

ESCOLA DE COMUNICAÇÃO, ARTES E DESIGN – FAMECOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO SOCIAL
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO

VICTÓRIA STEPHANIE DUARTE DA SILVA

**A PARTICIPAÇÃO DA IMAGEM MIDIÁTICA NOS DISTÚRBIOS DE IMAGEM
CORPORAL DERIVADOS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA**

PORTO ALEGRE
2022

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Ficha Catalográfica

S586p Silva, Victória Stephanie Duarte da

A Participação da Imagem Midiática nos Distúrbios de Imagem Corporal Derivados dos Transtornos Alimentares na Infância / Victória Stephanie Duarte da Silva. – 2022.

179.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Juliana Tonin.

Coorientador: Prof. Dr. André Fagundes Pase.

1. Imagem. 2. Mídia. 3. Corpo. 4. Infância. 5. Transtornos Alimentares. I. Tonin, Juliana. II. Pase, André Fagundes. III. , . IV. Título.

VICTÓRIA STEPHANIE DUARTE DA SILVA

**A PARTICIPAÇÃO DA IMAGEM MUDIÁTICA NOS DISTÚRBIOS DE IMAGEM
CORPORAL DERIVADOS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA**

Dissertação apresentado como requisito final para a obtenção do grau de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da Escola de Comunicação, Artes e Design – Famecos, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadores: Dra. Juliana Tonin (2020-2021)
e André Fagundes Pase (2022).

Porto Alegre

2022

VICTÓRIA STEPHANIE DUARTE DA SILVA

**A PARTICIPAÇÃO DA IMAGEM MIDIÁTICA NOS DISTÚRBIOS DE IMAGEM
CORPORAL DERIVADOS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA**

Dissertação apresentado como requisito final para a obtenção do grau de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da Escola de Comunicação, Artes e Design – Famecos, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Práticas e Culturas da Comunicação.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. André Fagundes Pase (Orientador) – PUCRS

Prof. Dr. Juremir Machado da Silva – PUCRS

Prof. Dra. Heloisa Juncklaus Preis Moraes – UNISUL

Porto Alegre

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Maria Lúcia e José Antonio, por terem me apoiado nessa trajetória desde o começo, me proporcionarem as melhores viabilidades e serem meus exemplos de luta, dedicação e afeto. Obrigada por estarem sempre ao meu lado.

Agradeço a minha avó, Victória, por ser o meu maior exemplo de mulher e vencedora. Aquela que me passou sabedoria, princípios, me ouviu, me aconselhou, riu e chorou comigo. Foi e é a minha maior fonte de força. Tenho o maior orgulho de carregar o teu nome e o meu maior objetivo na vida é ser o teu orgulho. Dedico essa vitória a ti, com todo o meu amor.

Agradeço aos meus irmãos, Mariana e Marcelo, por serem meus parceiros nessa vida. Sou muito grata por sermos conectados através do laço familiar e além dele, pelo laço de amizade.

Agradeço as minhas amigas e amigos, que me acompanharam desde o momento que decidi seguir esse percurso na área acadêmica. Obrigada pelos momentos leves, de risada, partilha, apoio, troca e felicidade.

Agradeço a Nina, ao Panda, a Lola e a Penélope, por serem sempre fonte de amor, afeto e alegria. Obrigada por estarem comigo em todos os momentos, desde os momentos de choro, até os momentos de gargalhadas. Carrego vocês no coração.

Agradeço em especial a minha orientadora, Juliana Tonin, que esteve na minha trajetória dentro da academia desde a graduação (como orientadora de Iniciação Científica e participação na banca de TCC). Eres exemplo de pesquisadora, professora, educadora e mulher. Obrigada por me aceitar como tua orientanda, me inspirar, incentivar e sempre ter uma palavra de estímulo e conforto.

Agradeço aos meus colegas do eterno LabGim, que foram exemplos de pesquisadores, profissionais, amigos e pessoas. De forma ética, respeitosa e sensível compartilhamos momentos, perspectivas e valores, evoluindo juntos no universo da pesquisa.

RESUMO

O objetivo dessa dissertação é analisar a participação da imagem midiática sobre o corpo infantil nos distúrbios de imagem corporal derivados dos transtornos alimentares na infância, a partir da visão de profissionais que tratam de tais quadros. A proposta abrange a concepção de Imagem Midiática, de Gênero Feminino, do Mito da Beleza, da Infância e Distúrbios de Imagem Corporal e Transtornos Alimentares na Infância em sua base teórica. Dessa forma, as técnicas metodológicas aplicaram-se a entrevistas com profissionais da rede pública e privada de saúde que tratam de crianças com Transtornos Alimentares. Conforme a análise dos dados, realizada posteriormente, os resultados adquiridos com base nas categorias desenvolvidas apontam que as imagens midiáticas tem relação com o surgimento e progresso de distúrbios de imagem corporal em crianças do gênero feminino; o intervalo da infância em que as imagens midiáticas tem conexão com o surgimento e progresso dos DIC é tanto a primeira quanto a segunda infância; e, as pessoas de classe baixa tem, sim, TAI, porém a sua contabilização nos tratamentos de TAI baixa.

Palavras chave: Imagem; Corpo; Infância; Mídia; Transtornos Alimentares.

ABSTRACT

The purpose of this essay is to analyze the participation of the mass media image on the child's body in body image disorders derived from eating disorders in childhood, from the point of view of professionals who deal with such cases. The proposal covers the mass media image perspective, and the concept of Female Gender, the Myth of Beauty, the Childhood and Body Image Disorders and Eating Disorders in Childhood. The methodological techniques were applied to interviews with professionals from the public and private health network who treats children with Eating Disorders. According to the analysis of the information collected, carried out after the fact, the results obtained indicate that mass media images are related to the emergence and progress of body image disorders in female children; mass media images had been identified to be connected with inception and development of body image disorders in both first and second childhood; and lower class citizens do have childhood eating disorders, but the case counting of lower class people in childhood eating disorders treatments is minuscule.

Keywords: Image; Body; Childhood; Media; Eating Disorders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Depois de amanhã: teoria da comunicação.....	188
Figura 2 - Tipos de dados de pesquisa que podem ser levantados para cada meio	19
Figura 3 - Penetração e perfil de revista: exemplo de cálculo realizado para definir o perfil do público e a qualificação do veículo.....	200
Figura 4 - Seis perguntas que não podem faltar na anamnese.....	666
Figura 5 - Diagnóstico Multiaxial dos TAs.....	766
Figura 6 - Distribuição da população brasileira por classe social e econômica, em %	900

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desenvolvimento e Curso estabelecidos para Transtornos Alimentares	67
Quadro 2 - Fatores de Risco e Prognóstico estabelecidos para Transtornos Alimentares	71
Quadro 3 - Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero estabelecidas para Transtornos Alimentares na Infância.....	73
Quadro 4 - Comorbidades estabelecidas para Transtornos Alimentares na Infância	75
Quadro 5 - Classificação da busca dos profissionais.....	83
Quadro 6 - Construção de perfil de pacientes com TAI atendidas pelos entrevistados	95
Quadro 7 - Fatores predisponentes e multifatoriais dos TAI apontados pelos profissionais .	103
Quadro 8 - Fatores predisponentes e multifatoriais dos DIC apontados pelos profissionais .	105
Quadro 9 - Principais Fatores predisponentes multifatoriais dos DIC	107

LISTA DE SIGLAS

NA	Anorexia Nervosa
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BN	Bulimia Nervosa
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
DIC	Distúrbios de Imagem Corporal
IC	Imagem Corporal
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtorno Alimentar
TAI	Transtornos alimentares na infância
TAs	Transtornos Alimentares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	IMAGENS MUDIÁTICAS E O CORPO COMO IMAGEM	14
2.1	A IMAGEM, O CORPO E A MÍDIA	21
2.2	A AUTOIMAGEM.....	26
2.2.1	Identidade corporal	26
2.2.2	Etapas da formação da imagem corporal	28
3	O GÊNERO FEMININO E A INFÂNCIA	33
3.1	O MITO DA BELEZA	35
3.2	A INFÂNCIA	42
3.2.1	A primeira infância e os 7 anos: a transição	45
3.2.2	O gênero feminino na infância	48
3.3	A INTERAÇÃO DE MENINAS E IMAGENS MUDIÁTICAS.....	51
4	DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA	54
4.1	DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL	54
4.2	TRANSTORNOS ALIMENTARES E A INFÂNCIA.....	61
5	PERCURSO METODOLÓGICO	79
5.1	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	79
5.2	ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE.....	80
5.3	PROFISSIONAIS E FAMILIARES/RESPONSÁVEIS: O CAMPO	80
6	ANÁLISE E RESULTADOS	85
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS (NUTRICIONISTAS, PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS)	124
	APÊNDICE B – ENTREVISTA PSICÓLOGA, RUBI	125
	APÊNDICE C – ENTREVISTA PSICÓLOGO, TOPÁZIO	138
	APÊNDICE D – ENTREVISTA PSIQUIATRA, AMETISTA	149
	APÊNDICE E – ENTREVISTA PSIQUIATRA, ONIX	155
	APÊNDICE F – ENTREVISTA NUTRICIONISTA, SAFIRA	168
	APÊNDICE G – ENTREVISTA NUTRICIONISTA, ESMERALDA	174

1 INTRODUÇÃO

Falar de imagem midiática é algo complexo, pois no cenário contemporâneo tanto a mídia quanto as imagens estão presentes por todo lado de forma constante e ambas passaram por um importante processo até a condição atual. A imagem, conforme Goliot-Leté *et al.* (2011), é ferramenta de manifestação, expressividade e comunicação, como também um mercado, e está presente em agências de publicidade, na indústria audiovisual e cinematográfica, nas redes sociais etc. Portanto, a imagem apresenta vários formatos em razão da evolução das tecnologias. E a mídia caracteriza-se como um conjunto de tecnologias da comunicação para a difusão e ampliação de informação, mensagens, como também uma organização com uma logística econômica.

Santaella (2003) aponta que no século XIX houve a hibridização das culturas das sociedades ocidentais até então existentes: uma cultura elitizada e uma cultura popular. Esse evento foi caracterizado pela formação de uma cultura de massa, causando a popularização dos meios de comunicação. Os meios de comunicação, antes da hibridização, eram de maior uso comum de uma ou outra cultura em específico. Ao acontecer a passagem para a evolução das tecnologias de comunicação, houve alteração do meio eletrônico para o digital. Assim, a inserção da imagem midiática na sociedade tornou-se mais assertiva e enfática e tais aspectos resultaram em sistemas midiáticos enormes como ferramentas de propagação dos alicerces emblemáticos da sociedade, operando como meios competentes de edificação e perpetuação da influência de grandes corporações (BELLONI, 2009).

À vista disso, a imagem, bem como o corpo, são elementos arquitetados, esculpidos, tomados e levados pela cultura do local em que se encontram e que são impostos no seu desenvolvimento. McGrath e Mukerji (2000), explanados por Oliveira *et al.* (2018), alegam que a noção de beleza é intimamente fruto da cultura de uma sociedade, como também a concepção de imagem corporal. A imagem corporal é definida como a imagem mental que o ser tem de seu próprio corpo e, também, todas as maneiras que um indivíduo experencia, analisa e entende o seu corpo (TAVARES, 2003). Portanto, sob esta ótica, De Brito, Cordás e Ferreira (2018) frisam que os regimes culturais da beleza são os agentes da caracterização de padrões estéticos e do aspecto corporal.

A mídia, neste ponto, de acordo com Pitanguy (2003), reforça pontos do mito da beleza, como a exaltação de um corpo bonito, junto da ênfase na valorização da juventude e da beleza estética a partir de imagens midiáticas. Logo, Gonçalves *et al.* (2013) afirmam que a mídia é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em crianças do

gênero feminino e que a sua influência atua, em especial, na veneração à magreza. Porém, que o papel da mídia, da idealização da beleza, entre outros, no que diz respeito à evolução de quadros de transtornos alimentares, não está evidente. Tal como, no Brasil, os estudos de surgimento e constância de transtornos alimentares em crianças são escassos.

Desse modo, o problema de pesquisa que guia este trabalho é: qual a relação da imagem midiática sobre o corpo infantil nos distúrbios de imagem corporal derivados dos transtornos alimentares na infância na visão dos profissionais que atendem esses casos? Portanto, estabeleceu-se como objetivo geral para esta pesquisa: analisar a participação da imagem midiática sobre o corpo infantil nos distúrbios de imagem corporal derivados dos transtornos alimentares na infância, a partir da visão de profissionais que tratam de tais quadros. Em decorrência, os demais objetivos específicos: 1- analisar se as imagens midiáticas têm relação com o desenvolvimento em crianças do gênero feminino de distúrbios de imagens corporais derivados dos transtornos alimentares; 2- investigar, caso tenha relação, qual período da infância isso ocorre e como ocorre; e conforme a informação obtida pelo funcionário do CAPSi de que apenas a classe média¹ e alta teriam TA e TAI, 3- verificar o motivo de pessoas (crianças) de classe baixa não terem transtornos alimentares e qual seria a razão de apenas pessoas de classe média e alta ter.

Isso posto, é de importância salientar que a presente autora, no fim de sua trajetória no curso de graduação de Publicidade e Propaganda na Escola de Comunicação, Artes e Design – Famecos (PUCRS), entre o segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018, foi bolsista de iniciação científica e trabalhou no projeto nomeado “Comunicação e Infância”. O projeto, construiu um banco de dados de pesquisas sobre infância e comunicação realizadas desde 1970 a 2020. Assim sendo, a presente autora atuou no auxílio da edificação do banco de dados por meio da coleta de, aproximadamente, dezesseis mil artigos científicos, sendo, dentre esses, um número escasso de pesquisas referentes à temática apresentada, tornando-se de grande contribuição acadêmica o atual estudo.

Por conseguinte, esta dissertação foi dividida em sete capítulos, a introdução encontra-se como o primeiro capítulo e as considerações finais, o último. O segundo capítulo possui o título de “Imagens midiáticas e o corpo como imagem” que apresenta, sobretudo, as definições de imagem midiática, as idealizações, elaborações, operações e atuações do corpo para com a mídia e, também, a construção da autoimagem do ser, junto aos outros fatores que a engloba. No capítulo três, denominado “O gênero feminino e a infância”, é abordada a

¹ Terminologias “classe alta”, “classe média” e “classe baixa” utilizadas conforme as referências do LOCOMOTIVA Instituto de Pesquisa (2021), fonte de pesquisa deste trabalho.

definição de gênero feminino e os impactos que o mito da beleza alega ocorrer com as mulheres. Neste sentido, o mito da beleza também aponta que tais fatores agem no gênero feminino desde as mais novas idades. Logo, o capítulo decorre para a análise da infância, mais especificamente da primeira infância até a transição dos sete anos, assim como a exposição do perpassar da infância para o gênero feminino (como também a sua edificação).

No quarto capítulo, titulado “Distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares na infância”, é explanado o surgimento de distúrbios de imagem corporal, que estão essencialmente ligados com os transtornos alimentares. Assim sendo, também é abordado no capítulo a temática dos transtornos alimentares na infância, dado que na literatura é apontada a ocorrência de casos com crianças, de forma enfática, em quase todos os transtornos alimentares apresentados pela APA (2014), como também o gênero feminino ser o maior percentual de casos de transtornos alimentares.

Isto posto, no quinto capítulo, denominado “Percurso metodológico”, será explanado a pré análise do campo e a escolha de estratégia metodológica. Assim sendo, para abranger a temática e suas complexidades, a estratégia metodológica escolhida é entrevistas em profundidade, para ouvir profissionais das áreas dos temas abordados. Logo, a autora selecionou dois profissionais (tanto do sistema privado, quanto do sistema público de saúde) das áreas de psicologia, psiquiatria e nutrição que cuidam de casos de crianças com distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares, com o intuito explorar o campo da temática. Assim sendo, no sexto capítulo, “Análise e resultados”, será elaborada a análise e a interpretação de dados obtidos a partir da estratégia metodológica. E, por conseguinte, no sétimo capítulo, “Considerações finais”, as ponderações finais da pesquisa serão frisadas.

2 IMAGENS MIDIÁTICAS E O CORPO COMO IMAGEM

A mídia, conforme Goliot-Leté *et al.* (2011), delimita-se como uma infraestrutura, meio de expressão e por ser um composto de tecnologia de expansão e propagação de mensagens, como também uma corporação e uma estrutura de controle e gerenciamento econômico. Nesse contexto, a mídia utiliza das imagens, que são criadas pelo ser humano com a ajuda de máquinas, para propagar múltiplos conteúdos. Portanto, a imagem midiática é a imagem formulada para surgir na interface de um determinado meio de comunicação, abordando um conteúdo para dissipá-lo a alguém.

À vista disso, Parente (1993) destaca que no auge da contemporaneidade, os indivíduos presenciaram uma grande mudança no que se dizia respeito à fabricação de imagens, devido à brusca transformação dos seus sistemas produtivos. As imagens midiáticas passaram por uma trajetória em que deixaram os sistemas mecânicos, mudaram para sistemas eletrônicos e depois migraram para o sistema digital. E o surgimento de sistemas eletrônicos e a passagem para o sistema digital alteraram as formas de concepção, formação, difusão, conservação e percepção das imagens midiáticas, uma vez que ocorreu o surgimento das novas tecnologias de comunicação.

Santaella (2003) aponta que até a metade do século XIX havia dois padrões de culturas que se estruturavam nas sociedades ocidentais: a cultura enciclopedista das elites e a cultura popular – gerada no âmago das classes imperadas. A instituição da cultura de massas decorrente do estouro dos meios de reprodução técnico-industriais (jornal, foto, cinema), em sequência da ubiquação dos meios eletrônicos de propagação (rádio e televisão) abalou fortemente, até à contemporaneidade, a ancestral separação: a cultura elitizada de um lado e a cultura popular de outro. Assim, absorvendo e metamorfoseando ambas as culturas, ao dissolver as suas polaridades e eliminando as suas barreiras. “Disso resultam cruzamentos culturais em que o tradicional e o moderno, o artesanal e o industrial mesclam-se em tecidos híbridos e voláteis próprios das culturas urbanas” (SANTAELLA, 2003, p. 52).

A hibridização apontada por Santaella (2003), na junção de duas culturas antagonistas para construir uma cultura de massa, também é perceptível nas tecnologias de comunicação nesse período e na passagem de tais tecnologias do sistema eletrônico para o sistema digital. O que, conseqüentemente, modificou a formulação das imagens midiáticas para serem dispersadas nas interfaces das novas tecnologias de comunicação/mídias digitais. Dessa maneira, a mídia digital é denominada por Martino (2014, p. 211-212) como nova mídia, e o autor ressalta que essa mídia não pode ser restrita a um objeto singular, pois refere-se a

[...] uma pluralidade de aparelhos, ferramentas, dispositivos e acessórios, fixos ou móveis, acoplados ou não diretamente aos seres humanos. [...] A origem das novas mídias é a intersecção entre os antigos meios de comunicação, da escrita à televisão, passando, evidentemente, pela imprensa, a fotografia, o rádio e o cinema, e sofisticadas máquinas de calcular capazes de lidar com milhares de variáveis e operações ao mesmo tempo, o computador. Essa junção é a raiz das novas mídias. A aplicação das potencialidades matemáticas do computador às características de produção e à linguagem dos meios de comunicação teve como resultado uma alteração nesses dois domínios, reunindo-os em um só – a nova mídia.

A palavra “computador” vem carregada da ideia de um dispositivo com uma tela, um teclado e um mouse, um notebook ou netbook, seguidamente por tablets e smartphones. Contudo, o ponto em comum desses dispositivos, mesmo com a variação das suas características externas, é: em geral, todos são calculadoras – muito poderosas, porém calculadoras. E aquilo que se vê nas telas desses dispositivos são resultado de fórmulas matemáticas, softwares com programações referentes ao que fazer em determinada ocorrência/contexto/situação, de que forma ser feito, conforme um comando dado, capaz de calcular o que executar seguidamente. Tais cálculos dão a capacidade da ferramenta ser capaz de determinar o “passo seguinte”, mostrar resultados e, se for preciso, cuidar desses resultados de novo, começando um ciclo novo de fórmulas matemáticas (MARTINO, 2014).

Permanecendo na perspectiva de Martino (2014), desde a metade do século XX, os computadores dominaram um espaço cada vez maior na sociedade, devido a múltiplos processos paralelos, entre eles a minoração do seu tamanho, a redução de valores para a sua produção e a rápida agilidade para manuseio. Consequentemente, isso concedeu sua execução a domínios progressivamente mais variados. E Martino (2014, p. 211; 213) ressalta que “[...] essa estrutura invisível de cálculos é a estrutura de linguagem da nova mídia. [...] Embora atualmente seja praticamente impossível pensar em um sem o outro, até bem pouco tempo atrás esses dois domínios estavam [...] distantes um do outro”.

Logo, conforme Parente (1993), o choque da informática com os meios de representação visual ocasionou um câmbio cultural no que diz respeito à produção, transmissão e visualização das imagens midiáticas: a geração da infografia – a criação de imagens com a contribuição da informática. E as produções infográficas estão baseadas nos conceitos da imagem digital e da imagem numérica, ou seja, estão fundamentadas em uma imagem na qual a sua particularidade é ser diminuída às pequenas partes que a formam: os pixels. Dessa forma, cada mínimo ponto ou pixel é qualificável e quantificável em separado conforme a sua cor, textura, luminosidade e a localização a que concerne. Neste contexto, cada imagem (imagem midiática, por exemplo), na acepção de unidade de representação, situa-se decomposta e recomposta de acordo com a sua unidade de base pontual. Uma

imagem digital mostra-se como uma fonte de números em filas e colunas, na memória do computador (PARENTE, 1993). Ou, como nos dispositivos contemporâneos, na memória das mídias digitais. E Parente (1993) também enfatiza que os números e pixels da imagem digital podem ser modificados e transformados, de forma individual ou coletiva, e o grupo pode ser traduzido no formato de imagem de monitor de TV, por exemplo, como imagem midiática.

Por conseguinte, esta mídia digital permite a comunicação tanto ativa quanto passiva, interativa ou não. Ou seja, há a necessidade de um processo de comunicação recíproco entre usuário e dispositivo. É preciso o feedback imediato para validar a interação entre usuário e máquina. E no computador interativo o retorno da ação tem de ser instantâneo. Diferente do computador não interativo, o qual o retorno da ação pode ser gerado um momento avante ao qual a informação foi posta nele (PARENTE, 1993). Referente às imagens midiáticas digitais, essas podem estar em ambas as operações. Sendo o primeiro caso um exemplo da experiência vivida das imagens midiáticas relacionada à interação do usuário com o computador. E no segundo caso, além do processo do primeiro caso, as imagens midiáticas são resultado de códigos configurados nas máquinas para calcularem a ação seguinte e disso gerarem novas imagens.

Na visão de Parente (1993), a imagem midiática digital nesse processo não se mostra como uma integralidade perfeita, mas sim como uma imagem diálogo, que pode ser alterada, moldada, esculpida, guardada, salva e enxergada pela mão, o olho e o cérebro. Assim sendo, o autor aponta que para Ivan Sutherland a interatividade (que trabalha “ao vivo”) proporciona a fabricação de formas imagéticas defronte dos olhos do usuário operante. “A informática se torna uma técnica lúdica, que incorpora o sensível através dos sentidos humanos e a noção de imagem se torna renovada” (PARENTE, 1993, p. 74).

Parente (1993) ainda ressalta que a imagem midiática digital é um processo de transformação entre os dados da imagem midiática digital de entrada e saída, que possibilita o tráfego entre a imagem midiática digital e as diversas tecnologias que a carregam. E, de acordo com Parente (1993, p. 76), “[...] a imagem e o número entrelaçados, inauguram, de forma radical, um imaginário e uma visualização que não está presa nas noções de suporte, mas sim na morfogênese de uma virtualidade que pode aparecer/desaparecer na tela dos monitores”.

