interpersonal therapy for bulimia nervosa**. J.Clin.Psychol., v. 55, pp. 715-725, 1999.
5. APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A. M. **Transtornos alimentares**. Rev Bras Psiquiatria; 22(Supl II):28-31. 2000.
6. BARBOSA, M. r., MATOS, P. M. & COSTA, M. E. **Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje**. Psicologia & Sociedade; 23 (1): 24-34, Universidade do Porto, Porto, Portugal 2011. <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a04v23nl>> acessado/ 18/11/2015
7. BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
8. BELMONTE, PILAR. **As Representações sobre Sexualidade e Gênero entre Trabalhadoras de Nível Médio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro:IMS/Uerj (Dissertação de Mestrado), 1999.
9. CABRERAS, C. Catalina. **Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico**. Medicina (Ribeirão Preto) 2006; 39 (3): 375-80.
10. CARMO, I. (1997). **Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens**. Porto: Edinter.
11. CASSIMIRO, Érica Silva; GALDINO, Francisco Flávio Sales. **As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da grecia antiga à contemporaneidade**. Μετάνοια, São João del-Rei/MG, n.14, 2012 <[http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalable/4\\_GERALDO\\_CONFERIDO.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalable/4_GERALDO_CONFERIDO.pdf)> Acessado: 18/11/2015
12. CORDÁS, T.A. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. Rev. Psiquiatria Clínica. 31 (4); 154-157, 2004.
13. CLAUDINO, A.M.; BORGES, F.B.M. **Crítérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução**; Rev Bras Psiquiatria 2002;24(Supl III):7-12.
14. CUNHA, M.J. **A imagem corporal. Uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes**. Azeitão: Autonomia 27. 2004

15. FAIRBURN, C. G., Jones R., Peveler, R. C., Hope R. A., O' Connor M. **Psychotherapy and bulimia nervosa**: the long term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50,419-428. 1993
16. FAIRBURN, C. G., Norman, P. A., Welch S. L., O' Connor M., Doll H. A., Peveler R. **A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments**. *Archives of General Psychiatry*, 52,304-312. 1995
17. FAIRBURN, C.G.- **Psychological and Social Problems Associated with Binge Eating**. In: FAIRBURN, C.G. (ed): *Overcoming Binge Eating*. The Guilford Press, New York, pp 42-66, 1995.
18. FERREIRAL, C.P.; A.C.C.; SANTOS, M.A.R.; MAIA, M.O. **Avaliação laringea e vocal de pacientes com bulimia**. *Braz. J. Otorhinolaryngol. (Impr.)* vol.76, no.4, São Paulo, July/Aug 2010.
19. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
20. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder** (3a ed.). Rio de Janeiro: Graal, 1982
21. GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
22. GUIMARÃES, D. B. S.; CORDÁS, T. A. **Os tratamentos psicoterápicos da Bulimia Nervosa**. *Rev. De Psiquiatria Clínica* 31 (4); 154-157, 2004.
23. HEILBORN, Maria Luiza. **Corpo, Sexualidade e Gênero. In: Feminino, Masculino igualdade e diferença na justiça**. Porto Alegre: Sulina, 1997 (p.47-57)
24. HERCOVICI, C.; BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
25. IDA, Sheila Weremchuk; SILVA, Rosane Neves da. **Transtornos alimentares: uma perspectiva social**. *Rev. Mal-Estar Subj.* v.7 n.2 Fortaleza set. 2007 <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482007000200010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482007000200010&script=sci_arttext)> Acessado: 18/11/2015
26. LACHI, P., and NAVARRO, P. **O corpo moldado: corporeidade mediada e subjetiva**. In TASSO, I., and NAVARRO, P., orgs. *Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas*. Maringá: Eduem, 2012. pp. 15-39. ISBN 978-85-7628-583-0. < <http://books.scielo.org/id/hzj5q/pdf/tasso-9788576285830-02.pdf> > acessado: 19/11/2015
27. KLERMAN, G.L. ; WEISSMAN, M.M. ; ROUSANVILLE, B.J. ; CHEVRON,E.S. - **Interpersonal Psychotherapy of Depression**. New York,Basic Book, 1984.
28. LEITENBERG, H. ; ROSEN, J. C. ; GROSS, J. ; NUDELMAN, S. ; VARAL, **Exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa**. *J. Consult. Clin. Psychology.*, v.56, pp.535-41, 1988.
29. MATOS, M. Paula; COSTA, M. Emilia. **Intervenção psicológica da Bulimia**. *Cadernos de consulta psicológica*, 6, 1990, 67-65

30. MITCHELL, J.E.; CROW, S.; PETERSON, C.B.; WONDERLICH, S. & CROSBY, R.D.- **Feeding, Laboratory Studies in Patients with Eating Disorders**: a review. *International Journal of Eating Disorders* 24: 115-24, 1998;
31. MORGAN, C.M; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. **Etiologia dos transtornos alimentares**: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24 supl.3 São Paulo, 2002.
32. NOVAES, J. V. **Ser mulher, ser feia, ser excluída**. [versão online]. Rio de Janeiro, RJ, Brasil,22451-290. 2006 <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0237.pdf>> Acessado 26/11/2015.
33. OLIVEIRA, L. Leticia; HUTZ, S. Cláudio. **Transtornos Alimentares: O Papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n.3,p.575-582,jul./set.2010. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000300015)>. Acessado: 25/11/2015.
34. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE .**Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**; Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - ; tradução Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artmed, 1993.
35. OLIVEIRA, L. L.; DEIRO, C. P. **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares**: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* vol.15 no.1 São Paulo abr. 2013. <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452013000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000100004)> Acessado: 25/11/2015.
36. REVEL, J. **Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.
37. ROMERO, R. A.; ITOKAZU, F. M. **Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002, 15(2), pp. 407-412.
38. ROSÁRIO, N. M. (2006). **Mundo contemporâneo**: corpo em metamorphose. [versãoonline]<[http://www.comunica.unisinos.br/semiotica/nisia\\_semiotica/conteudos/corpo.html](http://www.comunica.unisinos.br/semiotica/nisia_semiotica/conteudos/corpo.html)>. Acessado: 26/11/2015.
39. SECCHI, Jovani A.; ABECHER, R. P. C. **Os Ideais da Bulimia: As Ressonâncias dos Ideais da Cultura nos Ideais da Bulimica**. *Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, v.17, n.1, p. 273-298, jan./jun. 2012 - ISSN 1516-2664
40. SERRA, G. M. A. **Saúde e nutrição na adolescência**: O discurso sobre dietas na Revista Capricho. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ. 2001
41. SPANGLER, D.L. – **Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa**: an illustration. *J. Clin. Psychol.*, v. 55, p. 699-713, 1999.
42. TUCHERMAN, I. **Breve história do corpo e de seus monstros**. Lisboa: Veja. 2004.