Logo, as imagens midiáticas digitais, nascidas de um computador, difundem-se por um ambiente no qual a potência de transformação é ilimitável. Simultaneamente, as imagens midiáticas digitais penetram a rotina do ser humano a partir das telas e deixam seus traços em suas lembranças (PARENTE, 1993) conforme os conteúdos implicados. Os conteúdos

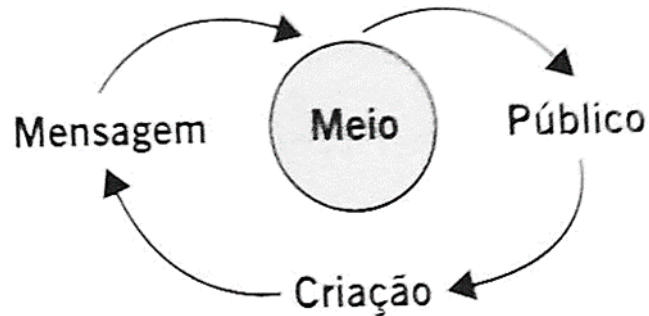
elaborados e adicionados nas imagens midiáticas digitais, como também a construção delas, são realizados pelos profissionais de mídia – que trabalham em agências publicitárias, no mercado de comunicação brasileiro etc.

Mídia, no Brasil, “[...] diz respeito aos diversos trabalhos da área de mídia, como planejamentos, estudos de mercados, quantificação de públicos, seleção de veículos etc. feitos pelos mídias para seus clientes” (VERONEZZI, 2009, p. 4). E as atividades do setor de mídia giram em torno de dois fatores: a propagação do conteúdo (conteúdo também aplicado nas imagens midiáticas digitais) do cliente de determinada agência (ou setor de marketing/publicidade de alguma empresa) e o retorno/lucro que essa propagação traz. Cada cliente possui um conteúdo diferente para as imagens midiáticas digitais e, dependendo do conteúdo, vai adaptar-se melhor em um ou outro veículo de comunicação, trazendo melhores retornos.

Tendo em vista que as imagens midiáticas digitais carregam um conteúdo com um particular objeto, tal conteúdo será visto/consumido por alguém, que poderá ou não interagir (dependendo da tecnologia de comunicação que estará propagando-o), sendo, então, uma ação de comunicação. Dessa forma, entre várias coisas que uma imagem pode ser, ela é uma mensagem: possui um emissor e busca um receptor (FLUSSER, 2017). Logo, após a elaboração do conteúdo da mensagem, junto das imagens midiáticas digitais, há uma busca (realizada pelos profissionais de mídia) para o veículo de transmissão desse conteúdo.

Assim sendo, Veronezzi (2009) aponta que a antiga teoria da comunicação, que aborda uma via de mão única “criação → mensagem → meio → público”, ficou para trás. Pois, os aspectos do meio, ordenados pelos bytes tecnológicos, tornaram-se o núcleo em torno do qual orbitam os outros componentes, como mostra a Figura 1. A eletrônica unida ao digital induziu o meio (no caso, as imagens midiáticas digitais) a ser o núcleo do processo de comunicação, ao invés da mensagem, proporcionando as vias técnicas e tecnológicas para que os dispositivos transmitissem ao receptor/público gradativamente mais poder de decisão de quando, o que, quanto e onde querem ver, ouvir, ler ou guardar as informações consideradas interessantes/desejadas.

Figura 1 - Depois de amanhã: teoria da comunicação



Fonte: Veronezzi (2009, p. 177).

Conforme as atualizações do cenário do processo de comunicação, assim como a evolução do quadro de dispositivos, é necessário a montagem de uma eficaz programação de mídia conforme a análise de qualificação do veículo escolhido para a transmissão do conteúdo (discurso transportado nas imagens midiáticas digitais) elaborado. E, de acordo com Veronezzi (2009), há cinco variedades de dados de mídia que são utilizados para calcular a força de comunicação das imagens midiáticas digitais através dos veículos de comunicação acompanhados pelo público, para serem recomendados, então, para o plano de mídia (que é decidido anteriormente a se chegar nos veículos escolhidos): dados de audiência, penetração (dado obtido a partir das informações sobre o hábito de consumo das pessoas sobre meios/veículos/dispositivos midiáticos através de pesquisas de hábito de mídia), circulação, perfil, CPMs (custo por mil – verba de veiculação de conteúdo dividida por total de pessoas/circulação/impactos, multiplicada por mil), GRP (pontos brutos de audiência), frequência e cobertura eficiente. Tais dados não podem ser coletados para qualquer veículo de comunicação, como mostra a Figura 2, que ressalta qual tipo de dado é ou pode ser pesquisado para cada veículo de comunicação, levando em consideração os conceitos que caracterizam cada categoria de dado e a chance (ou não) de ser compatível com a forma como cada veículo penetra as pessoas.

Figura 2 - Tipos de dados de pesquisa que podem ser levantados para cada meio

QUADRO HaM.1 — TIPOS DE DADOS DE PESQUISA QUE PODEM SER LEVANTADOS PARA CADA MEIO

Meio	Audiência	Penetração (hábitos de mídia)	GRP	Frequência e Cobertura
Televisão aberta	sim	sim	sim	sim
Televisão paga	sim	sim	sim	sim
Rádio	sim	sim	sim	sim
Jornal	não	sim	sim	sim
Revista	não	sim	sim	sim
Outdoor	não	sim	não	não
Mídia exterior	não	sim	não	não
Cinema	sim	sim	sim	sim
Internet	sim	sim	sim	sim
Celular	não	sim	não	não
Teatro	sim	sim	sim	sim

Fonte: Veronezzi (2009, p. 145).

Também, conforme Veronezzi (2009), a qualificação deve ser compreendida como um composto de propriedades que os veículos dispõem (medíveis ou intrínsecos) e atuam para distinguir um veículo do outro como ideal, ou não, para propagar as imagens midiáticas digitais com um conteúdo específico. E com o objetivo de conceder e auxiliar uma análise de qual/quais são os meios de comunicação ideais para a divulgação de um produto/serviço e atingir o público-alvo. À vista disso, para a qualificação ser realizada, é feito uma coleta de dados para análise qualitativa dos veículos com base em dados quantitativos. Logo, partindo de “[...] números básicos (dados de penetração) de uma pesquisa reconhecidamente quantitativa, com o uso de uma operação aritmética, podem transformar-se em percentuais horizontais, para representar [...]” (VERONEZZI, 2009, p. 259) o público-alvo (com seus tópicos sociodemográficos, propriedades de bens, intento de compra, opiniões e as mais diversas informações que possam ir em um questionário) e apresentar a sua qualificação.

Figura 3 - Penetração e perfil de revista: exemplo de cálculo realizado para definir o perfil do público e a qualificação do veículo

QUADRO Qua.1 — PENETRAÇÃO E PERFIL DE REVISTAS

Filtro: Ambos os sexos, 25 anos ou+ Valores absolutos em mil

Título de dado	Total	A	B	C	DE
Bases ¹	26.198	2.130	7.842	11.932	4.294
%	100	8	30	46	16
Veja					
penetração	2.510	745	1.094	595	77
% vertical	10	35	14	5	2
Perfil — % horiz.	100	30	44	24	3
Época					
penetração	1.063	268	467	287	40
% vertical	4	13	6	2	1
Perfil — % horiz.	100	25	44	27	4

¹ Totais de pessoas entrevistadas nos 9 mercados Ipsos Marplan em mil.
Fonte: Ipsos-Marplan jul./2007-jun./2008.

Fonte: Veronezzi (2009, p. 258).

A operação matemática feita, principalmente quando diz respeito ao perfil de público-alvo depende dos fatores de *target* (seções nos quais os pesquisadores dividem as suas amostras para revelar os dados de audiências e penetrabilidade de veículos), que necessitam somar 100%, isto é, os *targets* indicados podem ser em qualquer quantia, desde que sejam complementares (VERONEZZI, 2009), como exemplifica a Figura 3.

Os atributos específicos da qualificação, conforme Veronezzi (2009), são relativos a tudo que pode ser adicionado à comunicação do discurso propagado por meio das imagens midiáticas digitais. Dado que, o mesmo conteúdo poderá ser enviado por mídias distintas, ordenado por alguma programação (mesmo com penetração e difusão, no público-alvo, muito semelhantes), mas indubitavelmente a comunicação será mais eficiente naquelas em quais as propriedades de qualificação são mais próximas do público-alvo de quem gerou/deseja propagar o conteúdo (isto é, alguma marca, empresa etc.).

Logo, os atributos subjetivos da qualificação são muito peculiares e dependem, também, da interação das imagens midiáticas digitais com o público-alvo a partir de um veículo de comunicação – além da adequação (quando está nítido/entendível/explicito o

conteúdo abordado e a necessidade do veículo a ser escolhido). Dessa maneira, todos esses fatores devem ser estudados pelo profissional de mídia, a partir da ótica do público-alvo, pois se a veiculação de um conteúdo através das imagens midiáticas causa muito interesse na população, resultando em uma grande audiência, por exemplo, prova que o público vê qualificação nesse conteúdo. Por conseguinte, o profissional de mídia deve realizar a análise de perfis ideais e CPMs lucrativas no público-alvo, programando esse conteúdo ao planejamento de veiculação da mídia utilizada e, possivelmente, alcançando uma veiculação das imagens midiáticas, que carregam conteúdo de produtos/serviços mais eficaz para o seu cliente (VERONEZZI, 2009).

Assim sendo, as imagens midiáticas digitais trouxeram uma nova forma de conviver com imagens a partir de sua elaboração, junto da construção dos seus conteúdos e da sua propagação, focalizada em públicos específicos, por meio de um veículo de comunicação escolhido. Consequentemente, visando maiores números de penetração e um retorno de grande lucro. Sendo um desses meios de lucros a imagem do corpo, pois, como Le Breton (2012, p. 77) enfatiza, “[...] o corpo também é, preso no espelho social, objeto concreto de investimento coletivo, suporte de ações e de significações, motivo de reunião e de distinção pelas práticas e discursos que suscita”.

2.1 A IMAGEM, O CORPO E A MÍDIA

No fim da década de 60, conforme Le Breton (2012), ocorreu uma importante extensão da instabilidade das propriedades físicas do relacionamento do indivíduo com os outros com o mundo devido a movimentos como o feminismo, a revolução sexual, a expressão corporal, o *body-art*, o julgamento do esporte, a ascensão de novas terapias – aclamando a aspiração de agregar somente ao corpo. Portanto, nasce um novo imaginário do corpo na sociedade, um imaginário luxuriante do corpo. E nenhuma parte da atuação social sai impune das demandas que se constroem na crítica do estado corporal dos seres.

Regularmente indiscreta, a crítica toma posse de um conhecimento de senso comum, “o corpo”, e faz dele símbolo de comunhão, um veículo de luta contra sistema de princípios visto como repressor, antiquado, e que é necessário mudar para beneficiar e enfatizar o despertar individual. Assim sendo, os hábitos e as argumentações que brotam sugerem ou requisitam uma mudança drástica dos arcaicos modelos sociais. Uma vasta e involuntariamente surrealista literatura propõe a “libertação do corpo” e a imaginação é capaz de imergir e divagar nesse discurso utópico no qual o corpo “liberta-se”, sem que haja

conhecimento do que sucede com o indivíduo (seu “mestre”), a quem o corpo dispõe a dimensão e a apresentação exterior. Nesse cenário, o corpo é posto como uma propriedade, um bem, um diferente, um *alter ego*. Logo, a apologia ao corpo é, inconscientemente, dualista, pois defronta o ser ao corpo e, de forma subjetiva, considera uma vivência para o corpo que conseguiria ser examinada fora do próprio indivíduo (LE BRETON, 2012).

O desequilíbrio de significação e princípios que afeta a modernidade, a busca retorcida e infatigável por novas autenticidades que até a contemporaneidade ainda estão ocultas, a estadia do temporário convertendo-se em tempo de vida, são, entre mais razões, os que colaboraram de forma lógica para confirmar o enraizamento físico o estado de cada ser. Logo, o corpo, local da conexão priorizada com o mundo, está, então, em foco e destaque (LE BRETON, 2012). O que é nomeado de corporeidade e, em concordância com o autor, é uma polêmica coesa e inclusive inelutável em uma sociedade de qualidade individualista que mergulha em um setor agitado, anárquico e de ofuscamento das referências indubitáveis e experiência, à vista disso, uma regressão maior à individualidade (LE BRETON, 2012).

O transtorno da legitimidade, de acordo com Le Breton (2012), transformou a relação com o mundo inconstante e insegura e, como efeito, o indivíduo buscou, investigando as suas marcas, dedicar-se para elaborar um sentimento de identidade promissor. O ser, assim, desconfia, pela prisão física da qual está presente e é instrumento. Porém, dá importância total ao corpo – que se separa dos outros e do mundo. Dado que o corpo é local da ruptura, da distinção individual, pensa-se que há o benefício de uma plausível reconciliação. Rastrea-se o mistério perdido do corpo, para convertê-lo a um local de inclusão, o qual não seja mais o que bloqueia, diferenciando o ser e desunindo-o dos outros, mas o vinculador que o junta aos outros. Contudo, conforme Le Breton (2012, p. 30-31):

O isolamento do corpo nas sociedades ocidentais [...] comprova a existência de uma trama social na qual o homem é separado do cosmo, separado dos outros, separado de si mesmo. Em outras palavras, o corpo da modernidade, aquele no qual são aplicados os métodos da sociologia, é o resultado, do recuo das tradições populares e o advento do individualismo ocidental e traduz o aprisionamento do homem sobre si mesmo. No fundamento de qualquer prática social, como mediador privilegiado e pivô da presença humana, o corpo está no cruzamento de todas as instâncias humanas da cultura, o ponto de atribuição por excelência do campo simbólico.

Consequentemente, o corpo encontra-se estagnado no espelho social, como instrumento concreto de investida, utilidade e proveito coletivo, alicerce de atos, comportamentos e significações, razão de reunião e de diferença pelos hábitos e falas que forma. Nesse cenário, o corpo é apenas um observador favorecido para destacar as

características sociais (LE BRETON, 2012), além de ser o “[...] primeiro suporte dos textos culturais e dos processos comunicativos, como ‘mídia primária’” (BAITTELLO JUNIOR, 2014, p. 8) e objeto de uso na iconofagia.

Com a chegada das imagens que se espalham progressivamente às centenas, milhares e milhões, rompe-se a atmosfera do objeto único. Assim sendo, o surgimento das imagens replicadas e similares que se alastram no ambiente público estreia o fluxo de imagens em superexposição à luz (as imagens midiáticas digitais). Com esse fluxo estreia-se, também, a sua fluidez, que no que lhe concerne funda um vazio. E a conseqüentemente deficiência emocional criada por sua falta provoca a fabricação de novas imagens para preencher o sentimento de vazio e lograr a sua fluidez através de novas fluências. O que se enxerga, portanto, como repercussão da proliferação, nas décadas e séculos adiante, é a difusão intensa de imagens progressivamente mais onipresentes, que pode ser qualificado como “descontrole”. Assim sendo, há um desejo de gerar um controle do sentimento de vazio a partir do descontrole da difusão demasiada das imagens, isto é, a iconofagia – em um momento as imagens são consumidas, em outro momento, as imagens consomem os seres (BAITTELLO JUNIOR, 2014).

À vista disso, em concordância com Baitello Junior (2014), a extensa vivência dos símbolos apenas é possível em virtude dos seus alicerces, as imagens. Contudo, não é o alicerce que se esvazia, mas sim os símbolos que se extraviam e desnorream quando se sobrecarregam e esvaziam as imagens. O desequilíbrio da visibilidade não é uma instabilidade das imagens, mas uma subtração da sua competência de apelo. No momento em que o apelo entra em instabilidade, é preciso cada vez mais imagens para se atingir os mesmos impactos. O que se possui, conseqüentemente, é uma incontrolada proliferação. A capacidade edificante ou destruidora das inserções sociais e culturais, mediante as imagens, pode ser gigantesca, principalmente quando: quando elas concretizam uma conexão viva entre o homem e os seus modelos (os seus símbolos); quando carregam princípios, elas certificam e carregam os laços entre o homem e a sua origem cultural e histórica; e, quando se escoam, emergem e expõem o esvaziamento dos princípios de referência de uma geração, grupo, povo, raça, classe, linhagem, descendência.

Tanto a imagem quanto o corpo são dois fatores moldados, preenchidos e carregados pela cultura em que estão inseridos e que são submergidos na sua evolução. Mauss (1950), citado por Le Breton (2012), desenvolve-se uma concepção próspera, as técnicas do corpo – movimentos codificados por efeito de uma eficácia prática ou simbólica, sendo a palavra “técnica” considerada pelo autor uma atitude tradicional eficaz. As técnicas do corpo são

apontadas como modalidades de atos, de prossecução de movimentos, que acontecem na procura de um objetivo preciso. À vista disso, Mauss percebe que o corpo é o instrumento primogênito do homem e que este é moldado de acordo com os costumes culturais, logo, o corpo gera eficácias práticas (MAUSS, 1950, p. 363-386, *apud* LE BRETON, 2012, grifo nosso). Há quatro classificações das técnicas do corpo sugeridas pelo autor:

Conforme o sexo: de fato, as definições sociais de homem e mulher implicam frequentemente um conjunto de gestos codificados de diferentes maneiras. *Conforme a idade:* as técnicas próprias à obstetrícia e aos gestos do nascimento; as técnicas da infância, da adolescência, da idade adulta [...]; técnicas com o cuidado do corpo (toalete, higiene); técnicas de consumo (comer, beber); técnicas de reprodução [...]; os tratamentos do corpo [...]. *Conforme o rendimento:* Mauss pensa aqui na relação com a destreza, com a habilidade. *Conforme as formas de transmissão:* através de quais modalidades e em que ritmo as novas gerações as adquirem [...]

A primeira técnica do corpo, a técnica conforme o sexo, aponta que a forma de ser homem e de ser mulher é uma edificação social do sexo anatômico, a noção de gênero. Portanto, gênero expressa que mulheres e homens são produtos do universo social e não resultante da anatomia dos corpos do sexo feminino e do sexo masculino. Dessa maneira, a concepção de gênero pode colaborar no movimento de perceber determinados processos (por exemplo, conjuntos de gestos codificados de diferentes maneiras) que fortalecem e geram desigualdades entre o feminino e o masculino e consequências (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009; MAUSS, 1950 *apud* LE BRETON, 2012).

As técnicas conforme a idade referem-se às fases da vida e no que diz respeito à infância, Faria e Finco (2011) apontam que é um período estrutural, com atores sociais participantes de cadeias de relacionamentos, influentes e influenciáveis no contexto social, político, econômico etc. Nos tratamentos do corpo, as crianças são seres com propriedades e características diferentes dos adultos, tanto cognitivas quanto físicas, fazendo-as necessitar de assistência por alguns períodos, mas com total capacidade de desenvolver a própria independência. Portanto, dialogando com as técnicas de rendimento e em conformidade com as formas de transmissão, pois a partir do desenvolvimento de habilidades do indivíduo, sejam elas cognitivas, corpóreas etc, é perceptível aspectos intrínsecos da cultura passados de geração em geração, ou que estão presentes de forma perpétua na sociedade.

Isto posto, Baitello Junior (2014) sinaliza que os métodos e planos da imagem midiática andam paralelamente com os métodos e planos da produção e do sistema econômico predatórios. Regrados pelas normas econômicas da era da orientação – era esta que usa e abusa da comunicação a distância, com dispositivos da mídia digital, com muitos

pressupostos para minimizar as distâncias e diminuir o trabalhoso e caro deslocamento da mídia secundária (livros, jornais, cartazes, panfletos, cartas etc.), resultando, porém, em mais distâncias. Conforme Baitello Júnior (2014, p. 20) enfoca, “[...] a lógica da ‘era da orientação’: com a aparência de proximidade, [...], com a extrapolação do medo, imobilizar, [...], com a transformação do mundo em imagens do mundo, otimizar o processo de apropriação”.

Logo, Baitello Júnior (2014) destaca que as táticas da imagem midiática podem afetar tanto nas normas econômicas da era da orientação quanto nas suas imagens, em uma possível fadiga de apropriação de conteúdo, como também de propagação desse mesmo conteúdo, desenvolvimento, evolução etc. Os juramentos da imagem presumem vida eterna, deleitações e regalos. Dessa maneira, conforme o autor, as imagens consomem os seres: um universo de empíreos primordiais, apenas disponíveis se os indivíduos deixarem os seus corpos, se deixarem os corpos terminantemente para trás, em benefício de existência unicamente em imagem. Assim sendo, os indivíduos precisam estar em forma de imagem para a concretização da etapa mais engendradora da iconofagia: as imagens devorando os seres (BAITELLO JÚNIOR, 2014)

E, nesse cenário, os métodos e planos da imagem, juntamente aos planos da produção e ao sistema econômico, utilizam da imagem e do corpo como fontes de transportação de cultura, empregando as técnicas do corpo, na maioria das vezes, conforme o gênero e conforme a idade para atingir os interesses e metas desse sistema econômico. Um dos focos destacados por Baitello Junior (2014) é a conversão de crianças em “mercado”. Pois, desde o primeiro momento em que são expostos ao assédio das imagens e as requisições do consumo (de forma insistente, brutal e energicamente inauditos), concede-se às crianças uma plausível autonomia/autossuficiência para escolher objetos importantes em suas vidas. A roupa que irá vestir, o que irá comer, comprar, com o que vai brincar, acabam por não ser mais decisões dos pais, cuidadores e adultos de seu convívio.

Porém, como aponta Ponte (2019) sobre as consequências geradas às crianças sobre o extremo contato com as imagens midiáticas digitais, estímulo ao consumismo e mito da beleza, “[...] é fundamental debater, entre outras coisas, o consumo ali incitado e os prejuízos ao bem-estar físico, social, emocional que isso tem gerado nas vidas de crianças de diferentes classes sociais, raças, gêneros, idades” (PONTE, 2019, p. 11). Principalmente no que concerne à construção e ao desenvolvimento da autoimagem, uma vez que, conforme Tavares (2003), a imagem corporal espelha uma trajetória vivida, o itinerário de um corpo, o qual as

percepções fazem parte da sua unidade e caracterizam a sua permanência no mundo a cada momento.

2.2 A AUTOIMAGEM

As percepções se realizam no corpo e a história do indivíduo é a história de suas vivências perceptivas. Consequentemente, para cada estímulo do/no corpo há a proporção vivida corporalmente por ele. E cada pessoa o vive conforme as suas individualidades (físicas, sociais, ambientais, referentes à personalidade etc.), uma vez que o ser humano percebe o mundo e a si próprio com o seu corpo. O foco da percepção em um instante está no corpo e, em outro instante, está no mundo. Esse trabalho de amplificação e reclusão é mensurado pela imagem corporal (TAVARES, 2003).

A imagem corporal é definida como a representação mental, a imagem simbólica, do corpo do indivíduo, a forma como o corpo do ser humano aparece para ele. E por ser a imagem do seu corpo, retrata uma vivência exclusivamente singular, que cada ser humano experiencia de forma contínua, avaliando, baseada nela, o sentido de suas atitudes, percepções e o decorrer de seus impulsos. Essa imagem concerne, principalmente, à identidade do indivíduo. E a atuação da imagem corporal aprimora a confluência de manifestações motoras e psíquicas na trajetória do desenvolvimento do ser humano, focando na formulação da identidade da pessoa (TAVARES, 2003).

A imagem corporal carrega todas as maneiras que uma pessoa vivencia e julga o seu próprio corpo. Ela está conectada a um padrão anexado no cérebro, que sofre influências por condições sensoriais, decurso de desenvolvimento e questões psicodinâmicas. Porém não se refere exclusivamente a um padrão cerebral ativo. Mesmo que dependa de uma composição orgânica demarcada, a imagem corporal necessita ser interpretada como um fenômeno particular, formulado no cenário da vivência como ser existencial e individual em uma realidade de correlações entre imagens corporais (TAVARES, 2003). O indivíduo experimenta de maneira ininterrupta a sua imagem corporal, que está completamente conectada à sua própria identidade e experiência existencial.

2.2.1 Identidade corporal

O ser humano é um elemento do universo. É partindo do contato com o seu próprio corpo que ele identifica e explora o universo. Dado que, por meio da interação com o mundo

externo, o corpo muda. E, o ser, ao perceber tais mudanças, conhece-se de maneira mais perfeita, expandindo a sua visão sobre o mundo externo, simultaneamente que desenvolve a base da sua identidade como pessoa. O corpo sente, nota, observa, distingue, escuta, cheira, identifica; cada percepção guia o corpo a uma perspectiva diferente em relação ao mundo; logo, o corpo se movimenta baseado em cada percepção; e ao movimentar-se, acaba em uma posição diferente que norteia a percepções variadas. Nessa dinâmica contínua de perceber e movimentar, o corpo vai se metamorfoseando e edificando a sua identidade, junto aos instintos, neste transcurso (TAVARES, 2003).

O corpo é um objeto extraordinário para o indivíduo. Está mudando constantemente e ao mesmo tempo presente, além de instituir a base do senso de subjetividade do humano. Assim, a imagem corporal dispõe de um alicerce que carrega de forma primordial a individualidade e é a origem para a construção da identidade do ser humano. As ações das pessoas, como também sentimentos e sensações, expõem uma ligação com o mundo. Porém, estão incessantemente banhados e medidos pela energia das pulsões particulares do corpo a cada instante. Por conseguinte, nasce da continência e consciência os impulsos pelos quais a originalidade corporal é legitimada pelos indivíduos e, conseqüentemente, expandem o sentido de identidade – aspecto fundamental e fonte da imagem corporal (TAVARES, 2003).

A autora (TAVARES, 2003) aponta que o corpo é um instrumento que se forma como identidade para os seres, pois veem ao mundo com um corpo, mas necessitam vivenciá-lo para que ele possa se revelar e existir para a pessoa como unidade. Conseqüentemente, a definição da identidade corporal de um indivíduo passa pela classificação do que pertence ou não ao seu “Eu Corporal”. O ser tem que estar ciente da existência de uma demarcação física estabelecida pelo organismo biológico que ele compõe as suas sensações físicas existentes. Assim como outras variadas referências – e tais referências são inegáveis. Assim sendo, na condição do ser manter a sua identidade própria, essas referências são elementos chaves para a ampliação do seu “Eu Corporal”, pois as percepções absorvem variados aspectos. A apresentação de um ser ou outro ser, em momentos distintos, faz com que o indivíduo se mostre para ele mesmo de maneira diferente. Contudo, seguindo sendo o mesmo corpo, logo, o método de construção da identidade corporal é continuamente um método em construção.

É possível, então, dizer que quando uma pessoa nasce, já existe um rascunho de sua imagem no mundo externo, concebida por seus pais e familiares a partir de uma forte influência da cultura. Tal corpo imaginado, cultural e ideal não condiz com o corpo concreto deste ser. A sua identidade corporal se constrói fundada na experiência de sensações que surgem em seu corpo real no cenário de um corpo imaginário. A imagem que é distribuída

pela cultura para o ser espelha uma realidade fabricada partindo de uma história coletiva; e a imagem corporal carrega um aspecto novo que é a realidade ativa do corpo no qual a subjetividade leva a marca da impulsividade do ser (TAVARES, 2003).

A formação da imagem corporal acha simultaneamente a construção da identidade do próprio corpo. É um andamento que ocorre a vida todo do homem, apesar da sua edificação ser mais fácil nos primeiros anos de vida em razão das condições fisiológicas, afetivas e sociais particulares desse período. A expectativa do ser reconhecer, no decorrer de sua vida, a sua presença real e notar que é reconhecido e valorizado por sua singularidade é o segredo para a totalidade da sua identidade corporal, assim como o princípio para o estabelecimento de uma imagem corporal completa e positiva (TAVARES, 2003).

No decorrer do dia a dia, conforme evidencia Tavares (2003), o ser humano se compromete em diversas iniciativas, apropriando-se de responsabilidades e funções em consideração a ideais, à moral, à verdade, à dignidade e à competência. Todos esses percursos podem ser favoráveis para florescer a identidade e imagem corporal apenas se os movimentos do indivíduo forem de acordo com a realidade interna. O ponto-chave é o ser humano estar sempre ligado às suas sensações, de maneira que as percepções sejam conhecidas e sejam parâmetro no procedimento de diferenciação do mundo, pois sabemos o que experimentamos no corpo a partir de nossos movimentos e ações em um caminho próprio.

2.2.2 Etapas da formação da imagem corporal

A unidade do corpo individual só é formada pelas partes conexas a partir de um movimento: a identidade desse corpo, que é vivida, sentida e consciente. E no decorrer da existência humana, a imagem corporal certifica ao indivíduo a condição de ser humano. As pulsões propagam-se do corpo e o corpo unicamente existe situado em várias prerrogativas. Porém o corpo não é consequência dessas prerrogativas. Cada impulso é único e apenas alcança correspondência no corpo do qual se manifesta. Logo, uma imagem corporal do corpo do ser humano, seja para ele ou para outro, é regularmente singular, nova. O corpo do ser se altera ao vivenciar uma imagem de si mesmo. E impulsos inéditos, sensações distintas, convergem em uma nova formulação corporal que se exibirá como uma nova imagem corporal. Então, sucessivamente, o corpo, interagindo com o mundo e consigo próprio, permanece em constante alteração da sua imagem corporal (TAVARES, 2003).

Tavares (2003) focaliza que, para que o corpo se mostre como uma imagem na mente do ser, é necessário que ela exista para si próprio como uma figura concreta que faça sentido,

que o impacte e se diferencie dos outros corpos que formulam imagens, apresentados à pessoa. O significado especial do corpo se compõe com base nas primeiras conexões objetais, como a relação mãe-bebê. E, também, a construção da identidade corporal está em processo desde a mais nova idade, profundamente ligada ao método de experienciar sensações mensuradas à singularidade das pulsões.

Primordialmente, a imagem corporal mostra intensa conexão com os primeiros contatos com o imaginário e a imaginação, não sendo possível desconectar ambos da imagem corporal do ser, como também não é possível construir um corpo sem pulsões (TAVARES, 2003). Isso acontece pois o ser, ao alterar o que a natureza gerou, está praticando uma aptidão que lhe é única, a de dar sentido ao mundo/universo e, para isso, o homem põe em ação um ofício da mente, que é a imaginação. Dessa forma, para que a fabricação de significado aconteça é preciso imaginar. Dar significado é penetrar no plano do simbólico e simbolizar compõe a condição humana (PITTA, 2017).

Assim, o indivíduo, na tenra idade, ao entrar em contato com suas primeiras pulsões (vindas de si próprio ou geradas pelo ambiente material que está inserido através do trajeto antropológico do imaginário), reciprocamente entrará em contato com a dimensão imaginária e, paulatinamente (conforme o seu desenvolvimento físico, psíquico e emocional), significando as suas pulsões e formulando a sua imagem corporal. Como as pulsões próprias e do meio não cessam nunca, a percepção da própria imagem corporal (assim como as suas mudanças) vão se alterando constantemente no decorrer da existência do homem.

A aceitação corporal do primeiro objeto de amor, a mãe, é primordial para a construção da identidade corporal do bebê. Essa empatia corporal expressa o reconhecimento e atende as necessidades do bebê. Esse laço desenvolvido vai ajudar o proceder e a percepção das pulsões do bebê de maneira que a interação com o mundo seja origem de valorosas experiências corporais e cada uma delas seja de acordo com a individualidade do bebê. Portanto, é da formação dessa conexão corporal empática que o ser terá abundância de imagens, no capital pensado, de vivências corporais associadas ao corpo (TAVARES, 2003).

A criança permanece conectada com as suas imagens mentais de forma adequada a seu corpo. Por conseguinte, do corpo presente é feita a elaboração da identidade desse corpo. E, de forma simultânea, acontece o desenvolvimento da imagem corporal (TAVARES, 2003). Nesse cenário se organiza uma história de relações entre as dimensões internas e externas, o trajeto antropológico do imaginário. Portanto, ainda na concepção de Tavares (2003), toda imagem do mundo se concebe com base nas mudanças em nosso corpo, recebendo significados que têm repercussão com o mundo todo. Dessa maneira, a identidade corporal e

as imagens do homem se edificam ligadas com percepções de si mesmo (do homem) e das percepções decorrentes do seu contato com o mundo.

No desenvolvimento do ser humano, as imagens formadas em seu corpo vão deixando sinais em seu ser. E, mesmo que sejam imagens de fragmentos não homogêneos, deixam os primeiros registros na psique, base dos próximos passos da estruturação da imagem corporal. Na percepção de um ser em desenvolvimento da sua separação com o mundo, da sua diferença entre ele e o mundo cósmico e material, a habilidade de imaginar é fundamental nesse estágio. Sendo no início uma capacidade não muito desenvolvida e limitada e, paulatinamente, ao seu desenvolvimento físico, psíquico e emocional e a evolução da capacidade de imaginar, a criança entende a diferença entre o corpo que toca e o objeto que é tocado e constrói o entendimento de um espaço afora do seu corpo (TAVARES, 2003).

A autora (TAVARES, 2003) destaca que, a partir do sentido da imagem de si mesmo, é desenvolvido o sentido da própria ação do ser. Podendo, então, reconhecer-se no espelho, identificando nas informações do espelho, imagens geradas pelas próprias ações. Isso posto, a criança é apta a conjurar uma imagem de um objeto faltante e rastreá-lo sem nenhum vestígio, indicação ou sinal sensível instantâneo. E tal processo se inicia a partir dos 15-18 meses, quando a criança já se identifica no espelho. A competência de a criança dizer “não” nesse período aponta que a autonomia e a consciência do próprio “eu” estão aflorando. Essa etapa configura-se pela solidificação do senso de identidade, determinado com fundamento de uma representação mental coerente e anexada ao corpo. Principiando da distinção do que é imagem do “eu” e do “não-eu”, há a concretização de uma representação interna aprimorada do corpo e senso de identidade. Torna-se viável uma janela temporal entre o impulso e a ação, que é capaz devido ao progresso da consciência e do pensamento. Esse processo está conectado à maturação e uma estabilidade superior da imagem corporal própria do ser humano adulto.

A evolução do desenvolvimento da imagem corporal é ligada a fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais. Por isso, múltiplos fatores têm o poder de influir no decorrer do desenvolvimento da imagem corporal durante a vida do ser humano. Alguns desses fatores são: doenças, amputações, traumas, deficiência do sistema nervoso em processar adequadamente imagens mentais, modificações muito rápidas no crescimento, relações sociais e afetivas inapropriadas, o tipo de personalidade, perdas de entes queridos, crise financeira, perda de emprego, entre outros. Tais fatores podem acontecer de maneira separada ou combinada, e proceder de modo que irá atrapalhar e perturbar a vivência de experiências

corporais positivas, cruciais para promover uma imagem corporal satisfatória (TAVARES, 2003).

O indivíduo pode abismar-se com algumas imagens de si próprio e isso pode acontecer em diversos pontos da sua existência, porém é mais comum durante a transição de criança para adolescente². Nesse estágio, a imagem corporal expande, encolhe, divide e se reformula repetidamente. Ao passar do tempo, conforme a pessoa reconhece e se identifica com as representações psíquicas do seu corpo sob múltiplos prismas, a sua imagem corporal atinge maior estabilidade. Contudo, há a possibilidade de ocorrer disfunções na construção da imagem corporal, devido a uma estimulação corporal indevida nas fases primordiais do desenvolvimento do ser no período da infância. A ordenação da imagem corporal é maleável, portanto, existe a predisposição tanto para destruir como para construir a imagem corporal. A destruição é um passo parcial da edificação, pois o ato de construir é o predicado geral da vida, destruimos para reedificar. Logo, a imagem corporal pouco desenvolvida tende a ser destruída com facilidade, isto é, tende a metamorfoses (TAVARES, 2003).

Todavia, a autora (TAVARES, 2003) salienta que a modificação do corpo resultante de percepções e movimentos proporcionados com base em uma intervenção profissional significativa gera novas possibilidades para os seres, aumentando as suas possibilidades de novas percepções e movimentos, novas possibilidades para escolher em cada momento da vida. Isso acarreta a dinamização de um método de construção da imagem corporal. Atividades artísticas, experiências corporais individuais e coletivas, esportes, ginásticas e práticas sistemáticas de atividade física, como também programas de terapia corporal e psicológica têm importância e chance de estimular o processo de formulação da imagem corporal.

À vista disso, como enfatizam Barreto, Araújo e Pereira (2009), a maneira como mulheres e homens se portam no meio social condiz a um acentuado aprendizado sociocultural que doutrina os seres a agir de acordo com as determinações e normas de cada gênero. Existe uma espera, anseio social em referência à forma como mulheres e homens devem caminhar, se comunicar, sentar, apresentar/exibir o seu corpo, brincar, jogar, dançar, se relacionar, cuidar do próximo, amar, trabalhar, coordenar outras pessoas, lecionar, dirigir o carro, despender dinheiro, consumir bebidas etc. Assim sendo, há uma inquietação

² Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, título 1, “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990).

generalizada nos seres e na sociedade para entender o motivo de múltiplas desigualdades entre homens e mulheres apresentadas em inúmeras situações.

De maneira geral, é habitual serem responsabilizadas as características que estariam presentes no corpo ou na mente de cada indivíduo. Essa procura por origens biológicas ou psíquicas para explicar as dissemelhanças entre mulheres e homens, masculino e feminino, conforme o autor, é costumeiro nas ciências biológicas. É comum ver jornais ou revistas alagarem diferenças entre os gêneros fundamentadas no desempenho cerebral ou hormonal. Contudo, essas explicações ocultam o extenso processo de socialização que tornou os/as indivíduos/as humanos/as e escondem, do mesmo modo, o processo de socialização que reparte e separa os seres em gêneros distintos (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009). Logo, é necessário analisar o procedimento de construção e desenvolvimento dos gêneros, assim como as consequências disso para os indivíduos.

3 O GÊNERO FEMININO E A INFÂNCIA

Na visão das ciências sociais e humanas, de acordo com Barreto, Araújo e Pereira (2009), a noção de gênero diz respeito à edificação social do sexo anatômico. Essa noção foi gerada para diferenciar a perspectiva biológica da perspectiva social, fundamentando-se no pensamento de que existem machos e fêmeas na espécie humana, contudo, a forma de ser homem e de ser mulher é efetuada pela cultura. A concepção de gênero originou-se de uma interlocução entre o movimento feminista e suas teóricas e as pesquisadoras de múltiplas disciplinas, como: história, sociologia, antropologia, ciência política, demográfica, dentre outras. A noção de gênero foi criada para comprovar que o sexo anatômico, biológico, não é o ponto definidor das ações da raça humana. Portanto, podemos enfatizar três pontos: a noção de gênero, a identidade de gênero e as assimetrias de gênero (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

A noção de gênero, como destacam Barreto, Araújo e Pereira (2009), aborda que homens e mulheres são resultado do cenário social e não derivados da anatomia de seus corpos. Seguidamente, identidade de gênero refere-se à captação subjetiva de ser masculino ou feminino, de acordo com as características, as atitudes e os portes, de modo convencional, estipulados para homens e mulheres. E assimetrias de gênero são “[...] desigualdades de oportunidades, condições e direitos entre homens e mulheres, gerando uma hierarquia de gênero” (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009, p. 43). De Beauvoir (1949 *apud* MCCANN *et al.*, 2019) alega que a situação de ser mulher, ou a feminilidade, é uma produção cultural ou da sociedade, elaborada no decorrer de gerações. Nessa produção vivem os motivos da opressão às mulheres (DE BEAUVOIR, 1949 *apud* MCCANN *et al.*, 2019). O que pode ser exemplificado na formulação do gênero feminino, e tudo o que o engloba, durante a construção e desenvolvimento da nação brasileira.

A construção do gênero feminino que a sociedade brasileira contemporânea conhece tem origem em uma sociedade historicamente capitalista, patriarcal, sexista, machista, racista e elitista. Isso ocorre porque foi uma nação principiada e populada por meio de estupros de indígenas mulheres nativas, quando os colonizadores portugueses chegaram ao Brasil, e escravas africanas, quando navios negreiros aportavam na colônia para comerciar escravos para fazendeiros e importantes famílias (por posição política e/ou financeira) da época. Contudo, segundo Gomes (2019), os estupros das escravas africanas começavam antes da embarcação para o Brasil, perduravam todo período de navegação, tal violência se estendia ao desembarcarem em solo brasileiro e durante todos os 300 anos de escravidão no país.

Conseqüentemente, no começo da história do Brasil, as mulheres foram vistas em sua totalidade, como o povo pré-cívico que tem o trabalho de gerar pessoas e servir as suas famílias dentro do lar. Logo, o papel de cidadãs não lhes é atribuído, pois são mães, esposas (PRÁ, 2017) ou objetos/posses. O viés civil da cidadania, para as mulheres, não foi além de colocá-las sob a guarda masculina (pai, marido ou filhos). Junto a isso, as leis civis do Estado Moderno legitimaram as mulheres como menores de idade. Partindo dessa perspectiva, as mulheres não teriam o direito de ministrar a sua propriedade, estabilizar-se ou ir embora da sua moradia, efetuar a autoridade sobre os filhos, ter uma profissão estável, ter um emprego sem permissão, contrapor um pai ou marido agressivos. Desse modo, a autora ressalta que o movimento feminista apresenta que a cidadania não é um vocábulo neutro da perspectiva do gênero. A cidadania na modernidade certifica aos seres uma condição formal, realizando abstração de qualquer particularidade ou dessemelhança; a teoria política feminista considera esta abstração como nascente de desigualdades reais e inúmeras exclusões, convertendo a cidadania em um privilégio, acima de um direito (PRÁ, 2017).

O gênero feminino na sociedade brasileira, então, é elaborado em uma primeira construção, parte do sexo biológico da mulher, porém edificado e concretizado com base em 3 pontos – o primeiro e principal é a construção de um gênero favorecendo a dominação e o comando capitalista, patriarcal, sexista, machista, racista e elitista do ser masculino perante o cenário social, ou seja, a elaboração de um gênero subordinado, minimizado e “fácil” de ser controlado e manipulado. O segundo, baseado no primeiro ponto, partindo do próprio sexo anatômico da mulher, ou seja, o seu corpo: o interesse na satisfação dos desejos masculinos com base na objetificação do corpo feminino e na capacidade de procriar desse sexo. E o terceiro, também baseado no primeiro ponto e no corpo da mulher: a sua aparência – antigamente como única moeda de troca para conseguir casamentos “bem arranjados”, ou seja, edificar a instituição mais “sagrada” aos olhos da religião dominante da época (católica), pois, moralmente, o casamento era a única circunstância em que a procriação era “bem vista” e incentivada.

A objetificação do corpo feminino é algo que segue as mulheres até os dias atuais. Não como antes, pois a revolução sexual dos anos 60 e o controle de natalidade, possibilitado por contraceptivos, proporcionou a elas uma maior autonomia sobre sua sexualidade e reprodução. O que de certa forma amenizou o segundo ponto, mas não o cessou. Porém, com a inserção da mulher no mercado de trabalho em diversas áreas, a criação de leis, o surgimento dos direitos das mulheres e o oferecimento da proteção do estado, o domínio dos homens sobre as suas vidas foi minimizado. Wolf (2019, p. 25) questiona que mesmo com o

[...] renascimento do feminismo no início dos anos 1970, as mulheres ocidentais conquistaram direitos legais e reprodutivos, alcançaram a educação superior, entraram para o mundo dos negócios e das profissões liberais e derrubaram crenças antigas e respeitadas a seu papel social. Uma geração depois, será que as mulheres se sentem livres?

A dominação e a violência sexual sobre as mulheres, após um período de conquistas, foram repaginadas e realocadas de outra maneira na cultura – o que Wolf (2019) chama de o mito da beleza.

3.1 O MITO DA BELEZA

A luta feminista teve diversas conquistas às mulheres, como a amplificação do seu lugar de fala em diversas sociedades. Direitos iguais no casamento, o direito ao voto, o direito ao estudo em universidades, leis de trabalho, um maior espaço para o controle da sua vida sexual, são alguns pontos. Porém McCann (2019) aponta que a partir da terceira onda feminista³, muitas mulheres se deparavam com um cenário social não tão favorecido para o seu gênero.

Após a geração de conquistas que a segunda onda do feminismo proporcionou às mulheres ocidentais, os indivíduos do gênero feminino ainda não se sentiam livres em meio à sociedade moderna. Wolf (2019, p. 38) ressalta que “[...] depois do sucesso da segunda onda do movimento das mulheres, o mito da beleza foi aperfeiçoado de forma a impedir o avanço do poder em todos os níveis na vida individual da mulher”. E espaços como a religião, o trabalho, a sexualidade e até mesmo a alimentação não se disponibilizavam de completa liberdade para as mulheres. Elas estavam sendo aceitas no seu intelecto, mas não no seu físico: “[...] as mulheres são retidas por uma barreira incorpórea não prevista por ela. As mentes estão se revelando capazes, já os corpos se autodestroem. [...] As mentes foram aceitas, mas não os corpos.” (WOLF, 2019, p. 264). Esse invólucro vital encontra-se imposto a limites sociais estabelecidos para as mulheres a partir de uma ideologia da beleza. E tal misticismo impõe a exploração da imagem do corpo da mulher como um controle social.

A ideologia da beleza atua por meio de expectativas do corpo feminino e para com o corpo feminino. Conforme Wolf (2019), preocupações relacionadas ao corpo (como o seu formato, sua vestimenta, sua aparência), que supostamente deveriam ser considerados triviais

³ A terceira onda da luta feminista surgiu a partir dos anos de 1992. Um artigo escrito por Rebecca Walker (escritora e feminista norte-americana) apontava que a nova onda emergia para combater (dentro e fora da luta): o racismo, o preconceito à comunidade LGBTQIA+, o preconceito às pessoas com necessidades especiais, o preconceito de classe e o sexismo, ainda instalados na sociedade (MCCANN *et al.*, 2019).

em meio a tantas conquistas (até o momento, pela luta feminista), ainda se põe como um foco para as mulheres através da exploração da imagem do corpo. A partir de imposições da sociedade, que abrangem diversos campos sociais e culturais, o mito da beleza se enraíza e se expande em um imaginário do feminino, abarcando áreas como a religião, o trabalho, a sexualidade, a violência e a fome, por exemplo.

À vista disso, de acordo com Wolf (1992), as mulheres aprenderam a utilizar a sua beleza como forma de capital, a partir do sistema de casamentos burgueses, implementado no século passado. Logo, no período em que o feminismo gerava oportunidades para as mulheres no mercado de trabalho, tanto as mulheres quanto os homens estavam habituados à beleza da mulher ser considerada uma posse, uma moeda de troca. E, conforme as mulheres cobravam acesso ao poder, o sistema de poder apelava ao mito da beleza com o objetivo de, sob o ponto de vista material, atrasar o progresso das mulheres. Na década de 1980, conforme elas abriam espaço no sistema de poder, os dois pontos se juntavam. A beleza não era mais uma forma simbólica de capital. O mercado de trabalho aprimorou o mito da beleza como uma maneira de certificar a discriminação das mulheres no ambiente de trabalho.

O proceder da estrutura baseada na beleza não foi gerada pelos empregadores a partir do desejo de ter locais de trabalho bem decorados. Ela nasceu do medo. Medo, este, com bases sólidas. O comportamento do sistema de poder é necessário para a sua sobrevivência. Uma afirmação que condiz para o mundo inteiro e remonta a épocas anteriores aos primeiros documentos sobre a temática. Atualmente, referente à comparação entre o trabalho feminino e o masculino, a proporção (fixa e internacional) é de dois para um. O faturamento familiar subiria em 60%⁴, caso o trabalho doméstico feito pelas mulheres casadas fosse assalariado. E a estrutura de poder masculina batalha com as mulheres em uma escala muito menor, pois as mulheres somam 52,4% da população⁵. As mulheres são a maioria. Portanto, a discriminação pela beleza gerou-se fundamental pela impressão de que as mulheres seriam, assim como ocorre, cada vez melhores (WOLF, 2019).

Por conseguinte, nessa perspectiva, podemos dizer que a religião foi um dos cenários primários do mito da beleza, visto que o poder da religião de ditar regras de conduta para as mulheres foi reduzido a partir do pós-guerra, com a quebra do modelo de família tradicional e a diminuição da ida de pessoas à igreja. As mulheres foram apontadas, então, como um risco para a autoridade religiosa, como uma nova influência na sociedade a partir das mudanças sociais que estavam ocorrendo naquele período (WOLF, 1992). Quanto mais as mudanças

⁴ Porcentagem aplicada nos Estados Unidos da América (WOLF, 2019).

⁵ Dado mundial (WOLF, 2019).

sociais ocorriam, mais as mulheres reivindicavam poder e direitos, e mais a igreja apresentava-se amedrontada.

Conforme as mulheres enfrentam um mundo que está próximo de um novo milênio, elas são oprimidas por uma poderosa estrutura de crenças que mantém parte da sua consciência amarrada a uma maneira de pensar que o mundo masculino deixou para trás na Idade Média. Na mesma proporção, a ordem social impõe esse pensamento para desbancar a autoridade religiosa, como um método de força de controle sobre as mulheres. A liberdade contemporânea das mulheres é combatida pelos ritos da beleza, sendo eles contrários à implantação da mulher no mundo atual e reforçando esse combate com crenças medievais, garantindo a força de poder de forma intocável nas mãos daqueles que a possuem atualmente (WOLF, 1992).

Antiquados e bárbaros, os ritos da beleza são estruturados dessa forma para que a base da consciência das mulheres se mantenha antiquada e bárbara. Assim sendo, a descrença da modernidade some, retratando a beleza feminina. Descrita como se não fosse delineada por seres mortais, pela política, pela história e/ou pelo mercado, mas sim, por uma mão divina que delimita uma forma ideal da mulher representar ou ser. Logo, jurados de concurso de beleza, fotógrafos e, por último, o homem comum representam o papel de Deus, a partir dessa visão. Dessa forma, esse direito é exercido diariamente com severidade muito maior para compensar os outros direitos sobre as mulheres. Conseqüentemente, a cultura masculina tornou de uma enorme importância o julgamento da beleza da mulher, pois esse é o último direito não questionado a permanecer intocado na lista dos privilégios dos homens. Privilégios, estes, concedidos àqueles que creem indubitavelmente terem sido concebidos por Deus (ou alguma autoridade divina) para ter poder sobre as mulheres – se o homem é divino, o seu poder e atitudes não são questionados (WOLF, 2019). Logo, torna-se mais fácil perpetuar e estabelecer um modelo (de controle) idealizado para aqueles os quais temem que tirem o seu poder: as mulheres.

Isso posto, Rosalind Miles afirma que as religiões patriarcais mais ancestrais tentam controlar as mulheres a partir de táticas que deixa bem claro o seu objetivo, tratar a questão da sexualidade feminina eliminando-a. Conforme a analista de política Debbie Taylor ressalta, o pesquisador de temáticas sexuais Alfred Kinsey apontou que as doutrinas religiosas não tinham muita repercussão a respeito ao prazer sexual masculino, porém podiam utilizar de métodos como circuncisão para anular o prazer feminino, ou impor crenças e cobranças morais para que a mulher se sentisse culpada ou envergonhada de qualquer experiência nesse sentido. A sexualidade feminina é sufocada pela culpa de essência religiosa (WOLF, 1992).

As mulheres foram golpeadas ao mesmo tempo pelo mito da beleza, a segunda onda do feminismo e a sua revolução sexual. O mito da beleza foi um contra-ataque do sistema contra as mulheres, como uma estratégia de comprimir a natural sexualidade feminina. Sexualidade, esta, praticamente liberada pela grande circulação dos diferentes meios anticoncepcionais, aborto legalizado, extinção de um padrão imposto de como homens e mulheres deveriam se portar na vida sexual etc. Porém esse avanço foi freado novamente com rapidez pela nova onda vivaz em ascensão da pornografia da beleza e pelo sadomasoquismo, desenvolvidos para implementar a culpa, vergonha e a dor à experiência da mulher na área sexual (WOLF, 2019).

A pornografia da beleza pode ser visualizada quando uma usuária de rede social acessa o conteúdo de algum aplicativo. Wolf destaca que é fácil deparar-se com anúncios de marcas famosas de perfume, roupas de ginástica, lingerie, até mesmo de chuveiros nos quais mulheres estão em posições como apoiada “de quatro” na areia, com a região das nádegas para o alto, o rosto enterrado em uma toalha, os lábios afastados e olhos fechados; ou então, uma mulher sem roupa, com a área das costas e nádegas à mostra, encurvando a cabeça para baixo, na ponta de uma cama. A representação de um momento de excitação, antecedente do auge do momento sexual, o orgasmo. Logo, a pessoa conclui que necessita possuir aquela aparência caso queira sentir o que está sendo representado nos anúncios (WOLF, 1992).

A partir do que Wolf (2019) ressalta, o sadomasoquismo da beleza é dissemelhante, pois em variados anúncios de diferentes marcas e produtos mulheres aparecem em posições como: amordaçadas, presas, acorrentadas, penduradas de cabeça para baixo, fazendo gestos de imploração, ou representadas por bonecas com órgãos genitais expostos. Imagens como essas sofreram evolução com o passar do tempo. O que se passa na contemporaneidade, entretanto, é que ambos os sexos, os quais o histórico psicossocial não causaria uma erotização da violência sexual, estão acostumando-se a visualizar esse tipo de violência a partir do consumo de anúncios que naturalizam a pornografia e o sadomasoquismo da beleza. A cultura está apresentando o sexo como estupro, com o objetivo de que homens e mulheres se aproximem desse ato (WOLF, 2019) e que a sua naturalização aconteça, deixando e mantendo as mulheres em um estado vulnerável.

Assim, Wolf (1992) enfatiza que durante muito tempo a consciência da mulher girou em torno de uma rede construída por pontos como o trabalho (doloroso – o parto), o sexo (que podia matar), o amor (que machucava), a dor e a morte. A dedicação da mulher ao trabalho era dolorosa e vista como uma forma de amor. O que para o homem seria tortura, para a mulher era a única maneira de continuar a existir. Porém, com o passar da história, a relação

do sexo e da dor começou a desaparecer e com essa diferente e nova ausência do sofrimento feminino, o mito foi substituído pela beleza. Porque, ao longo da história, algo em ser mulher sempre doía, e o mito da beleza fez questão de isso não ser esquecido.

Conseqüentemente, uma mulher que se presume ser enferma de feminilidade não conseguiria adquirir uma cura permanente para a sua “doença”. Entretanto, uma mulher que se considera enferma de feiura feminina é, na contemporaneidade, persuadida de que é possível adquirir tal cura. Os cirurgiões estão realizando a reelaboração da saúde para a mulher como beleza, desorientando-a a partir do conceito de que a “beleza” é a saúde e, conseqüentemente, o que estiver comercializado como saúde, seja isso a dor, a fome ou a carnificina. Uma ótima temática para propaganda: o cuidado com a saúde. Afinal, quem não se preocupa com a saúde? Quem argumenta o cuidado com a saúde? Porém, o vício ao exercício físico resulta na anemia e na paralisação do desenvolvimento. O implante de silicone nos seios dificulta a detecção do câncer de mama. As mulheres adiam a mamografia, com receio de retirar um seio, e do preconceito que isto traz. Visto isso, o mito não adoce as mulheres apenas no corpo, adoce a mente. E, as mulheres são o maior número de diagnósticos de doenças mentais. A valorização da beleza física acima da saúde mental é nítida (WOLF, 2019).

Sendo a especialidade médica de maior ascensão no país, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial em cirurgias plásticas. Conforme a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (online, 2021):

Os EUA contaram com um aumento nos procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos, consolidando sua posição como o país número um do mundo em procedimentos cirúrgicos (14,7% do total de procedimentos cirúrgicos) e tomando a posição de liderança do Brasil com a maioria dos procedimentos não cirúrgicos realizados em todo o mundo (22,1% do total de procedimentos não cirúrgicos).

Isto posto, a função do corpo para o homem e para a mulher, do ponto de vista dos cirurgiões, não é a mesma. A partir do momento em que algum membro físico do homem, a coxa, por exemplo, tem um objetivo apenas funcional, para a mulher o objetivo é funcional e estético. A perna não serve apenas para andar, mas também para ser bonita e atraente. Não é difícil, partindo desse conceito, sentir-se deformada ou incapaz quando o seu corpo não possui os objetivos ideais determinados pelos membros da saúde e da medicina. Pelo mercado dos cirurgiões ser imaginário, pois não há erro no corpo e rosto das mulheres que uma mudança social (padrões, valores etc.) não pudesse resolver, há a necessidade destes de construir uma idealização do corpo da mulher, a partir da deformação da sua ordem natural, para ser comercializada. De forma que o ódio de si mesma seja intensificado (WOLF, 1992).

Assim como os conteúdos e anúncios dissipados na mídia pelas imagens midiáticas, de acordo com Wolf (2019), outros tantos conteúdos dirigidos às mulheres são dependentes do financiamento disponibilizados por cirurgiões, sejam os anúncios em mídias digitais ou até mesmo permuta em forma de cirurgias para influenciadoras digitais. Logo, os cirurgiões classificam como enfermidade a libertação das mulheres do mito da beleza. Pois a cirurgia estética muda os corpos de mulheres, gerados por mulheres, que constam como a maioria dos pacientes, em mulheres transformadas pela mão do homem, gerando lucros gigantescos para o mercado estético (WOLF, 2019). Portanto, é do interesse do mercado estético e daqueles que o compõe que as mulheres desgostem dos seus corpos, assim como disseminar como padrão um corpo cada vez mais inalcançável de forma natural e saudável.

Ao contrário do período entre o século XV ao XVII, no qual ventres avantajados e adultos eram valorizados, no início do século XIX, ombros e rostos rechonchudos estavam “na moda”, assim como coxas e quadris até o século XX. Todavia, conforme a historiadora de moda Ann Hollander, em sua obra *Seeing Through Clothes*, não houve algum outro momento da história, além da contemporaneidade e conforme a liberdade da mulher foi concedida sob aspecto jurídico, em que a aparência da mulher estivesse em um aspecto tão miserável, de esgotamento nervoso e doentio. A velocidade com que o novo modelo de corpo linear tomou o lugar da forma mais cheia de curva é espantoso, durante 1918 e 1925 (WOLF, 2019).

Os regimes alimentares e a magreza tomaram uma posição de ansiedade, desejo, inquietação e frenesi entre as mulheres, no período em que o direito ao voto – 1920 – foi concedido a elas. Durante o momento de regressão de 1950, as formas cheias e naturais da mulher foram admiradas por um curto período de tempo, pois a reclusão doméstica tomava todo o seu tempo e preocupação. E, logo esse prazer precisou ser asfiziado, quando as mulheres invadiram em série as bolhas masculinas, nos anos de 1960, por um novo utensílio social que mudaria os corpos femininos em algo que não se encaixava mais na vida doméstica: uma prisão (WOLF, 2019).

O desgosto por si mesma nasceu de forma rápida, coincidindo com o feminismo. Entre 1966 e 1969, duas pesquisas apontaram que houve um crescimento de 50% para 80% em meninas de ensino fundamental que se achavam gordas demais. Um estudo de 1985 ressalta que 90% das respondentes se consideram gordas demais. E que, a qualquer momento, 25% das mulheres estão fazendo dieta e, ao mesmo tempo, 50% estão finalizando, “furando” a dieta ou começando uma dieta. Apesar de terem herdado os sucessos do movimento feminista, as filhas dessas mulheres não estão em uma circunstância mais favorável em relação a essa angústia. Pois, como aponta uma pesquisa com meninas do ensino médio, 53% estavam

insatisfeitas com o seu corpo aos treze anos de idade, 78% estavam insatisfeitas com o seu corpo aos dezoito e acima dessa idade (WOLF, 1992).

Geradas para a competição, desde suas primeiras recordações, as meninas ligaram a feminilidade com a privação. A erotização já está sendo aplicada à fome, para as meninas, atualmente, como um caminho para a vida sexual adulta. Os alvos mais jovens do mito da beleza, desde a primeira infância, aprendem a não se alimentar e a vomitar a partir do que a nossa cultura repassa como mensagem, de uma forma avassaladora, causando consequências que não podem ser superadas independentemente de quanto apoio dos pais ou amor essa menina receba. Se a nossa cultura não alterar a mensagem repassada para essas meninas – a partir da valorização da mulher, com ou sem a questão da “beleza” – crianças irão se negar a comer, a partir do que elas aprendem como “o correto” da nossa cultura (WOLF, 2019).

Segundo a autora, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são doenças que impactam muito mais as mulheres, sendo 95% dos diagnósticos do sexo feminino. E a máfia da perda de peso seleciona as mulheres desde a infância, sendo os transtornos alimentares a sua herança. A anorexia nervosa caminhou junto do modelo gerado pelo mito da beleza: nasceu como uma doença de classe média nos Estados Unidos, disseminou-se para o leste e se alastrou para os níveis mais baixos da escala social. Os diagnósticos de mulheres com a doença aumentaram espantosamente no mundo ocidental nas últimas duas décadas. A mulher diagnosticada com anorexia atualmente é mais magra do que as que apresentavam a doença nas gerações anteriores. Porém, se a anorexia nervosa for relatada como um medo maníaco da comida e uma obsessão por ela, há uma possibilidade de um grande número das mulheres ocidentais da contemporaneidade, duas décadas após o começo da reação ao sistema, ser indicada como anoréxica mental (WOLF, 2019).

Segundo Wolf (2019), a gordura na mulher é foco de alvoroço público, e as mulheres se sentem culpadas e envergonhadas em relação à gordura, pois admitimos de forma implícita que, sob o império do mito, os seus corpos não são de sua propriedade, mas sim da sociedade, que a magreza não é um ponto da estética de cada indivíduo, e que a fome é uma abonação social cobrada pela sociedade. Uma obsessão cultural na magreza feminina não é uma preocupação com a beleza feminina, mas uma preocupação com a obediência das mulheres.

À vista disso, o mito da beleza é “[...] composto de distanciamento emocional, política, finanças, repressão sexual. O mito não tem absolutamente nada a ver com as mulheres. Ele gira em torno das instituições masculinas e do poder institucional dos homens.” (WOLF, 2019, p. 31). Consequentemente, é possível que uma doutrinação nas mulheres seja feita o mais cedo possível a partir do mito da beleza, e não apenas baseada no

imperialismo/construção cultural de gênero, pois desde o princípio da vida, os seres são guiados para ser parte da sociedade, a partir do que os pais do bebê imaginam, planejam e estruturam para esse ser, mesmo sem terem noção de seus gostos, de sua personalidade, de quais serão as suas conexões etc. Barreto, Araújo e Pereira (2009) apontam que todo esse planejamento pré-nascimento e conhecimento desse ser humano varia caso seja menino ou menina. E que, dependendo do conhecimento do sexo do bebê, isso irá impactar, por exemplo, a decoração do cômodo do bebê, a cor de suas vestimentas e objetos íntimos, a seleção dos brinquedos, como também das atividades de passatempo e brincadeiras. O lugar da criança é “desenhado” a começar pela entrega do envelope contendo o ultrassom com o sexo do bebê.

E, conforme os indivíduos crescem, com brinquedos, atividades de passatempo, atividades de lazer, utensílios estéticos, conexões feitas com seus pares e com os seres adultos, vão assimilando a separação de ações e trejeitos tradicionalmente masculinos ou femininos. Sendo assim, assimilam aquelas ações, trejeitos e pensamentos os quais vão de acordo com a sua maneira de pensar e com o seu gênero. Isso é imbuído nos seres desde a infância. O conhecimento das normas culturais edifica os seres como homens e mulheres. E se a sociedade deseja alcançar uma igualdade de gênero, junto de um mundo justo, os indivíduos devem prestar atenção para evitar educar meninos e meninas de formas extremamente diferentes (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009). Logo, a diferença na educação de meninos e meninas inicia desde bebês, sendo cada vez mais perceptível até a primeira infância.

3.2 A INFÂNCIA

O conceito de infância é originado das idealizações sociais, dessa forma, não é universal, ele se altera conforme o momento histórico e as distintas sociedades ou culturas: há várias infâncias multiformes, diferentes, únicas (BELLONI, 2009). Porém, nem sempre esse foi o cenário, pois a sociologia da infância “pegou” o ser *criança* em sua etapa *infância* como o foco de seus estudos e criou uma área de pesquisa/estudo, na qual os sociólogos e outros investigadores que adotaram essa linha de estudo empenharam-se para entender, e, desta perspectiva, criar a concepção de criança. É importante ressaltar que a infância, antecedente às análises da sociologia da infância, era marginal. Porém, não impedindo as crianças de atuarem no plano social, mesmo que essa atuação fosse encoberta por sua inseparabilidade da família ou da escola (FARIA; FINCO, 2011).

Logo, conforme Faria e Finco (2011), a nova visão sociológica julga as crianças como participantes de uma teia de conexões e relações que ultrapassa a família, a escola ou a creche. Sendo sujeitos sociais, elas são aptas de gerar transformações nos sistemas aos quais fazem parte, isto é, as questões políticas, sociais e econômicas intervêm em suas vidas da mesma forma que as crianças impactam o contexto social, político, econômico e cultural. Portanto, a infância é composta por sujeitos ativos, capazes e hábeis com propriedades e aspectos distintos dos adultos. “A sociologia da infância traz em seus movimentos inversões interessantes, [...] novas perspectivas sobre as crianças, um outro olhar [...], entre outros.” (FARIA; FINCO, 2011, p. 24).

Tendo em vista a infância como um período precedente, preparatório, estrutural, um trecho de transição, Faria e Franco (2011) afirmam que tal momento eclipsava as crianças nas conexões sociais feitas com adultos e ademais crianças. Porém todos estavam suscetíveis a transformações históricas e sociais. Conforme esse cenário, Belloni (2009, p. 116) complementa que

[...] até final do século XX, a criança não era considerada um cidadão com direitos, e estava mais ou menos ‘protegida’ do trabalho, embora essa proteção ou exclusão tenha ocorrido progressivamente e só é alcançada plenamente hoje nos países ocidentais ricos. A partir do século XVIII, todavia, no espaço privado, num movimento crescente que somente será invertido no final do século XX, a criança vai ser ‘protegida’ das questões adultas como o sexo e a violência, num sentido de preservar o ser em formação e formá-lo para o futuro, quando então se transformaria em cidadão.

A proposta de modernidade, inerente a um período histórico das sociedades ocidentais, carregou o sonho de liberdade e equidade entre os indivíduos (homens, mulheres, crianças), mas transportou também controvérsias, ambiguidades, contradições entre ideias, princípios, possibilidades e condições reais de sobrevivência, em meio à liberdade civil e ao liberalismo econômico, debatidas por vários grandes pensadores. Tais ramificações, ou oposições, percorreram o pensamento científico, o senso comum e as concepções sobre a infância. Portanto, a infância como é conhecida na modernidade capitalista principiou da repartição de trabalho em várias esferas díspares, e sua existência condiz com a concepção da infância fundamentada em dualidades antagônicas (divisão adulto/criança), assim como de hábitos tangíveis múltiplos e da ordenação concreta de entidades sociais específicas, como: escolas, creches, pediatria, hospitais etc. E para que o capitalismo conseguisse continuar com a sua evolução a caminho da industrialização e ao pagamento de salário para trabalhadores, um rearranjo duradouro do papel da família era preciso, para encaixá-la na sociedade industrial.

Nessa circunstância adiciona-se também o avanço do papel e das concepções conferidas à infância pelas múltiplas esferas sociais (BELLONI, 2009).

São as mudanças referentes à família, ao estado social da mulher, ao estatuto da criança e do adolescente e sucedidas no interior das transformações socioeconômicas das sociedades presentes que esclarecem a origem da infância como categoria social, que no presente é considerada importante. E, conseqüentemente, a prosperidade e progresso de uma sociologia temática aplicada à percepção, absorção e entendimento da infância, assim como as análises e reflexões nas ciências humanas de forma integral (BELLONI, 2009). Conseqüentemente, a sociologia da infância focalizou o estudo das crianças enquanto seres sociais ativos e não como indivíduos desimportantes, comparados aos adultos. Assim sendo, os pesquisadores da área esbarraram no efeito de tópicos políticos, econômicos, sociais, geográficos, históricos, entre outros, que impactam crianças e adultos na mesma proporção de problemas. Logo, tratava-se de pesquisar e compreender as conexões, vínculos, interações entre sujeitos contemporâneos e não mais indivíduos crescidos, adultos e indivíduos em devir (FARIA; FINCO, 2011).

Isso posto, a infância é uma ordem simultaneamente social e sociológica. É uma concepção elaborada para resolver um fenômeno social, sucedendo tanto na questão de caracterizações e modelos sociais quanto na área das ciências humanas. E as crianças são o cidadão que possui direitos e tem de ser visto como um ator social, personagem do seu movimento de socialização, um consumidor com poderio e propriedade, um ser emancipado em desenvolvimento, ou seja, que está em processo de aprendizagem (ou não) de desempenhar os seus direitos. Sendo assim, “infância” é uma classificação, ordenação, um grupo, isto é, uma confecção teórica que serve como utensílio conceitual para pesquisar e entender grupos sociais particulares, compostos por crianças e adolescentes reais (BELLONI, 2009).

Ainda na visão de Belloni (2009), a sociologia da infância busca estabelecer a infância como objeto sociológico, retirando-a das concepções biologistas. A formulação social da infância destaca um novo padrão de estudos. E, para edificar esse novo padrão, é preciso considerar determinadas variáveis, como: classe social, sexo, pertencimento étnico, como também gênero e as fases de desenvolvimento humano.

3.2.1 A primeira infância e os 7 anos: a transição

A percepção da criança e da infância na história, conforme Ariès (1986), parte do registro e contabilização da idade. Hoje os seres possuem hábitos de identidade civil com base em três pontos: no nome (que procede do mundo da fantasia), no sobrenome (que descende do mundo de tradição) e da idade (valor legalmente medível com uma exatidão aproximada de horas – resultado de um cenário diferente, o da precisão e do número). A anotação da data de nascimento nos documentos paroquiais foi obrigatória aos párocos da França por Francisco I, pois durante um longo tempo a contabilidade das idades e dos nascimentos mantiveram-se abstratas. Apenas no século XVIII é que os párocos passaram a preservar tais registros com precisão, ou com a noção de precisão que um Estado moderno demanda de seus operários de registro civil. Conseqüentemente, a importância individual da consciência de idade se concretizou conforme os reformadores religiosos e civis a instituíram nos documentos – partindo das classes mais instituídas da sociedade, isto é, as classes que conseguiam frequentar colégios (ARIÈS, 1986).

À vista disso, a ascensão da ciência, no decorrer da história, acarretou um grande impacto e muitas mudanças, pois “[...] a ciência havia permitido formular as correspondências e definir as categorias que elas ligavam. Mas essas correspondências [...] tinham deslizado do domínio da ciência para o do mito popular” (ARIÈS, 1986, p. 35). A idade do ser humano era uma área científica a qual fazia parte de um conjunto de descrição e explicação física, e os responsáveis por data-las eram os filósofos jônicos do século VI a.C. Tais informações foram revividas pelas obras medievais pertencentes aos registros do Império Bizantino, e que foram de inspiração até a impressão dos primeiros livros de divulgação científica do século XVI. Os textos da Idade Média sobre idade são numerosos. *Le Grand Propriétaire de toutes ehoses*, uma enciclopédia da época, já abordava a temática das idades, destacando a primeira idade como a “infância que planta os dentes”. E, nessa idade, o que deriva é nomeado de *enfant* (criança), que significa não falante, porque nessa fase o ser não consegue falar bem ou formular totalmente as frases, dado que não possui os seus dentes devidamente ordenados e firmes. Essa idade seria o período desde o nascimento até os sete anos (ARIÈS, 1986).

As idades foram cada vez mais associadas a períodos de desenvolvimento, principalmente físico-motor, ligados a atividades corporais. De acordo com Ariès (1986), essa concepção ficou quase inalterada entre os séculos XIV até XVIII. O autor ressalta que antes do século XIX não havia um denominativo para os primeiros momentos de vida de uma criança, pois, na época como a morte de crianças nos primeiros meses era algo recorrente, a

sociedade não possuía uma nomenclatura própria. A partir do século XIX, a língua francesa tomou emprestada da língua inglesa a palavra *baby*, que durante os séculos XVI e XVII indicavam crianças em idade escolar, e após esse período, a criança em seus primeiros momentos de vida recebeu um nome no francês: *bebé*. Posto isso, o autor destaca fases de brincadeiras, estudos e atividades como duas etapas separadas.

Primeiro, a idade dos brinquedos: as crianças brincam com um cavalo de pau, uma boneca, um pequeno moinho ou pássaros amarrados. Depois, a idade da escola: os meninos aprendem a ler ou seguram um livro e um estojo; as meninas aprendem a fiar. [...] Com o tempo, essas palavras se deslocariam e passariam a designar a criança pequena, mas já esperta (ARIÈS, 1986, p. 39).

A descoberta da infância se deu no século XIII, a partir do surgimento de pinturas de imagens de anjos; também era comum ser representada sob a figura de um menino ou Jesus e a Virgem Maria crianças. Por conseguinte, o desenvolvimento da infância pode ser visto na história da arte e da iconografia dos séculos XV e XVI. No século XVII, imagens de crianças sozinhas em retratos tornaram-se abundantes e populares. Como também, nesse momento, imagens de famílias em retratos (costume mais ancestral) voltaram a se ordenar em torno da criança, que se tornou o núcleo da formação. Logo, o século XVII foi importante para a evolução da temática da primeira infância, pois os indicativos de desenvolvimento da infância tornaram-se excessivos e importantes a contar do final do século XVI e no decorrer do século XVII. Esse episódio é afirmado pelos interesses tidos no mesmo momento, pelos costumes e pelos jargões das crianças. Uma vez que as crianças, nesse período, receberam novas nomenclaturas, como: *bambins, piúchouns e fanfans* (ARIÈS, 1986).

Não é comum, como aponta Ariés (1986), que os jargões das crianças fossem vistos na literatura popular. Porém, as referências aos jargões das crianças, no século XVII, tornaram-se numerosas. Podiam ser vistas em pranchas gravadas, representando um *putti* (menino gordinho e nu), por exemplo, ou em escritas de figuras históricas, como os da Marquesa de Sevigné descrevendo a sua neta: “Ela me abraça, me reconhece, ri para mim e me chama só de *Maman* (em vez de *Bonne Maman*) [...]” (ARIÈS, 1986, p. 68, grifo nosso). Tais trechos de infância literária, conforme o autor (1986), dizem respeito a panoramas de pinturas e registros sobre gênero do mesmo período, assim como a descobertas da primeira infância, do corpo, dos costumes e da linguagem da criança pequena.

A primeira infância é o intervalo que inclui os primeiros seis anos completos de vida da criança. Esse momento é destacado por diversos acontecimentos de desenvolvimento, que são impactados pela realidade na qual a criança está presente, pelas motivações e impulsos

que recebe e pela natureza, condição e qualificação das conexões afetivas que experiencia (PRIMEIRA..., 2017). Posto isso, nesse período ocorre o nivelamento das emoções e construção da personalidade. Todas as emoções sentidas nesse momento impactam o ser como um sinalizador para o resto da vida. Assim sendo, é recomendado a presença dos pais/responsáveis, a disponibilização de afeto e o suprimento de necessidades da criança, principalmente no primeiro ano de vida, que é o capítulo base de uma história que está sendo construída, possibilitando o desenvolvimento de emoções saudáveis dessa criança (PROJETO ÁRVORE DO BEM, 2021).

Em seguida, até os seis anos de idade os traços particulares e características próprias são edificados, isto é, a personalidade humana é formada na infância. O ciclo da formação da personalidade começa e termina na infância, portanto questões de boas ou más condutas são definidas nesse período. Após os seis anos, a criança passará por uma transição muito veloz, percorrendo por um reforço de personalidade a partir de tudo o que aprendeu e absorveu até o momento, até atingir o período da puberdade. Isto é, traços positivos e negativos poderão ser reforçados nesse momento, dependendo de suas vivências e relações, uma vez que a fase do reforço é a última fase da infância, precedente à adolescência (PROJETO ÁRVORE DO BEM, 2021).

Ariés (1986, p. 87) ressaltava o período de transição como o momento de ingresso das crianças ao ambiente escolar, assim que elas completassem 7 anos. “Tudo indica que a idade de sete anos marcava uma etapa de certa importância: era a idade geralmente fixada pela literatura moralista e pedagógica do século XVII para a criança entrar na escola ou começar a trabalhar.” A importância desse período, além do ingresso escolar e do princípio da socialização fora do ambiente familiar, tem início no desenvolvimento do

[...] julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, ‘fechando’ algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui (BRASIL, 2014, p. 64).

Contudo, os elementos familiares, no decorrer da primeira infância, exercem um papel fundamental na instauração das distinções nas habilidades cognitivas⁶ e não cognitivas (BRASIL, 2016). “Podemos assim falar de incorporação de um capital tão imaterial quanto o capital cultural, isto é, a herança cultural transmitidas pelos pais às crianças” (BELLONI,

⁶ Cognitivo é uma expressão que está relacionada com o processo de aquisição de conhecimento (cognição). A cognição envolve fatores diversos como o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória, o raciocínio etc., que fazem parte do desenvolvimento intelectual (COGNITIVO, c2011-2022).

2009, p. 98). Por conseguinte, ter um conjunto elementar de habilidades (cognitivas ou não) é um aspecto essencial para o funcionamento do ser como um indivíduo social e o estímulo de habilidades não cognitivas na primeira infância tem importantes efeitos para o desenvolvimento destas. A sinergia formada entre habilidades cognitivas e não cognitivas desenvolvidas também têm importância, pois geram habilidades subsequentes e repercutem no resultado do capital humano investido pelos pais e pelas crianças (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Crianças são seres totais e contextualizados, integrantes da sociedade, operantes nas famílias, escolas, creches e em outras localidades; compõem o mundo, incorporam-no e, simultaneamente, o impactam e geram significados baseados nele (BELLONI, 2009). Assim, o decorrer da formulação de personalidade da criança, desenvolvimento de habilidades (cognitivas ou não) e socialização fora do ambiente familiar varia muito e depende do contexto social que essa criança e família estão inseridos. As crianças fazem parte de classes sociais dissemelhantes, como também ao gênero masculino ou feminino, ao espaço geográfico onde moram, à sua cultura natal e a uma etnia e todos esses fatores impactam em seu desenvolvimento.

3.2.2 O gênero feminino na infância

Tanto a infância quanto o gênero são concepções construídas socialmente. Porém ambas são impactadas pela modelação do contexto social que as criou – uma sociedade contemporânea capitalista, patriarcal, machista, racista e elitista, assim como por suas desigualdades. Dessa forma, Belloni (2009) aponta que as vivências de gênero ocorrem desde a mais tenra idade, quando crianças aprendem a distinguir as características ditas femininas e masculinas. São ensinadas sobre as cores, os brinquedos, os papéis apontados como femininos e masculinos. E é aí que é apresentada a distinção que, em muitos momentos, está na origem das futuras desigualdades na fase adulta. E a infância, de acordo com Ariés (1986), já foi uma classificação por muito tempo desigual e benéfica primeiramente aos meninos de classe nobre. As meninas, assim como as crianças de classes mais baixas, permaneceram por mais tempo no sentido que as/os confundia com os adultos.

Dessa forma, o impacto das desigualdades nas meninas acontece muito mais cedo, muitas vezes no período em que a sua personalidade está em formação. Nesse período, há uma

[...] ‘incorporação’ das estruturas do mundo social pelo qual o corpo é tratado como suporte no qual se inscrevem as formas de existências ou condutas, diretamente sobre os corpos, sem passar pela consciência ou pelo intelecto. [...] A criança não incorpora apenas os aspectos puramente ‘corporais’, mas também as categorias de pensamento, as ‘estruturas cognitivas’, os ‘esquemas de percepção e apreciação’ as ideias de bem e de mal [...] (BELLONI, 2009, p. 97-98, grifo da autora).

Porém, as mulheres, por não terem muitos modelos representados no mundo real para se inspirarem, buscam, atualmente, nas telas da mídia digital. Esse modelo, que elimina as mulheres como indivíduos, perpetua-se a começar pela cultura da elite até a mitologia popular (WOLF, 1992). Isso se estende a valores repassados a meninas de idades muito pequenas, a partir de histórias, como parábolas que repassam supostos valores corretos. Para uma criança iniciando a socialização na cultura ocidental, tais histórias repassam que um herói batalha para obter audácia intelectual, progresso e bem comum. Porém, como uma futura mulher, é ensinado para a menina que a mais bela mulher do planeta foi gerada pelo homem, e que sua audácia intelectual causou aos homens a primeira doença e morte. Logo, tais parábolas perdem o sentido, conforme o mito da beleza desempenha o seu trabalho. O mito da beleza torna essa futura mulher descrente, referente à coerência moral das histórias de sua cultura (WOLF, 2019).

A menina pode entender que histórias sucedem com mulheres “lindas”, independentemente se elas são interessantes ou não. Entretanto, interessantes ou não, não há histórias com mulheres que não sejam “lindas”. Logo, uma contradição aparece ao modelo de uma “linda heroína”, pois o heroísmo se refere à construção de individualidade, de um ser interessante e dinâmico, ao mesmo tempo que a “beleza” é genérica, monótona e inerte (WOLF, 1992). Recorrente na educação de uma criança, como Wolf (1992, p. 80) afirma, “[...] esses primeiros passos na educação da menina sobre o mito a torna suscetível às heroínas da cultura de massa da mulher adulta”, ou seja, atualmente seriam as ícones das mídias digitais divulgadas por imagens midiáticas.

À vista disso, a economia construída a partir do modelo de feminilidade pelas revistas femininas (anterior ao *boom* da internet a partir dos anos 2000) quase foi derrubada pelo movimento feminista. No momento em que a dona de casa deixou para trás a Mística Feminina (idealização da mulher pacífica, obediente, cuidadora do lar e dos filhos, fruto da sociedade machista e patriarcal) pelo ambiente de trabalho, os anunciantes das revistas femininas bateram de frente com um dos seus piores cenários: a perda do seu principal consumidor. Em uma estratégia digna de reconhecimento, houve a substituição de uma cultura com o apontamento de um “problema” que até o momento não existia: o foco na

forma natural da mulher e sua ascensão ao cargo do dilema existencial feminino (WOLF, 2019).

Nasceu, então, o enraizamento moderno do mito da beleza, com base na indústria do emagrecimento (33 bilhões de dólares) e na indústria do rejuvenescimento (20 bilhões de dólares). Entre 1968 a 1972, a quantidade de artigos referentes a dietas cresceu em 70%. Matérias sobre dietas na imprensa popular cresceram de 60 (em 1979) para 66 apenas no mês de janeiro de 1980, assim como a censura das revistas femininas na imagem de qualquer mulher mais velha, pois os anunciantes que dissiparam a cultura feminina de massa necessitavam das mulheres se sentindo péssimas em relação ao próprio rosto e corpo. Sentindo-se péssimas a ponto de gastarem muito mais em produtos estéticos ineficazes ou procedimentos dolorosos do que investiriam para sentirem-se belas por natureza (WOLF, 1992).

Contudo, as revistas femininas manejaram, transpareceram e deixaram mais intenso o dilema de a beleza ser (e parecer de forma muito atrativa) um substituto para o poder e liberdade de ação das mulheres. Fizeram-no de uma forma que até mesmo os seus editores ficaram preocupados pela questão de que muitas de suas consumidoras não sabiam separar a “parte boa” do conteúdo construído e o que era elaborado conforme o mito da beleza (cuja posição seria basicamente econômica) em suas revistas. Os anunciantes se sentiam amedrontados com os efeitos de um jornalismo feminino de qualidade nas mulheres, portanto, as revistas femininas precisariam passar segurança de alguma forma. A revista necessita pagar pelo conteúdo que tem objetivo e temática séria, conteúdo este em benefício das mulheres. Porém isso ocorre com a publicação de matérias superficiais baseadas na beleza, a superficialidade da reação do sistema. Logo, a revista se dividiu em uma persona estruturada a partir do mito da beleza e do feminismo, da mesma forma que as suas leitoras (WOLF, 2019).

Esse conteúdo e persona migraram para as plataformas midiáticas digitais em diversos formatos, mas, em especial, através das redes sociais. E, na contemporaneidade, em quase todas as sociedades, as mídias, por meio das imagens midiáticas digitais e junto da publicidade, compõem um dos elementos mais significativos deste cenário, adentrando com grandes efeitos e decorrências importantes nas estruturas simbólicas da sociedade e na rotina das crianças (BELLONI, 2009).

3.3 A INTERAÇÃO DE MENINAS E IMAGENS MIDIÁTICAS

As imagens midiáticas digitais são sinônimo de um mercado econômico do qual a publicidade faz parte e é ferramenta. Esse mercado é dividido em vários nichos de conteúdo, composto por grandes corporações que buscam cada vez maiores números de penetração das imagens e lucros – seja por compra de produtos/serviços divulgados em propagandas, ou em números de audiência e/ou engajamento⁷ (dependendo do veículo de comunicação).

Na era moderna, com o impacto da industrialização, houve a “[...] necessidade de acelerar a produção, os produtos passaram a ser desenvolvidos sem tanta qualidade, primando pela quantidade e pelo lucro” (AZAMBUJA, 2016, p. 24), tendo como fruto o crescimento do consumo e, espontaneamente, da publicidade. E com a expansão das tecnologias digitais de comunicação, a propaganda também teve maior propagação a partir das imagens midiáticas, difundindo o seu público-alvo. Logo, novos consumidores entram em ação: as crianças.

A publicidade tem como objetivo incentivar e influir o público-alvo acerca da aquisição de produtos e serviços, interruptamente no círculo socioeconômico capitalista. Intenta a estimulação do público-alvo, a fim de torná-lo consumidor, por meio de estratégias minuciosamente estudadas por profissionais publicitários ou da área da comunicação. Logo, a publicidade é composta por cinco funções: “1) chamar a atenção; 2) despertar o interesse; 3) estimular o desejo; 4) criar convicção; e 5) induzir à ação” (MIRAGEM, 2013, p. 240).

De acordo com Salomão Filho e Cerezetti (2017), a publicidade é a forma mais habitual e acessível de propagação de informações para o público. Porém a agilidade e os recursos de interação com o público – na contemporaneidade, desfrutada pela intensa utilização da internet – abrangem riscos para o usuário receptor, particularmente no que é relativo a informações falsas por meio de publicidade inautêntica e inverídica. Para que isso fosse evitado, a publicidade deveria englobar apenas conteúdo informativo, mas não é o que acontece, pois, além de informação, a publicidade inclui um lado intenso de sugestão.

Contudo, Salomão Filho e Cerezetti (2017) ressaltam que sendo esse o contexto habitual das propagandas, converte-se em uma situação crítica no momento em que a publicidade se dirige ou entra em contato com um público que está em desenvolvimento,

⁷ O engajamento baseia-se no relacionamento entre usuário e marca, em uma ação principal: interação. A interação pode ocorrer de variadas formas, partindo dos seguidores: comentários em publicações de uma marca em uma rede social, o envio de mensagem para a marca/perfil através do *chat* da plataforma, o compartilhamento do conteúdo da marca em outras redes sociais, o salvamento de uma publicação da marca, entre outras. Nesse contexto, para gerar maior engajamento, o usuário/marca pode: responder comentários/mensagens do público, compartilhar conteúdos de relevância para o público-alvo, como também publicar conteúdo que o público pede, manter constância nas publicações etc. (MUNHOZ, 2020).

como ocorre com as crianças. Dessa forma, em termos jurídicos e no viés da publicidade na sua função informativa, Azambuja (2016) aponta que o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura às crianças e aos adolescentes o direito à informação por meio do artigo 71, no capítulo referente à “Prevenção”: “[...] a criança e o adolescente têm direito à informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos e produtos e serviços que respeitam sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento” (BRASIL, 1990).

Azambuja (2016) ainda acrescenta que mesmo que o Estatuto da Criança e do Adolescente garanta o direito à informação, o 71º artigo enfatiza o compromisso de consideração ao característico estado da criança como ser em desenvolvimento. E, assim sendo, Belloni (2009) destaca que a criança em seu desenvolvimento,

[...] ao mesmo tempo em que vai construindo essa concepção geral da sociedade, a criança vai forjando uma concepção clara de si mesma. O ‘eu’ e a ‘sociedade’, na experiência da criança, são duas faces da mesma moeda. A identidade de cada indivíduo não é, pois, algo pronto, dado e recebido, ela vai sendo atribuída e construída em atos de reconhecimento social.

Porém, ao mesmo tempo em que a criança depende de ações e do reconhecimento social para edificar a sua identidade, também se depara com “[...] a pressão social da busca pela forma física muitas vezes inatingível e o esforço pessoal extremo envolvido em um tratamento para redução de peso, causando conflitos entre corpo e mente, direcionando esses indivíduos a procurar [...] dietas da moda” (SUZUKI *et al.*, 2018, p. 235), escolhas alimentares não saudáveis, procedimentos estéticos invasivos e/ou perigosos etc.

Nesse contexto, Goulart e Carvalho (2017) ressaltam que a época das mídias sociais transportou na sua posse uma forte persuasão na forma que, em especial, as mulheres observam e idealizam os seus corpos desde quando são crianças, meninas. O impacto do mito da beleza na mídia, nas mídias sociais e na publicidade por meio das imagens midiáticas é perceptível conforme a beleza física é supervalorizada (acima de outras propriedades) junto da jovialidade e da condenação da imagem de mulher madura. Isto se soma ao que Giancomini Filho, citado por Azambuja (2016), enfatiza acerca da condição da publicidade ser um meio de efetuar as vontades, aspirações e interesses dos consumidores destituído de um olhar analítico/questionador desse seguimento, pois as aspirações econômicas corporativas serão colocadas acima das demandas sociais. Ou seja, a ampliação da produção, consumo e lucro são privilegiados e preferidos em desfavor de demandas sociais, como, por exemplo, a saúde e a educação. Assim sendo, resulta no que exemplifica Ruas (2017) referente à “[...] adultização precoce da menina”:

Não é difícil achar na mídia conteúdos que contribuem para que crianças assumam posturas e comportamentos de adultos. A antecipação e a ampliação da faixa etária que consome produtos femininos significam mais lucros para o mercado. Nos meios de comunicação e no dia a dia, encontramos desde lojas que vendem sutiãs com bojo para meninas e sapatinhos com salto até salões de beleza com serviços de adulto também para o público infantil. Da mesma forma, a imagem predominante na mídia é a da mulher erotizada, além de conteúdos com apelos sexuais constantes que acabam exercendo influência sobre o comportamento das crianças. Vale lembrar que a adultização chega para meninas [...] na medida em que as crianças precisam assumir responsabilidades e preocupações de adultos, como [...] vivenciar exigências da sociedade relacionados ao consumismo e ao ideal de perfeição (RUAS, 2017).

As mídias sociais são, atualmente, um dos meios de comunicação mais utilizados na contemporaneidade, e suas redes sociais são plataformas muito visadas pela publicidade, por meio das imagens midiáticas. A rede social YouTube é um desses exemplos, sendo a plataforma um meio tanto de consumo de conteúdo como também de produção de publicidade entre crianças. Motta (2020) frisa que no ano de 2015 a ESPM realizou um estudo que verificou os 100 maiores canais do Youtube Brasil e, naquele período, 32 canais eram assistidos ou produzidos por crianças na faixa etária de zero a doze anos, atingindo um total de 26 bilhões de visualizações. Nessa perspectiva, a coordenadora executiva da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, Andressa Pellanda, relatou que “[...] os youtubers mirins são uma nova categoria de trabalhadores infantis. E estão expostos aos riscos, violências e limitações do desenvolvimento inerentes desse tipo de atividade: erotização precoce e distúrbios de autoestima e autoimagem [...]” (YOUTUBER..., 2020).

Portanto, Azambuja (2016) salienta que não são em todas as situações que o objetivo da peça publicitária é benéfico para as crianças e para as suas vidas, resultando na indução/estímulo da obtenção e continuação de hábitos incertos e arriscados à saúde. E, de acordo com Goulart e Carvalho (2017), “gerando, com isso, grandes índices de distúrbios alimentares, depressões e distorções em relação a autoimagem”. Logo, no próximo capítulo serão analisados os distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares na infância, com base nos seus critérios diagnósticos, contextos e possíveis consequências.

4 DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA

Os distúrbios da imagem corporal (DIC) não possuem um diagnóstico próprio e são um composto dos sintomas de algumas condições de transtornos alimentares (TA), entre outros quadros da nutrição clínica. A definição dos DIC é composta de mudanças graves e contínuas em qualquer elemento, seja ele perceptivo ou atitudinal, da imagem corporal, gerando tormento e/ou danos a nível social, corpóreo e emocional. Eles impactam as práticas alimentares e razões para transformações comportamentais do ser, assim como a exposição de seus consumos alimentares para um profissional da prática clínica nutricional, entre outros, por exemplo (ALVARENGA; SOUZA; KORITAR, 2018).

Os transtornos alimentares (TA) são descritos, conforme a APA (2014), como um tumulto constante (na alimentação ou no proceder referente à alimentação que tem por consequência a ingestão ou absorvimento modificado de alimentos, dessa maneira, comprometendo consideravelmente a saúde física ou atividade psicossocial. Os transtornos alimentares explanados, conforme a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, são: “[...] pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar” (APA, 2014, p. 329).

À vista disso, os transtornos alimentares são transtornos mentais que podem influenciar em grandes consequências para a vida dos indivíduos que sofrem desse quadro. De acordo com Fleitlich-Bilyc (2008), a saúde mental das crianças é tudo o que engloba situação emocional e comportamental daquele ser. As disfunções de saúde mental na infância têm potencial de gerar forte efeito não apenas para o ser, como também para a sua família e sociedade, podendo resultar em múltiplas sequelas (pessoais e conjuntas), caso o indivíduo pertencente ao quadro de efemeridade não seja tratado o mais cedo possível.

4.1 DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal (IC) diz respeito à maneira como os seres reparam em sua fisionomia física e é constituída por múltiplos fatores, sendo a aparência física um ponto importante. A IC é formada pela percepção do corpo, assim como pensamento, emoções e atitudes vinculadas à aparência corporal. Além disso, é produzida por diversos exemplos históricos e pessoais, conforme relatos sobre o aspecto físico feito por pessoas próximas,

como amigos e família, ou a mídia, no decorrer da vida, sendo um peso importante na autoestima do ser (MULKENS *et al.*, 2012; MACHADO *et al.*, 2018).

A partir do início do século XX, houve os primeiros registros de estudos e pesquisas relacionadas à IC (ALVARENGA; SOUZA; KORITAR, 2018). E conforme Cash e Pruzinsky (2002) ressaltam, há quatro atos durante esse decurso: 1º ato – destacou-se pelo empenho clínico em entender os modelos de neuropatologias das experiências físicas; 2º ato – caracterizou-se pelos experimentos físicos nas alterações e desvios perceptivos, regidos por danos, irregularidades e degenerações cerebrais; 3º ato – particularizou-se pelos estudos perante a óptica psicanalítica e psicodinâmica; último e 4º ato – singularizou-se pela sugestão da teoria integrativa, conectando noções, bases e conhecimento de diversas áreas da psicologia experimental, tendo em consideração a vivência corporal como uma experiência de múltiplas dimensões (CONTI, 2008). Atualmente a literatura fundamenta-se nas concepções do 4º ato.

No Brasil, as pesquisas referentes à IC partiram do ângulo de análise dos TA, e a maioria dos estudos feitos até os anos 90 pretendia analisar a IC em um público em contexto clínico de diferentes formas e recursos. No ano de 1994, foi disponibilizado o Questionário de Imagem Corporal (*Body Shape Questionnaire – BSQ*) em língua portuguesa, para examinar a contrariedade e desagrado corporal em enfermos de TA – um episódio pioneiro das análises referentes à IC no Brasil, dado que, depois da apresentação da versão em português, o Questionário de Imagem Corporal transitou também para o uso como ferramenta de análise entre públicos não clínicos. (CORDAS; CASTILHO, 1994; FERREIRA *et al.*, 2014; ALVARENGA; SOUZA; KORITAR, 2018).

Conforme a exposição proposta por Slade (1994), é conectado à IC a imagem que o ser possui da dimensão, da fisionomia e dos arredores do seu corpo, como também dos sentimentos que dizem respeito a estes aspectos e aos elementos que o formam (FERREIRA *et al.*, 2014; SATO *et al.*, 2011; ALVARENGA; SOUZA; KORITAR, 2018). Com base nessa visão, a IC torna-se também uma reprodução dos desejos, dos sentimentos e do convívio social e não meramente uma produção cognitiva (CASH; PRUZINSKY, 2002). Sato *et al.* (2011) ressaltam, também, que a imagem corporal pode ser definida com base em dois elementos, o perceptivo e o atitudinal. O elemento perceptivo estabelece a precisão na avaliação, convicção e parecer da dimensão, da fisionomia e do peso do corpo, ao mesmo tempo que o elemento atitudinal implica três construtos, o afetivo, o cognitivo e o comportamental (FERREIRA *et al.*, 2014).

O construto afetivo refere-se à vivência de experimentar emoções respectivas ao corpo que revertem na análise e no parecer próprio de episódios, utensílios ou acontecimentos. Já o construto cognitivo concerne aos pensamentos que apontam um alto grau de senso crítico mental sobre o seu respectivo corpo. E o construto comportamental diz respeito aos comportamentos referentes ao próprio físico, tendo potencial de categorização como atitudes autodefensivas, estimuladas a precaver algum incômodo referente ao seu respectivo corpo ou esquivar-se de um sofrimento emocional (FERREIRA *et al.*, 2014).

Sendo assim, na visão científica, a imagem corporal pode ser situada em cinco pontos de vista, com finalidade de análise: 1- o aspecto social, direcionado à apresentação, feição e exterioridade corporal; 2- o aspecto psicodinâmico, em que a IC é a interpretação mental do próprio físico, sendo dinâmico e plurifacetado; 3- o aspecto cognitivo e comportamental, quando a IC é formada pelas experiências e impactos do passo do ser e os acontecimentos, procedimentos e andamentos do futuro; 4- o aspecto da teoria do processamento da informação, no qual a IC é uma espécie de propensão cognitiva que é definida e, simultaneamente, define diferentes e mais procedimentos cognitivos (como a aprendizagem, a informação, a atuação social e a autorrepresentação); e 5- o aspecto neurológico (CASH, PRUZINSKY, 2002; CAMPANA; TAVARES, 2009; ALVARENGA; SOUZA; KORITAR, 2018).

Por conseguinte, tanto o elemento perceptivo quanto o atitudinal são importantes para o diagnóstico de distúrbio de imagem corporal, pois os DIC são estabelecidos como mudanças abruptas e contínuas nesses pontos, ocorrendo em ambos os aspectos, de forma individual ou conjunta (ALVARENGA; SOUZA; KORITAR, 2018). Sato *et al.* (2011) explicam que o distúrbio no elemento perceptivo da imagem corporal é uma mudança na maneira como o ser identifica o próprio corpo, isto é, de maneira deturpada. Tal alteração tem a nomeação de distorção de IC, podendo impactar o corpo de maneira integral ou em direções particulares, partes isoladas do corpo. E o distúrbio atitudinal da imagem corporal é estabelecido como mudanças expressivas e constantes nas emoções e/ou pensamentos referente ao corpo e/ou nas atitudes direcionadas ao corpo.

Um exemplo comum de distúrbio atitudinal, conforme Sato *et al.* (2011), é a insatisfação física, que acarreta o lado avaliativo, determinado pela dissemelhança entre o corpo presente e o corpo idealizado pelo ser, e o lado afetivo, definido pela intensidade do sofrimento do ser em relação a essa dissemelhança. E, junto aos distúrbios atitudinais, também são considerados o menosprezo/desvalorização corporal, a evitação do corpo, a preocupação intensa com a fisionomia corporal, o pavor nocivo em engordar, a grande

evidenciação/importância do corpo, a verificação repetitória da fisionomia corporal e o forte investimento no corpo (SATO *et al.*, 2011). Dessa maneira, há indicadores do alívio referente à IC, como também da aparência física, ser um aspecto que desempenha maior persuasão na aspiração de emagrecer em vez da condição da saúde do ser (SARWER; THOMPSON; CASH, 2005). No entanto, essa circunstância ressalta a pressão social da procura utópica da “aparência corporal perfeita” e o forte empenho pessoal implicado em um processo ou terapêutica para a perda de peso, gerando confronto entre corporalidade e psique, e, também, conduzindo essas pessoas a buscarem processos instantâneos para a redução de peso, dietas que estão “em alta no momento” ou alternativas alimentares não saudáveis, impulsivas e inadequadas (TREASURE; CLAUDINO; ZUCKER, 2010; BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Sawaya (2018) comenta que propagandas de IC possuem atribuições significativas no controle do peso, assim como o aprendizado no decorrer do crescimento (até mesmo intrauterino) no cenário cultural, conforme a autoimagem obtida, a situação socioeconômica, familiar e do âmbito de trabalho, que atuam de duas formas no peso do corpo: tanto estimulando o ganho quanto a perda de peso. Nessa perspectiva, mesmo que algumas das funções dos sistemas reguladores neurais – como a sensação de necessidade ou querer comer, de saciedade e bem-estar, do crescimento ou diminuição da autoestima, da escolha de restrição alimentar ou do período “à vontade” e a escolha e execução de regras sociais e princípios – sejam conscientes e estejam “acordadas”, considera-se que o elo entre o que é consciente e as atitudes ativas pode ser minúsculo. Porém, conforme a autora, há diversas pesquisas que têm “[...] demonstrado a existência de comportamentos não conscientes aprendidos, e o que a pessoa relata não só dos fatores ligados ao peso/tamanho corporal ou condições fisiológicas saudáveis, mas também da memória afetiva.” (SAWAYA, 2018, p. 195).

A memória afetiva é construída a partir do primeiro laço social feito, o bebê com a mãe, uma vez que “[...] a alimentação de uma criança não é apenas uma atividade nutritiva; a refeição é um ato social que coloca a criança em contato com o mundo desde os primeiros dias de vida e constitui a base para a relação inicial mãe-bebê.” (COSTA; ROMANO; MORAIS, 2008, p. 21). E, através da alimentação, vai se desenvolvendo conforme as conexões geradas nas etapas da vida: a primeira infância, a segunda infância, a adolescência, a maturidade e a idade avançada (MOREIRA, 2011). Isso posto, no período da infância, Sawaya (2018) aponta que é próprio da criança o aprendizado a partir da inspiração e cópia de modelos, uma vez que essa é a forma mais habitual de aprendizagem. A criança, com forte

probabilidade, usa desse método de aprendizagem ao formar o seu hábito alimentar, como também outros hábitos de sua rotina (BIRCH; FISHER, 1998).

Tais indagações, de acordo com Sawaya (2018), apontam que os pais têm potencial de ser modelos determinadores para a formulação de conduta, atitudes, proceder, desempenho e costumes dos próprios filhos, possivelmente até mesmo no momento em que consomem alimentos excessivamente ou não saudáveis, igualmente quando seguem dietas repetitivamente, revezando com etapas de restrição alimentar e com fases “à vontade”, consumindo o que “bem entendem”. E, sabendo que a apresentação de um modelo é um vigoroso influenciador de comportamento, é notável em propagandas de alimento que usam modelos como bonecos ou personagens importantes e influentes às crianças ao relacionarem as suas imagens e ações para a comercialização de mercadorias. Diante disso, Pitanguy (2003) aponta que a mídia e suas imagens constantemente incentivam a relevância do exercício físico, do corpo belo e da saúde ideal, vinculando tais pontos com juventude e beleza. De maneira subliminar, através do conteúdo das imagens midiáticas digitais, é presumivelmente propagada a mensagem de que juventude, beleza, corpo e saúde ideais são as exigências fundamentais e almejadas para o indivíduo ser aceito socialmente e ter êxito em outras áreas de sua vida.

Porém o cenário nem sempre foi esse, dado que, no passado, o corpo, de maneira limitada e momentânea, era visto como a morada do indivíduo e não deveria ser enaltecido e ter uma importância maior do que a alma. A beleza, por sua vez, era avaliada como um “dom de Deus” e não como consequência de um investimento e exercício pessoal do ser sobre si próprio. Todavia, o ser contemporâneo procura e transforma-se, progressivamente mais, em “proprietário” de seu corpo (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014), conferindo a esse corpo a aptidão de instrumento de consumo, a partir do qual os componentes podem ser trocados, esboçados novamente, replanejados, moldados e modificados, correspondente às ânsias, interesses e vontades do indivíduo. Tal circunstância ocorre pelo esforço e investimento do corpo ser continuamente revisto, endireitado, alinhado, igualado, corrigido, harmonizado e ordenado, de maneira que a sua identidade se forma fundada nas propriedades físicas que porta ou que adquire, assim como dos significados que lhe são atribuídos (ALVARENGA; SOUZA; KORITAR, 2018).

Logo, Sawaya (2018, p. 192) acentua que ocorrências, acontecimentos e feitos “[...] que evocam a experiência do bem, da beleza e da verdade geram felicidade, exatamente porque promovem a correspondência entre essa exigência humana estrutural e a presença que possua essas características”. Porém, as definições de beleza transformaram-se conforme o

passar do tempo, alterando a concepção do que constitui as três exigências estruturais – o bem, a beleza e a verdade - que o ser humano constantemente busca responder. Sendo, então, os regimes culturais de beleza os encarregados e agentes da estipulação de padrões estéticos e da beleza corporal. E, apesar de ter uma ampla pluralidade no que diz respeito ao padrão de beleza no múltiplo cenário de culturas, existem padrões universais populares, que indicam determinados indícios de semelhança intercultural, no parecer da beleza do rosto e do corpo (DE BRITO; NAHAS; FERREIRA, 2018).

Portanto, na visão de Serassuelo, Scagliusi e Simões (2004), cada conjunto social admira e engrandece certos pontos da fisionomia humana como a sua “perfeição corporal”. Esses pontos são expostos e divulgados por vários meios, especialmente pela imagem midiática, sucedendo em ser um componente do imaginário social e passando a ser a ambição dos seres, os quais tomam medidas para atingir tal corpo. Alvarenga, Souza e Koritar (2018) ressaltam que a concepção do ideal corporal nunca foi tão inviável e inalcançável para a maior parte das populações, além de os padrões de beleza serem injustificáveis, afinal todos os seres possuem aparências distintas. Isso sucede, uma vez que a atualidade é regida pela onipresença de imagens de beleza e não há muito espaço para juízos, pareceres e análise, e a mídia elimina o limiar entre o que é ficção e o que é realidade. Logo, em um cenário de gigantescas imposições e cobranças, aquilo que “não é perfeito” perde espaço e a alta exigência por um aspecto/exterior perfeito está profundamente ligado a decepções, desilusões, insatisfações, como também está conectado com os DIC.

Desse modo, Sawaya (2018) acentua que a operação visual, entre outros sentidos, obtém informações do meio exterior e conduzem informações para a escolha de ações/arbítrios com intensas ligações com o complexo dos ofícios em rede cerebral, responsável por monitorar atividades e a estruturação emocional da memória, isto é, o sistema límbico e, principalmente, o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal, dentre outros núcleos nervosos. Logo, tais informações sensoriais são alteradas conforme lembranças de traumas, emoções, sentimentos afetivos e, em maior grau, no âmago do ser, do significado atribuído a vivências passadas e ao cenário social. Consequentemente, a conduta de indivíduos próximos, sejam familiares, amigos ou até mesmo modelos relacionados às imagens do ser podem ser vistas e compreendidas como significativo de “certo” ou “adequado”, e tais elementos sociais, com facilidade, vão além do domínio interno fisiológico do apetite e necessidade de comer, como também da saciedade.

Portanto, há indicadores do cérebro atender a impulsos, incentivos e escolha de ações/arbítrios de modo global, ou seja, para tal, usa de todos os núcleos nervosos ao

sistematizar as informações. Com isso, procura não apenas atender ao equilíbrio energético de escassez ou superabundância de energia, a partir da alimentação, mas também alcançar o conforto e contentamento afetivo (SAWAYA, 2018). Por isso, o ato alimentar engloba múltiplos fatores de maneira interna e externa, abraçando, além das funcionalidades orgânicas, as emocionais e cognitivas, os cenário social, cultural, histórico e financeiro. E, nessa perspectiva, Carneiro (2005) complementa que o ato de comer não ocorre de forma isolada ou independente. O hábito alimentar é visto como o berço da socialização, dado que na organização comunitária e grupal de se adquirir alimento, os seres humanos, com o passar do tempo, produziram variados componentes culturais (possivelmente, até a sua linguagem).

O primórdio da comensalidade é tão longo quanto os seres humanos, visto que até os seres sencientes não racionais a realizavam. A comensalidade entre os seres humanos surgiu a partir da prática de comer em grupo nas sociedades ancestrais (há, no mínimo, seis milhões de anos), dividindo o alimento, mesmo que em proporções desiguais. Porém, há distinção entre a comensalidade dos seres humanos e dos seres sencientes não racionais, afinal, a espécie humana destinou sentidos ao comportamento da divisão da comida e tais sentidos se transformam com o passar do tempo (CARNEIRO, 2005; NOGUEIRA; MELO; VASCONSELLOS, 2018).

Carneiro (2005) sublinha que, entre esses sentidos, as carências biológicas, os métodos econômicos e os significados culturais são alguns dos múltiplos fatores dos seres humanos, apontados pela história da alimentação, que estão interligados ao fato dos alimentos ganharem vastos significados no decorrer da história. Em vista disso, no que Sawaya (2018) frisa, há indícios de que o comportamento do ser humano, especialmente o alimentar, seja resultante de uma junção de informações referentes ao emocional do indivíduo, como também aos costumes/práticas/ações conscientes e inconscientes, consequentes de memória e experiências, reflexos condicionados, cópia de modelos/padrões socialmente consideráveis, assim como a precisão de defesa em momentos discordantes variados, possuindo o propósito final da procura do conforto e contentamento emotivo. Por esse motivo, fora todos os danos psicológicos e sociais ligados aos DIC, principalmente ao desagrado com a aparência corporal (NEIGHBORS; SOBAL, 2007), há um maior risco da pessoa que está sofrendo desse distúrbio já ter ou desenvolver um TA (ALVARENGA *et al.*, 2010; NEIGHBORS; SOBAL, 2007; FARHA; JANNOTTI; CACCAVALE, 2014).

Isso posto, de acordo com a APA (2013), os anseios referentes à IC, como também às DIC, são apontados como sintomas dos transtornos alimentares. Dessa forma, para uma

observação mais completa do cenário das DIC, analisaremos a seguir cada TA, assim como a sua repercussão na infância.

4.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES E A INFÂNCIA

A saúde mental de indivíduos entre a primeira infância, a segunda infância e a adolescência é definida por tudo o que integra a sua condição emocional e comportamental. As complicações de saúde mental na infância podem gerar importantes repercussões não apenas para a criança, como também para a sua família e âmbito social. Caso o ser debilitado não for tratado precocemente, há risco de graves consequências surgirem (FLEITLICH-BILYC, 2008).

Tais complicações de saúde mental não só geram sofrimento instantâneo, como também podem induzir crianças ao afastamento escolar e, como consequência futura, ter dificuldade para entrar em uma faculdade ou conseguir um emprego. Elas também estão suscetíveis a outros problemas psiquiátricos na vida adulta: o excesso e a dependência de álcool e drogas e possíveis dificuldades para criarem seus descendentes, resultando em grandes chances desses indivíduos se excluírem ou serem excluídos socialmente e do mercado de trabalho (GOODMAN, 2007 *apud* FLEITLICH-BILYC, 2008).

Conforme Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) apresentam, a partir da pesquisa epidemiológica realizada no início do século XXI, contabiliza-se que 12,5% de crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos já possuem, no mínimo, um transtorno psiquiátrico. A *American Psychiatric Association* (APA, 2013) afirma que os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que são capazes de prejudicar gravemente a saúde do corpo e da mente, com altos índices de morbimortalidade – “[...] significa, em outras palavras, aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos” (DIVULGAÇÃO..., 2020). Os TA são definidos por diversas atitudes alteradas e irregulares ligadas à alimentação, a partir de opiniões, pontos de vista, expectativas, “teorias”, sensações e convicções deturpadas sobre o comportamento alimentar, a relação com a comida e a composição corporal, incluindo o peso e o aspecto físico (APA, 2013). Há especificações para diagnóstico de seis tipos de TA, conforme o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5): “[...] pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar” (APA, 2013, p. 329).

O TA Pica, conforme a APA (2014), caracteriza-se pelo consumo de substâncias não nutritivas (giz, terra, sabão, cinzas de cigarro etc.), por, pelo menos, trinta dias. As substâncias consumidas podem variar com a idade. E a expressão “não alimentar” está presente, pois o TA não concerne a alimentos com pouco valor nutricional. Em geral, o enfermo não possui repulsa por alimentos como um todo. A ingestão de substâncias não alimentares inapropriadas para a fase de desenvolvimento também é um critério característico, pois “[...] sugere-se uma idade mínima de 2 anos para o diagnóstico de pica, de modo a excluir a exploração de objetos com a boca que acabam por ser ingeridos, normal no desenvolvimento das crianças pequenas” (APA, 2014, p. 330).

O TA de Compulsão Alimentar abrange eventos frequentes de compulsão alimentar, isto é, de alto consumo quantitativo de comida em um intervalo de tempo determinado – ou seja, a cada uma ou duas horas, o indivíduo ingere uma quantidade superior à que a maioria consome no mesmo período de tempo em cenários similares. O sentimento de descontrole sobre o consumo alimentar no decorrer do evento também é muito frequente, gerando, por exemplo, a sensação de não conseguir suspender a ingestão de alimento de maneira voluntária ou de não conseguir ter o controle do que está consumindo e da quantidade consumida. Os eventos de compulsão alimentar estão ligados a três ou mais dos subsequentes aspectos: 1- comer de maneira acelerada, mais rápida do que o comum; 2- ingerir alimento até se sentir desconfortável, demasiadamente cheio; 3- ingerir exorbitantes quantidades de comida sem a sensação física de fome; 4- comer desacompanhado pelo sentimento de vergonha referente à quantidade de alimento que está ingerindo; 5- Se sentir aborrecido consigo próprio, frustrado, melancólico ou extremamente culpado após um evento (APA, 2014).

Também, a APA (2014) evidencia que o TA de Compulsão Alimentar se caracteriza pelos sentimentos de aflição e infelicidade acentuados e a média de episódios acontecem, no mínimo, uma vez por semana em um intervalo de noventa dias. A compulsão alimentar não está vinculada a eventos frequentes de atitudes compensatórias indevidas, como na Bulimia Nervosa, e não acontece tão somente em quadros de BN e Anorexia Nervosa. O transtorno se baseia na periodicidade e repetição em que ocorre episódios de compulsão alimentar, logo, é identificado em níveis de gravidade, que podem ser aumentados de maneira que desencadeiem diversos sintomas, além dos principais, e afetem o grau de capacidade funcional. Desse modo, os níveis de gravidade são:

Leve: 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana. Moderada: 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana. Grave: 8 a 13 episódios de

compulsão alimentar por semana. Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana (APA, 2014, p. 394).

O TA de Ruminação refere-se à regurgitação contínua de comida no decorrer de um tempo mínimo de um mês. É possível que a comida mastigada seja remastigada, mais uma vez engolida ou cuspidada. A regurgitação caracterizada no TA não se reporta a um quadro médico gastrointestinal, como, por exemplo, refluxo gastroesofágico ou outra condição médica. E tal transtorno não acontece exclusivamente no decorrer dos TAs Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e TA Restritivo/Evitativo (APA, 2014).

Assim sendo, a APA (2014) ressalta que o TA Restritivo/Evitativo é definido por ser uma desordem alimentar exposta pelo insucesso em cumprir as carências nutricionais como também energéticas pertinentes à fase de desenvolvimento do paciente. E não há sinal de desordem na forma como o indivíduo se relaciona com o seu peso e/ou forma corporal. O TA Restritivo/Evitativo não ocorre de forma exclusiva no curso dos TAs Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa e a desordem não é justificada por falta de alimentos ou por um hábito cultural. Logo, outros fatores também são evidenciados:

1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças).
2. Deficiência nutricional significativa.
3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais.
4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial (APA, 2014, p. 334).

Por conseguinte, o TA Anorexia Nervosa (AN) retrata a redução e limitação da ingestão calórica no que tange às carências nutricionais, ocasionando um peso físico consideravelmente baixo (peso menor ao mínimo considerado normal ou, na condição de crianças, o peso menor do que o minimamente desejado) referente à faixa etária, gênero, curso do desenvolvimento e saúde corporal do ser. O TA está acompanhado de um medo profundo do aumento de peso e/ou engordar, ou atitudes constantes que interveem no ganho de peso, mesmo o indivíduo estando com um peso notadamente baixo, e, no caso de crianças, pode ocorrer fracasso em conseguir o ganho de peso ideal ou preservar um curso de desenvolvimento normal no lugar da perda de peso. Assim sendo, ocorre, também, com o enfermo o conflito na experiência com o próprio peso e/ou composição corporal, interferência imprópria do e no peso e/ou do aspecto corporal ou na inexistência contínua de admissão da seriedade de seu baixo peso presente (APA, 2014).

Há dois subtipos de Anorexia Nervosa, o tipo restritivo e o tipo compulsão alimentar purgativa. A AN do tipo restritivo, o indivíduo apresenta um quadro no qual a perda de peso é adquirida, principalmente, pela dieta, jejum e/ou atividade física intensa. E o enfermo, no

período dos últimos noventa dias referentes ao diagnóstico, não manifesta ocorrências contínuas de compulsão alimentar ou procederess purgativos (vômitos autoinduzidos, uso abusivo de laxantes, diuréticos etc.). Porém, no caso da AN do tipo compulsão alimentar purgativa, o ser, nos últimos noventa dias referentes ao diagnóstico, exibe situações recorrentes de compulsão alimentar e procederess purgativos (APA, 2014).

O TA Bulimia Nervosa (BN) caracteriza-se, segundo a APA (2014), com eventos usuais de compulsão alimentar e atitudes compensatórias indevidas frequentes com o objetivo de evitar o ganho de peso, como: vômitos autoinduzidos, uso exorbitante de laxantes, diuréticos, jejum, atividade física intensa etc. Tanto na BN quanto na AN “ocorrem em segredo ou da maneira mais discreta possível”, pois os “indivíduos com bulimia nervosa em geral sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder os sintomas” (APA, 2014, p. 346). A BN é classificada em níveis de gravidade, isto é, fundamenta-se na periodicidade e repetição em que ocorrem as atitudes compensatórias indevidas. O nível de gravidade pode ser alto de forma que espelhe demais sintomas e a qualidade de capacidade funcional. Portanto, os níveis de gravidade são:

Leve: Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana. Moderada: Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana. Grave: Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana. Extrema: Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana (APA, 2014, p. 345).

Isso posto, as especificações para diagnóstico dos transtornos de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar revertem em um sistema diagnóstico excludente, assim, ao longo de um evento singular, somente um dos diagnósticos pode ser concedido ao paciente. Porém um diagnóstico de pica pode ser designado junto a qualquer outro TA (APA, 2013).

A defesa para tal direcionamento de diagnóstico é que os TA divergem significativamente quanto trata-se de rumo clínico, desenredo, resolução, carência e/ou urgência de tratamento, apesar dos diversos fatores psicológicos, condutas e atitudes conciliantes (APA, 2013). Dessarte, a obesidade não está inclusa no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais na qualidade de um transtorno mental, pois

[...] a obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; dessa forma, ela não é considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações robustas entre obesidade e uma

série de transtornos mentais (p. ex., transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos) (APA, 2013, p. 329).

Dessa forma, não analisaremos a obesidade no decorrer do capítulo como um TA, uma vez que esta é relatada pela *American Psychiatric Association* (2013) como uma possível resultante de outros quadros de transtornos psiquiátricos, porém não um transtorno alimentar isolado. Fox e Joughin (2002) registram que na infância os TA refletem em mudanças do contato da criança com a alimentação e acontecem de maneira precoce na atividade clínica infantil. Os transtornos alimentares na infância diferem imensamente daqueles que ocorrem em adolescentes e adultos, pois possuem fontes, aspectos e caminhos de tratamento dissemelhantes.

Costa, Romano e Morais (2008) enfatizam que o hábito alimentar atua em conjunto e de forma fundamental para a comunicação. Conforme as circunstâncias nas quais o hábito alimentar é desenvolvido (exemplificando, a inflexibilidade de horários, as metas de quantidade de alimento consumido, a incerteza/ambiguidade/insegurança do local que a criança se encontra etc.), é possível da alimentação tomar a propriedade compensatória ou punitiva para os pais/tutores/cuidadores e atuar como um mecanismo de troca para a criança. E os autores afirmam que problemas com a alimentação, geralmente, representam em maior número um distúrbio sintomático do que um quadro nosológico. Porém no surgimento de danos, inconvenientes, malefícios e agravos no progresso intelectual, social ou físico/médico do ser, é preciso, então, um intermédio profissional.

No final do século XX, Bryant-Waugh e Lask (1995) frisavam que os acontecimentos e o predomínio dos TAs na infância não são precisos, pois não há muitas pesquisas que averiguem dados de dominância dos TAs nessa fase e que fixem parâmetros para diagnósticos precisos às crianças. Porém os estudos presentes na literatura no decorrer do século XXI já apresentaram importantes dados para a comunidade científica, sinalizando que o impacto dos TA na infância poderia ser trágico caso não houvesse um olhar para essa situação.

Em amostras clínicas, dois estudos que avaliaram crianças encaminhadas para centros de referência em problemas alimentares mostraram: em pré-escolares, 78% sofriam de Comer Restritivo e 34% de Comer Seletivo (DOUGLAS; BRYON, 1996; COOPER et al., 2002 *apud* COSTA; ROMANO; MORAIS, 2008, p. 23).

No quadro de diagnóstico de um TA em uma criança, além da análise de histórico médico, é importante a realização de exames físicos para descobrir a origem do transtorno

alimentar. Caso a verificação dos aspectos orgânicos não seja concludente, uma investigação minuciosa é imprescindível (COSTA; ROMANO; MORAIS, 2008). Assim, dado que todos os TAs, exceto o transtorno alimentar pica, são diagnosticados por exclusão, a anamnese (exemplo, Figura 4) é uma das ferramentas importantes para a construção do quadro do enfermo, pois “[...] no contexto clínico, se refere à manifestação de sintomas de um sujeito. É pela anamnese que se averigua o surgimento de sinais de uma possível complicação ou comorbidade, por exemplo” (O QUE..., 2021). Além disso, exames em laboratório não são descartados para verificar se houve e/ou há danos ou identificar outros diagnósticos, que devem ser analisados e ponderados de acordo com os dados da anamnese e do exame físico (COSTA; ROMANO; MORAIS, 2008).

Figura 4 - Seis perguntas que não podem faltar na anamnese

Seis perguntas que não podem faltar na anamnese
<ol style="list-style-type: none"> 1. Houve alguma intercorrência durante a gestação, no parto e puerpério? 2. Até que idade a criança foi amamentada? 3. O paciente apresentou / apresenta intercorrência clínica ou psiquiátrica já diagnosticada? 4. Quais são as regras para alimentação em casa (quantidade, local, horário, companhia para comer, reforços ou punições associados ao alimento, por exemplo)? 5. Há prejuízos no desenvolvimento intelectual, emocional ou clínico do seu filho desencadeados pela forma como se alimenta? 6. Há preocupação do paciente com ganho de peso ou alteração na imagem corporal?

Fonte: Costa, Romano e Morais (2008, p. 25).

Para crianças em risco de morbimortalidade devido ao estado nutricional (RASLAN *et al.*, 2008), a avaliação antropométrica é a técnica prioritária para o controle do desenvolvimento e identificação de desnutrição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Avaliações clínicas pondero-estaturais abarcam os gráficos de desenvolvimento pondero-estatural de crianças e pré-púberes, sobretudo como registro em quadros de perdas radicais. Portanto, são necessárias a supervisão e a assistência por, no mínimo, quatro meses para marcar e delinear variações, uma vez que o desenvolvimento corpóreo infantil não acontece de forma retilínea e incompleta. Ademais, para a avaliação da criança, no seu cartão de acompanhamento deve constar os desfechos (resultados, sequelas, efeitos, decorrências etc.) socioemocionais (COSTA; ROMANO; MORAIS, 2008).

Isso posto, a definição dos critérios diagnósticos dos TAs na infância possui múltiplas classificações em diversos manuais diagnósticos na literatura. Neste cenário, utilizaremos as

concepções da *American Psychiatric Association* (2014) para a exposição dos TAs, seus tipos, critérios diagnósticos, prevalência, desenvolvimento e curso, fatores de risco e prognóstico, questões diagnósticas relativas à cultura, questões diagnósticas relativas ao gênero, marcadores diagnósticos, consequências funcionais e comorbidade, presentes na quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5).

Quadro 1 - Desenvolvimento e Curso estabelecidos para Transtornos Alimentares

Tipo de Transtorno Alimentar	Desenvolvimento e Curso
Pica	A manifestação inicial de pica pode ocorrer na infância , na adolescência ou na idade adulta, embora a manifestação na infância seja mais comumente relatada . O transtorno pode ocorrer em crianças com desenvolvimento normal em outras áreas[...]. [...] O curso do transtorno pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (p. ex., obstrução intestinal, perda aguda de peso, intoxicação). O transtorno pode ser potencialmente fatal dependendo das substâncias ingeridas.
Transtorno de Ruminação	A manifestação inicial do transtorno de ruminação pode ocorrer [...] na infância [...]. A idade da manifestação inicial geralmente fica entre 3 e 12 meses. [...] O transtorno pode ser potencialmente fatal [...]. Pode ter um curso episódico ou ocorrer continuamente até ser tratado.
Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo	O transtorno alimentar restritivo/evitativo manifesta-se mais comumente em crianças do que em adultos e pode haver uma grande demora entre a manifestação inicial e a apresentação clínica. Fatores que desencadeiam a apresentação variam consideravelmente e incluem dificuldades físicas, sociais e emocionais.
Anorexia Nervosa	A anorexia nervosa começa geralmente durante a adolescência ou na idade adulta jovem. Raramente se inicia antes da puberdade ou depois dos 40 anos, porém casos de início precoce e tardio já foram descritos . [...] O início desse transtorno costuma estar associado a um evento de vida estressante [...]. O curso e o desfecho da anorexia nervosa são altamente variáveis. Indivíduos mais jovens podem manifestar aspectos atípicos, incluindo a negação do “medo de gordura”. [...] A hospitalização pode ser necessária para recuperar o peso e tratar complicações clínicas. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa sofre remissão dentro de cinco anos depois da manifestação inicial do transtorno. Entre os admitidos ao hospital, as taxas de remissão podem ser menores. A taxa bruta de mortalidade (TBM) para anorexia nervosa é de cerca de 5% por década. A morte resulta mais comumente de complicações clínicas associadas ao próprio transtorno ou de suicídio.
Bulimia Nervosa	A bulimia nervosa começa na adolescência ou na idade adulta jovem. A manifestação inicial antes da puberdade ou depois dos 40 anos é incomum . [...] A vivência de múltiplos eventos estressantes na vida também pode precipitar o aparecimento de bulimia nervosa. [...] A perturbação do comportamento alimentar persiste por muitos anos em uma porcentagem elevada de amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrências de compulsão alimentar. Entretanto, durante o seguimento, os sintomas de muitos indivíduos parecem diminuir com ou sem tratamento, embora o tratamento nitidamente tenha impacto na evolução. [...] A mudança diagnóstica de bulimia nervosa inicial para anorexia nervosa ocorre em uma minoria dos casos (10 a 15%). O diagnóstico deverá se basear na apresentação clínica atual [...].
Transtorno de Compulsão Alimentar	Pouco se sabe a respeito do desenvolvimento do transtorno de compulsão alimentar. Tanto a compulsão alimentar quanto a perda de controle

Tipo de Transtorno Alimentar	Desenvolvimento e Curso
	da ingestão sem consumo objetivamente excessivo ocorrem em crianças e estão associadas à maior gordura corporal, ganho de peso e mais sintomas psicológicos. [...]. O transtorno de compulsão alimentar parece ser relativamente persistente, e seu curso é comparável ao da bulimia nervosa em termos de gravidade e duração. A mudança diagnóstica de transtorno de compulsão alimentar para outros transtornos alimentares é incomum.

Fonte: elaborado pela autora (2021) com base em APA (2014).

Conforme os seis TAs apresentados pela APA (2014), em seus desenvolvimentos e cursos apontam que há especificação de manifestação na infância em quatro dos transtornos (pica, transtorno de ruminação, transtorno de restrição/evitação alimentar e transtorno de compulsão alimentar), e os dois não especificados (anorexia nervosa e bulimia nervosa) apontam ser atípico quadros com crianças. O transtorno de pica, o transtorno de ruminação e o transtorno alimentar restritivo/evitativo apontam a manifestação na infância como “comumente”; o transtorno de compulsão alimentar ressalta que acontece em crianças; o TA anorexia nervosa frisa que o episódio em crianças é raro, porém já foram registrados casos; e o TA bulimia nervosa afirma que o acontecimento em crianças é “incomum”.

A bulimia nervosa não é apontada com frequência como parte de transtornos na infância, como mostra no Quadro 1, mas pode-se enfatizar que “indivíduos que sofreram abuso sexual ou físico na infância têm um risco maior de desenvolver o transtorno”, apontado no Quadro 2 (APA, 2014, pp. 329-354). E a anorexia nervosa, apesar de no Quadro 1 ser enfatizado que a frequência na infância é rara, no Quadro 2 é apresentado que “[...] indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância estão em risco maior de desenvolver anorexia nervosa” (APA, 2014, p. 329-354).

Isso posto, de acordo com a APA (2014), os seis TAs expostos possuem critérios diagnósticos interligados, elaborando o cenário do transtorno referido e as características de comportamento e saúde do enfermo – no caso, as crianças. Nos critérios de diagnósticos há a análise do período em que ocorrem os comportamentos específicos do transtorno e as múltiplas atitudes vinculadas aos hábitos alimentares ou ao estado mental e emocional do indivíduo. Tais critérios diagnósticos são exemplificados no transtorno de compulsão alimentar e de bulimia nervosa: “Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida [e] A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais” (APA, 2014, pp. 329-354).

Também é retratado nos critérios de diagnósticos pontos referentes à saúde corporal da criança. Portanto, é apresentado nos casos de transtorno restritivo/evitativo e anorexia

nervosa: “Deficiência nutricional significativa” e “Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física” (APA, 2014, pp. 329-354). Por conseguinte, alguns dos TAs possuem critérios em comum, como o transtorno de pica e o transtorno de ruminação, em que ambos necessitam da recorrência de no mínimo trinta dias, da ingestão de substâncias não nutritivas (pica) e do comportamento de regurgitar (transtorno de ruminação) para tais acontecimentos serem considerados critérios de diagnósticos dos TAs apontados.

A prevalência dos TA é variável, sendo poucos (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) os transtornos que possuem dados concretos apresentados pela APA (2014). Nessa perspectiva, dois transtornos (pica e transtorno de ruminação) apontam a prevalência em um grupo específico, com deficiência intelectual; três transtornos apontam a prevalência em fases da vida, destacando a infância como fase de frequente manifestação (transtorno alimentar restritivo/evitativo); e dois transtornos enfatizam a fase da vida junto ao gênero, ou seja, jovens do sexo feminino (anorexia nervosa e bulimia nervosa). Porém, mesmo que no TA de bulimia nervosa esteja presente a prevalência em jovens do sexo feminino, é especificado que “[...] a prevalência-ponto é maior entre adultos, já que o transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta” (APA, 2014, p. 329-359). No transtorno de compulsão alimentar é apontado como prevalência o gênero e a etnia dos indivíduos, ou seja, “[...] mulheres de minorias raciais e étnicas quanto em mulheres brancas” (APA, 2014, p. 329-359), como também a prevalência em um grupo específico diferente do primeiro citado: “[...] indivíduos que buscam tratamento para emagrecer do que na população em geral” (APA, 2014, p. 329-359).

Posto isso, a análise de fatores de risco e prognóstico, relatadas no Quadro 2, apontam que, dos seis TAs, quatro transtornos possuem como fatores de risco e prognósticos o ambiente. Desses quatro TAs, a negligência é apontada por dois transtornos (o TA pica e o transtorno de ruminação), e é frisado no transtorno de ruminação que “[...] situações de vida estressantes e problemas na relação entre pais e filhos podem ser fatores predisponentes em [...] crianças pequenas” (APA, 2014, p. 329-354).

Gonçalves *et al.* (2013) destacam que a mídia desempenha grande persuasão nos hábitos alimentares das crianças. Porém a parte e a função da mídia, das imagens midiáticas e do mito da beleza – junto à idealização de um padrão estético no surgimento e progresso dos TAs – ainda não são nítidas. A autora aponta a pesquisa de Anschutz *et al.* (2009), do ano de

2009, com 245 meninas pré-adolescentes e que apresentou resultados variados de acordo com diferentes tipos de imagens midiáticas analisadas:

[...] um estudo com 245 pré-adolescentes do sexo feminino mostrou relação positiva entre o hábito de assistir novelas e canais musicais e a restrição alimentar e insatisfação corporal, havendo relação negativa entre o hábito de assistir desenhos animados e a restrição alimentar (GONÇALVES *et al.*, 2013, p. 98).

Nessa perspectiva, Gonçalves *et al.* (2013) apontam como fatores de risco dos TAs na infância: a mídia, o ambiente social e o ambiente familiar – uma vez que o efeito da mídia e do âmbito social foi relacionado, essencialmente, ao culto da magreza. Em seguida, conforme a APA (2014), idealizações referentes ao físico são destacadas nos transtornos anorexia nervosa e bulimia nervosa como fatores de risco ambiental (anorexia nervosa) e temperamental (bulimia nervosa): “A variabilidade histórica e transcultural na prevalência de anorexia nervosa corrobora sua associação com culturas e contextos que valorizam a magreza” (APA, 2014, p. 329-354) e “[...] a internalização de um ideal corporal magro aumenta o risco de desenvolver preocupações com o peso, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver bulimia nervosa” (APA, 2014, p. 329-354). Seguidamente, apenas metade dos TA (transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa e bulimia nervosa) apresentam fatores de risco temperamentais, sendo que em todos os TAs que possuem fatores de risco temperamentais, o fator “ansiedade” é unânime e, especialmente na bulimia nervosa, o “[...] transtorno de ansiedade excessiva da infância (DSM-III-R) está associado a um risco maior de desenvolver bulimia nervosa.” (APA, 2014, p. 329-354).

O fator genético e fisiológico está evidente em quatro TAs, sendo tal presença marcante no círculo familiar, por exemplo: maior risco do TA anorexia nervosa em “[...] parentes biológicos de primeiro grau” (APA, 2014, p. 329-354), a transmissão familiar (bulimia nervosa) e a presença do transtorno de forma conjunta na família (transtorno de compulsão alimentar). O desenvolvimento infantil, também uma característica importante da etiologia, é frisado por Costa, Romano e Morais (2008), a partir dos primeiros anos de vida. E os índices de crescimento, nos primeiros anos de vida (lactentes), são maiores quando comparados com outros períodos da infância. Nessa fase, a amamentação é fundamental, tanto pelos aspectos emocionais (desenvolvidos a partir dessa primeira conexão mãe-bebê) como também por contribuir para com a devida evolução da fala, mastigação e digestão (BRESOLIN, 2003).

Nesse período, é possível que cólicas, choro contínuo ou recorrente e alterações na função intestinal aconteçam, sem importantes efeitos, somados às regurgitações ou aos

vômitos pelo processo de deglutição prematura. Assim, tais processos cooperam para a alimentação do ser em desenvolvimento infantil ser um fator central de atenção dos familiares, principalmente se o bebê for prematuro, pois pode mostrar adversidades para o ganho de peso. Igualmente, ocorre a falta de maturidade no domínio dos acontecimentos ligados à nutrição/alimentação. Desse modo, integram grupos de risco para os transtornos alimentares. E elementos ambientais são influentes na magnitude desses indicativos, junto à atitude dos pais/tutores/responsáveis, que se torna um influxo positivo caso seja tranquilizadora para com o paciente, a criança (FELDMAN *et al.*, 2004).

Conforme Costa, Romano e Morais (2008), a transição entre o aleitamento materno e dieta sólida tem que ser feita paulatinamente e considerando os limites do bebê, posto em vista que é preciso certas ocasiões para o contato com o alimento inusitado para qualificar ou descartar a sua inserção no menu alimentar. Pois, para os seres já desenvolvidos, o sabor dos alimentos é óbvio, porém, para os bebês os efeitos das experiências palatáveis requerem identificação e compreensão, como, por exemplo, os sabores doce, salgado, azedo etc. Por conseguinte, frequentemente os responsáveis determinam a alimentação padrão da criança a partir da sua própria, induzindo o princípio de uma seleção alimentar; também pode ocorrer a rejeição do alimento por associação, através da cor, formato, cheiro etc., com um alimento ao qual a criança tem repugnância.

Desde o segundo ano de vida é essencial que os pais estejam esclarecidos e instruídos das carências e demandas alimentares principais do cotidiano de seu filho, pois há uma requisição calórica restrita e também uma apatia pela comida. Essa fase representa o período de curiosidade e descoberta do mundo, portanto a criança busca o contentamento a partir de outros fatores além da alimentação. Posteriormente, no decorrer da pré-puberdade, principia a retomada da velocidade do crescimento, tentando o estirão na puberdade. Nesse momento, mudanças na dieta são constantes, pela atuação dos hormônios. E, o maior consumo no hábito alimentar, não resulta em aumento de peso exagerado em todos os casos, pelo alto teor de metabolização (COSTA; ROMANO, MORAIS, 2008).

Quadro 2 - Fatores de Risco e Prognóstico estabelecidos para Transtornos Alimentares

Tipo de Transtorno Alimentar	Fatores de Risco e Prognóstico
Pica	Ambientais. Negligência, falta de supervisão e atraso do desenvolvimento podem aumentar o risco para essa condição (APA, 2013).
Transtorno de Ruminação	Ambientais. Problemas psicossociais, como falta de estimulação, negligência, situações de vida estressantes e problemas na relação entre pais e filhos podem ser fatores predisponentes em crianças pequenas

Tipo de Transtorno Alimentar	Fatores de Risco e Prognóstico
Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo	<p>(APA, 2013).</p> <p>Temperamentais. Transtornos de ansiedade, transtorno do espectro autista, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade podem aumentar o risco de transtorno alimentar restritivo/evitativo ou de comportamento alimentar característico do transtorno (APA, 2013).</p> <p>Ambientais. Fatores de risco ambientais para o transtorno alimentar restritivo/evitativo incluem ansiedade familiar. Taxas maiores de perturbações alimentares podem ocorrer em filhos de mães com transtornos alimentares (APA, 2013).</p> <p>Genéticos e fisiológicos. História de condições gastrintestinais, doença de refluxo gastroesofágico, vômitos e uma gama de problemas médicos foram associados a comportamentos alimentares característicos do transtorno alimentar restritivo/evitativo (APA, 2013).</p>
Anorexia Nervosa	<p>Temperamentais. Indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância estão em risco maior de desenvolver anorexia nervosa (APA, 2013).</p> <p>Ambientais. A variabilidade histórica e transcultural na prevalência de anorexia nervosa corrobora sua associação com culturas e contextos que valorizam a magreza. Ocupações e trabalhos que incentivam a magreza, como modelo e atleta de elite, também estão associados a um risco maior (APA, 2013).</p> <p>A influência da mídia e do ambiente social foi associada, principalmente, ao culto à magreza (GONÇALVES <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Genéticos e fisiológicos. Existe risco maior de anorexia e bulimia nervosas entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Também foi observado risco maior de transtornos bipolares e depressivos entre parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa, em particular parentes daqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa. As taxas de concordância para anorexia nervosa em gêmeos monozigóticos são significativamente mais altas do que as de gêmeos dizigóticos. Uma gama de anormalidades cerebrais foi descrita na anorexia nervosa usando tecnologias de imagem funcional (imagem por ressonância magnética funcional, tomografia por emissão de pósitrons). O grau em que esses achados refletem mudanças associadas à desnutrição versus anormalidades primárias associadas a esse transtorno não está claro (APA, 2013).</p>
Bulimia Nervosa	<p>Temperamentais. Preocupações com o peso, baixa autoestima, sintomas depressivos, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade excessiva da infância (DSM-III-R) estão associados a um risco maior de desenvolver bulimia nervosa (APA, 2013).</p> <p>Ambientais. Observou-se que a internalização de um ideal corporal magro aumenta o risco de desenvolver preocupações com o peso, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver bulimia nervosa. Indivíduos que sofreram abuso sexual ou físico na infância têm um risco maior de desenvolver o transtorno (APA, 2013, p. 329-354).</p> <p>A influência da mídia e do ambiente social foi associada, principalmente, ao culto à magreza (GONÇALVES <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Genéticos e fisiológicos. Obesidade infantil e maturação puberal precoce aumentam o risco de bulimia nervosa. A transmissão familiar</p>

Tipo de Transtorno Alimentar	Fatores de Risco e Prognóstico
	do transtorno pode estar presente, bem como vulnerabilidades genéticas para a perturbação (APA, 2013). Modificadores do curso. A gravidade da comorbidade psiquiátrica prediz uma evolução mais desfavorável de bulimia nervosa no longo prazo (APA, 2013).
Transtorno de Compulsão Alimentar	Genéticos e fisiológicos. O transtorno de compulsão alimentar parece comum em famílias, o que pode refletir influências genéticas adicionais (APA, 2013).

Fonte: elaborado pela autora (2021) com base em APA (2014).

Dentre os TAs, segundo a APA (2014), não há registro de questões diagnósticas relativas à cultura para o transtorno de ruminação. E apenas um (pica) dos cinco TAs apresentados possui como questão diagnóstica relativa à cultura o comportamento e não a localidade em que o TA prevalece. Já nos outros quatro transtornos estão em confluência as populações dos Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia. Os TA restritivo/evitativo, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar apresentam o Canadá como localidade em comum, assim como o TA anorexia nervosa e bulimia nervosa são pares referentes à população japonesa. Pode-se incluir outras populações, como a população europeia (transtorno alimentar restritivo/evitativo e bulimia nervosa), ademais populações asiáticas (anorexia nervosa) e populações da África do Sul (bulimia nervosa). Entretanto, não há registro referente a questões diagnósticas relativas à cultura descritas aos TAs na infância no DSM-5 em países da América do Sul e, em especial, o Brasil.

Quadro 3 - Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero estabelecidas para Transtornos Alimentares na Infância

Tipo de Transtorno Alimentar	Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero
Pica	A pica ocorre em ambos os sexos.
Transtorno de Ruminação	-
Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo	O transtorno alimentar restritivo/evitativo é igualmente comum em ambos os sexos na fase de lactente e na primeira infância; porém comórbido com transtorno do espectro autista é mais comum no sexo masculino.
Anorexia Nervosa	Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1.
Bulimia Nervosa	A bulimia nervosa é bem mais comum em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino. Os últimos estão especialmente sub-representados nas amostras que buscam tratamento, por razões que ainda não foram examinadas sistematicamente.
Transtorno de Compulsão Alimentar	A taxa de gênero é bem menos assimétrica no transtorno de compulsão alimentar do que na bulimia nervosa.

Fonte: elaborado pela autora (2021) com base em APA (2014).

A ocorrência nos TAs referentes ao gênero do paciente (Quadro 3) é retratada pela APA (2014) como ocorrente em ambos os sexos nos transtornos de pica, transtorno alimentar restritivo/evitativo e transtorno de compulsão alimentar. Porém nos TAs anorexia nervosa e bulimia nervosa, a ocorrência é mais comum no sexo feminino e não há registro de questões diagnósticas relativas ao gênero pertencente ao transtorno de ruminação.

O diagnóstico das TAs são realizados por meio da exclusão, porém Costa, Romano e Morais (2008, p. 24) apontam que “[...] exames laboratoriais podem ser solicitados para investigar perdas ou realizar diagnósticos diferenciais e devem ser avaliados conforme achados na anamnese e exame físico”, somados a marcadores diagnósticos (exames de imagem, exames de sangue, exames laboratoriais etc.) determinados para quadros de TAs – exceto o transtorno de compulsão alimentar e transtorno de ruminação, que não possuem apontamento de marcadores diagnósticos (APA, 2014). E, assim, a partir dos marcadores diagnósticos é possível um laudo muito mais preciso para um tratamento ideal para a criança.

Por conseguinte, a contextura das consequências funcionais dos TAs na infância apresenta de forma unanime o impacto no funcionamento social. Somente nos transtornos de pica e transtorno de ruminação é que a perturbação no funcionamento social não ocorre de maneira isolada (pica) ou precisa (transtorno de ruminação). Logo, a APA (2014, p. 329-354) ressalta a negativa repercussão no desenvolvimento do indivíduo como também aponta o efeito devido a um fato secundário que também atinge o desenvolvimento: “A desnutrição secundária à regurgitação repetida pode estar associada a atraso no crescimento e pode ter um efeito negativo no potencial de desenvolvimento e aprendizagem.”.

Além disso, a estrutura da família é frisada, quando a criança possui o transtorno de ruminação: “[...] prejuízo do desenvolvimento físico e dificuldades sociais que podem ter um impacto negativo significativo no funcionamento familiar” (APA, 2014, p. 329-354). E, no caso do TA anorexia nervosa, o impacto no papel social é relativo, pois alguns enfermos conseguem desempenhar o papel social e outros não, isolando-se; ora, do mesmo modo que o transtorno de ruminação, no TA bulimia nervosa e compulsão alimentar, a perturbação no papel social do paciente acontece de formas distintas.

Dessarte, é de comum recorrência que os TAs aconteçam em constância de comorbidades (Quadro 4), como os transtornos mentais e transtornos de humor, por exemplo. As comorbidades mais presentes são o transtorno de ansiedade generalizada (presente em cinco dos seis TAs, exceto no TA pica), assim como o transtorno de espectro autista e o transtorno de desenvolvimento intelectual nos TAs pica e o transtorno alimentar restritivo/evitativo. Transtornos depressivos e bipolares também são comorbidades em mais

de um TA, sendo presentes em anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. E, neste entrecho de condições comórbidas, o diagnóstico multiaxial dos TAs é destacado por Costa, Romano e Morais (2008) como uma estratégia diagnóstica, classificando as comorbidades em eixos, como mostra a figura 5.

Quadro 4 - Comorbidades estabelecidas para Transtornos Alimentares na Infância

Tipo de Transtorno Alimentar	Comorbidade
Pica	Os transtornos mais comumente comórbidos com pica são transtorno do espectro autista e deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) e, em um grau menor, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. A pica pode estar associada à tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e transtorno de escoriação (<i>skin-picking</i>). Em apresentações comórbidas, a pele ou o cabelo são geralmente ingeridos. A pica também pode estar associada ao transtorno alimentar restritivo/evitativo, em particular em indivíduos com forte componente sensorial à sua apresentação. Quando um indivíduo sabidamente tem pica, a avaliação deverá considerar a possibilidade de complicações <u>gastrointestinais, intoxicação, infecção e deficiência nutricional.</u>
Transtorno de Ruminação	Regurgitação com ruminação associada pode ocorrer no contexto de uma condição médica ou outro transtorno mental concomitante (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada). Quando a regurgitação ocorre, nesse contexto, um diagnóstico de transtorno de ruminação é apropriado apenas se a gravidade da perturbação exceder os sintomas associados a tais condições, possuir transtornos integrativos e justificar atenção clínica adicional.
Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo	Os transtornos comórbidos mais comumente observados com transtorno alimentar restritivo/evitativo são transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos do neurodesenvolvimento (especificamente, transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e deficiência intelectual [transtornos do desenvolvimento intelectual]).
Anorexia Nervosa	Transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade em geral ocorrem concomitantemente com anorexia nervosa. Muitos indivíduos com anorexia nervosa relatam a presença de um transtorno de ansiedade ou de sintomas previamente ao aparecimento de seu transtorno alimentar. O TOC é descrito em alguns indivíduos com anorexia nervosa, especialmente naqueles com o tipo restritivo. O transtorno por uso de álcool e outras substâncias pode também ser comórbido à anorexia nervosa, sobretudo entre aqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa.
Bulimia Nervosa	A comorbidade com transtornos mentais é comum em indivíduos com bulimia nervosa, com a maioria sofrendo de pelo menos um outro transtorno mental e muitos sofrendo de múltiplas comorbidades. A comorbidade não se limita a algum subgrupo especial, mas passa por uma ampla gama de transtornos mentais. Existe uma frequência maior de sintomas depressivos (p. ex., sentimentos de desvalia) e transtornos bipolares e depressivos (sobretudo transtornos depressivos) em indivíduos com bulimia nervosa. Em muitos, a perturbação do humor começa concomitantemente ou em seguida ao desenvolvimento de bulimia nervosa, e os indivíduos afetados muitas vezes atribuem suas perturbações do humor a esse transtorno. Entretanto, em algumas pessoas, a perturbação do humor claramente precede o desenvolvimento de bulimia nervosa. Pode haver também frequência maior de sintomas de ansiedade (p. ex., medo de situações sociais) ou transtornos de

Tipo de Transtorno Alimentar	Comorbidade
	ansiedade. Essas perturbações do humor e ansiedade com frequência cedem depois do tratamento efetivo para bulimia nervosa. A prevalência ao longo da vida de uso de substâncias, particularmente álcool ou estimulantes, é de pelo menos 30% entre indivíduos com bulimia nervosa. O uso de estimulantes começa com frequência como uma tentativa de controlar o apetite e o peso. Uma porcentagem substancial de indivíduos com bulimia nervosa também apresenta aspectos da personalidade que satisfazem os critérios de um ou mais transtornos da personalidade, com mais frequência transtorno da personalidade borderline.
Transtorno de Compulsão Alimentar	O transtorno de compulsão alimentar está associado à comorbidade psiquiátrica significativa comparável à da bulimia nervosa e da anorexia nervosa. Os transtornos comórbidos mais comuns são transtornos bipolares, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e, em um grau menor, transtornos por uso de substância. A comorbidade psiquiátrica está ligada à gravidade da compulsão alimentar, não ao grau de obesidade.

Fonte: elaborado pela autora (2021) com base em APA (2014).

Figura 5 - Diagnóstico Multiaxial dos TAs

Diagnóstico Multiaxial dos Transtornos da Alimentação	
Eixos	Diagnósticos de Transtornos da Alimentação
I	Transtorno da alimentação entre pais e criança; transtorno(s) do Eixo I co-morbido(s); taxa de impacto no relacionamento alimentar (nenhum, leve, moderado, grave)
II	Transtorno de personalidade de pais; transtorno de desenvolvimento de pais e/ou criança
III	Condições médicas gerais de pais e/ou criança
IV	Problemas psicossociais (DSM-PC ou DCO-3R)
V	Avaliação global do funcionamento de pais e criança considerados separadamente; escala 0-100
VI	Escala de avaliação global de relacionamento pais-criança (PIR-GAS; DCO-3R); escala 0-100; Quando a PIR-GAS for menor ou igual a 40, incluir <i>Relationship Disorder Classification</i> (DCO-3R): hiperenvolvido, subenvolvido, ansioso/tenso, agressivo/hostil, misto, verbalmente abusivo, fisicamente abusivo, sexualmente abusivo.

Fonte: Costa, Romano e Morais (2008, p. 30).

A relação pais e filhos, funcionabilidade social e questões íntimas da criança (como o estado emocional, a saúde física e mental) podem ser pilares para a origem dos TAs na infância, dado que Costa, Ribeiro e Morais (2008) destacam que o estudo etiológico do TA no paciente abarca fontes parentais, elementos ambientais e pontos intrínsecos à criança. Logo, individualidades na infância carecem serem apontadas e marcadas, tal como heranças genéticas, pois “[...] muitas vezes os pais percebem o crescimento do seu filho como problema, porém não levam em consideração sua própria constituição genética” (COSTA;

ROMANO, MORAIS, 2008, p. 34), sendo que propriedades referentes à “qualidade e à quantidade (taxa)” de desenvolvimento físico das crianças é herdado geneticamente (COSTA; ROMANO, MORAIS, 2008).

Desse modo, para uma eficácia etiológica, na realização da anamnese de um quadro de TA na infância, é preciso averiguar o parâmetro de crescimento na infância da mãe e do pai do paciente, por exemplo. Tal averiguação aplica-se a outras características corporais, psicológicas e emocionais, dependendo do quadro e patologia analisada. Por conseguinte, costumes intrínsecos à cultura, equívocos e descuidos para com a alimentação, efeitos da urbanização e hábitos referentes à prática de exercício físico estipulam variações “quantitativas e qualitativas” no consumo calórico da criança. E a desordem nas horas de refeição (com atitude demasiadamente controladora dos pais/tutores/responsáveis), relacionamento tumultuoso no convívio dos pais e histórico materno de TAs igualmente coadjuvam no aspecto etiológico dos TAs na infância (COOPER *et al.*, 2004).

À vista disso, Russel (1992) complementa que o curso dos TAs e a reação ao tratamento estabelecido é mais ligado a particularidades clínicas como o período de durabilidade do TA, intensidade e emergência dos sintomas, idade do princípio do transtorno, comorbidades, razão e estímulo ao tratamento. Schoemaker (1997) destaca que a durabilidade do TA é avaliada entre o surgimento do quadro clínico e o princípio do tratamento. E, de acordo com pesquisas presentes na literatura, Fleitlich-Bilyc (2008) aponta que há uma propensão a crer que, conforme o tempo de duração do TA for menor, a probabilidade de um bom retorno ao tratamento é maior.

Na maior parte dos casos, conforme Costa, Romano e Morais (2008), em quadros de TAs na infância é recomendado tratamento multidisciplinar, incluindo: psicoterapia para o paciente (individual), como também em conjunto com a família (familiar); terapia cognitivo-comportamental (TCC); intermédios psicofarmacológicos e psicossociais. Ademais, o tratamento dos transtornos alimentares na infância também acarreta fundamentalmente diligências não farmacológicas, essencialmente mudanças ambientais. Em casos de síndrome psiquiátrica simultânea, a utilização de psicofármacos necessita de avaliação em cada um dos casos presentes, porque análises de boas respostas com intervenções psicofarmacológicas em tratamentos de TAs ocorrem a longo prazo (BERGER-GROSS *et al.*, 2004; BANERJEE *et al.* 2005).

Costa, Romano e Morais (2008) complementam que, depois da apuração clínica e do tratamento dos TAs, carece ser estimulada a presença e a participação dos pais/tutores/responsáveis em equipes/turmas psicoeducacionais. Os autores apontam

instruções para o quadro de recuperação dos transtornos alimentares na infância, como: o respeito da criança ter predileções, repulsões e alterações na fome e vontades alimentares; ofertar a comida em pequenas porções para incentivar o indivíduo a comer; não agir de forma agressiva com ameaças, punições ou forçar a criança a comer, como também não propor recompensas, pois reforça a rejeição à comida e promove o esgotamento nos pais e filhos; não redirecionar a atenção para o “aviãozinho ou trenzinho”, porque tais ações prejudicam a assimilação da criança para com os alimentos; evitar distrações no local de refeições, por exemplo, televisões ligadas ou uso de celulares; não expor aborrecimento, indignação ou aflição caso a criança recuse o alimento, dado que a criança pode notar e operar o hábito alimentar como “moeda de troca”.

A criança necessita se sentir à vontade e cômoda nas horas da alimentação, assim como é recomendado estipular a duração do período e o horário para as refeições e evitar que o oferecimento de alimentos não aconteça a todo momento. É indicado que, quando possível, as refeições sejam feitas coletivamente, em família, pois os pais são meios de exemplo em termos de relacionamento com a comida e é fundamental para o desenvolvimento dos padrões alimentares nos filhos. Exibir e divulgar os alimentos de forma prazerosa, com texturas e tamanhos ideais para a idade da criança, contribuindo o exercício de assimilação dos alimentos e escapando do tédio relativo aos alimentos. E não camuflar os componentes nutricionais no prato é essencial, porque os pais devem passar segurança para a criança conhecer novos alimentos (ABREU; FISBERG, 2003; ANCONA, 2003; COSTA; ROMANO; MORAIS, 2008).

Assim, os TAs na infância são impactados por fatores ambientais, culturais e de gênero que são partilhados nas DIC, porém também são fatores causais. Os TAs possuem múltiplos critérios diagnósticos, prevalência, desenvolvimento e curso, fatores de risco e prognóstico, marcadores diagnósticos, consequências funcionais e de comorbidade, que interatuam junto a questões vinculadas à cultura (âmbito social), ao gênero e à família (âmbito social e genético). Logo, o percurso e tratamento para os TAs na infância são multidisciplinares, interagindo no pilar familiar, no pilar social e no pilar emocional, dependendo da dedicação e da progressão de bons resultados para uma recuperação.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Bastos e Ferreira (2016, p. 11) apontam que a “[...] metodologia é a forma pela qual se constrói o conhecimento, [...] é preciso reconhecer que segue um determinado percurso, com uma determinada organização, um determinado processo”. Logo, para compreender os objetivos apresentados, e responder ao problema de pesquisa, a pesquisa qualitativa foi selecionada como estratégia metodológica, proporcionando uma capacidade fluida de contextualidade por ser apanhada de um ambiente orgânico proveniente, “real” (GRAY, 2012). As pesquisas qualitativas podem ser acompanhadas de outro método de exploração, que, neste caso, será apresentado a seguir junto do método qualitativo optado.

5.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Como meio de construção do referencial teórico, a pesquisa bibliográfica “[...] é o planejamento global inicial e qualquer trabalho de pesquisa que vai desde a identificação, localização e obtenção da bibliografia pertinente sobre o assunto” (DUARTE *et al.*, 2015, p. 51). A pesquisa bibliográfica ampara a identificação de assuntos, teorias, discussões pertinentes para o tema da pesquisa, como também os atores principais e reputados na área. Conforme a verificação da bibliografia é possível estabelecer se a temática é muito ampla ou se já foi muito estudada, se as pesquisas anteriores não obtiveram resultados ou se há hiatos nestas que seriam válidos completar etc. (GRAY, 2012). Dessa maneira, essa estratégia metodológica permite uma visão abrangente da área da temática escolhida, dando embasamento teórico a partir do levantamento, fichamento e sistematizações do conteúdo tratado, “[...] de forma a evidenciar o entendimento do pensamento dos autores, acrescido de suas próprias ideias e opiniões” (DUARTE *et al.*, 2015, p. 51).

A pesquisa bibliográfica, junto da escolha da temática e seu universo e do estabelecimento da metodologia, dispuseram, de maneira primordial, nesta pesquisa, as bases para avançar no caminho para atingir o objetivo geral e alcançar os objetivos específicos apresentados. E, a pesquisa bibliográfica trabalha de forma complementar com a estratégia metodológica escolhida, a entrevista em profundidade, que será retratada a seguir.

5.2 ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

A entrevista em profundidade, aponta Bastos e Ferreira (2016, p. 156-157), é uma “[...] técnica para coleta de dados, [...] e ela envolve maior profundidade na comunicação estabelecida, sendo considerada um instrumento qualitativo.”. De acordo com Gray (2015), há múltiplas situações onde a entrevista em profundidade é a ferramenta de pesquisa ideal, principalmente em casos onde a pesquisa for predominantemente exploratória, abordando a análise de emoções e ações. Complementam Arksey e Knight (1999, p. 32 falta referência): “A entrevista é uma forma poderosa de ajudar as pessoas a explicitar as coisas que até então estiveram implícitas – formular suas percepções, seus sentimentos e seus entendimentos tácitos”.

Logo, a entrevista em profundidade tem a capacidade de ser uma técnica eficaz para tratar de temáticas herméticas, possibilitando uma produção fundamentada em explanações da perspectiva e vivências. As entrevistas em profundidade são, habitualmente, individuais e caracterizadas como abertas, semiabertas ou fechadas. As entrevistas abertas partem de um tema geral, mas sem um itinerário delimitado do diálogo, e as semiabertas baseiam-se em um tema geral, um roteiro base e dando liberdade ao pesquisador de fazer questionamentos além daqueles que estão no roteiro. Diferente das entrevistas fechadas, que possuem um itinerário estabelecido, questionários estruturados (aplicam-se a pesquisas quantitativas) (DUARTE *et al.*, 2015), onde as perguntas são fixas, inalteráveis e o pesquisador não pode adicionar mais questões ao longo da entrevista.

Isto posto, conforme os pressupostos apresentados, foi realizado o campo de entrevistas em profundidade desta pesquisa, com profissionais da rede pública e particular de saúde que tratam de crianças com TA, no ano de 2021, que será explicitado a seguir.

5.3 PROFISSIONAIS E FAMILIARES/RESPONSÁVEIS: O CAMPO

Duarte *et al.* (2015, p. 68) destacam que “[...] uma boa pesquisa exige fontes que sejam capazes de ajudar a responder sobre o problema proposto. Elas deverão ter envolvimento com o assunto, disponibilidade e disposição em falar”. Nesta perspectiva, com o intuito de ter um primeiro contato e conhecimento do campo, a partir do objetivo geral de analisar a participação da imagem midiática, sobre o corpo infantil, nos distúrbios de imagem corporal derivados dos transtornos alimentares na infância, a partir da visão de profissionais que tratam de tais quadros; a autora realizou, no seu primeiro ano de mestrado, no segundo

semestre de 2020, entrevistas informais com entidades de apoio à criança com transtornos psiquiátricos. O contato foi buscado por telefone com os três Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) funcionais na cidade de Porto Alegre, estes que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecem os seguintes serviços:

[...] Tratamento e reabilitação a crianças e adolescentes, de sete a 18 anos, com transtornos mentais severos e persistentes. Oficina de pintura, caminhada, grupo de meninas(atividades), grupo de meninos (atividades), projeção de vídeos, atividades esportivas, oficina de culinária, oficina de bijouteria, ginastica, oficina de higiene e saúde. São fornecidas três refeições diárias (CENTRO..., [2021?]).

Apresentando-se como mestrande e comunicando que estava interessada em fazer uma pesquisa com a temática de TAI e DIC, fez contato por ligação pelos números disponibilizados tanto no site dos CAPSi, quanto no site da prefeitura de Porto Alegre. As informações solicitadas foram: 1) se havia tratamento para crianças com TA; 2) caso sim, como funcionava o diagnóstico e tratamento; 3) quais eram os profissionais que atendiam esses casos; e, 4) se teria disponibilidade para falar com famílias que tinham crianças diagnosticadas com TA e com as próprias crianças que pertenciam ao quadro de TA e DIC.

Porém, nenhum dos locais manifestou disponibilidade para o diálogo, para dar informações ou atendiam as ligações (um dos locais nunca atendeu as ligações, e entre os outros dois levou de quatro a seis tentativas até atenderem a chamada). A informação sobre como funcionava o serviço do local foi fornecida apenas quando a pesquisadora informou ser uma mãe que supostamente tinha um filho com TAI. Essas dificuldades de diálogo destoam da intenção inicial da autora de conseguir conversar com as crianças. A vista disso, a presente estratégia metodológica foi planejada, referente ao interesse desta de, no futuro, transformar os resultados dessa pesquisa em condições para compreender com quais crianças poderá dialogar, de que forma isso poderá suceder, qual a faixa etária será trabalhada, entre outras questões. Dando, assim, continuidade a temática em pesquisas posteriores.

Isto posto, conforme as dificuldades deparadas, a autora decidiu partir da visão dos profissionais que cuidam de quadros de transtornos alimentares na infância e distúrbios de imagem corporal, para verificar se há indicativos referentes à imagem midiática ter (ou não) uma participação nos diagnósticos de DIC decorrentes dos TAI, qual a sua relação e como isso é tratado. Junto da visão de responsáveis daqueles que cuidam destes diagnosticados de TAI. Dessa forma, conforme a RESOLUÇÃO Nº 510/ 2016 - Art. 1 do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho não pesquisa vulneráveis, não necessita de identificação de participantes

e não acarreta risco aos participantes. Essas condições viabilizam o estudo sem necessidade de aprovação do comitê de ética.

RESOLUÇÃO Nº 510/ 2016 - Art. 1: Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Por conseguinte, as entrevistas em profundidade semiabertas foram a escolha da estratégia metodológica para o presente estudo, visando à liberdade de poder realizar novas/diferentes questões, conforme a necessidade, no decorrer do diálogo com o entrevistado. E, o perfil dos entrevistados foi traçado, em um primeiro momento, do desejo de entrevistar apenas profissionais que atuassem nos três CAPSi de Porto Alegre. Logo, com base na primeira tentativa de entrevistas informais no segundo semestre de 2020, a autora foi pessoalmente nos três estabelecimentos dos CAPSi no segundo semestre de 2021 para conhecer o local, o seu funcionamento, os profissionais e tentar marcar entrevistas. Contudo, dois dos três locais não permitiram a realização deste formato de visita e o CAPSi que se dispôs a apresentar o local e contar sobre o seu funcionamento possuía uma diretriz de que para entrevistar algum profissional do local seria necessário que o entrevistador passasse pelo comitê de ética do CAPSi. Assim sendo, ao entrar em contato com os dois números do comitê de ética do CAPSi, disponibilizados pelos próprios funcionários do local, a autora não obteve resposta de nenhum dos números, de todas as mais de dez tentativas de ligação. Porém, durante a apresentação do ambiente do CAPSi, o funcionário que estava guiando a autora afirmou algo notável, de que aquela era uma instituição regida pelo Sistema Único de Saúde, e por ser uma unidade de saúde pública, o público (crianças) era de classe baixa e pessoas de classe baixa não tinham quase casos de transtornos alimentares, que esses transtornos eram apenas de pessoas de classe média e alta. Desta forma surgiu o terceiro objetivo específico desta pesquisa, 3- Verificar se pessoas (e crianças) de classe baixa não tinham transtornos alimentares e qual seria o motivo de apenas pessoas de classe média e alta ter.

A partir desse cenário e pela inquietude que a afirmação que o funcionário do CAPSi proferiu, a autora traçou um novo perfil de entrevistados, de forma que estes fossem mais acessíveis às entrevistas e auxiliassem para produzir uma visão ampla do campo. Em vista disso, o perfil estipulado para os entrevistados foi dois profissionais, tanto da rede privada (trabalham em consultórios próprios) quanto da rede pública de saúde (trabalham em hospitais e universidades públicas), da cidade de Porto Alegre, das áreas de psicologia, psiquiatria e

nutrição, que cuidam de quadros de TAI e DIC de crianças e/ou adolescentes (pacientes a partir de doze anos).

Houve uma escolha de profissionais que atendem adolescentes (pacientes a partir de doze anos) por conta do pouco número de profissionais que trabalham com transtornos alimentares na infância na cidade de Porto Alegre. Assim, a autora escolheu abranger os entrevistados, de forma que estes também poderiam contribuir com informações sobre DIC decorrente dos TAI a partir de suas experiências profissionais. Todos os dados de identificação dos entrevistados foram alterados para resguardar o seu anonimato. Dessa forma, este trabalho utiliza nomes fictícios para manter a privacidade dos entrevistados, como mostra os quadros 5 e 6.

A busca pelos profissionais dividiu-se em três momentos, conforme mostra o Quadro 5: 1) busca on-line no site Google de dois profissionais; 2) ida pessoalmente ao ambulatório de psiquiatria de um dos maiores hospitais da rede pública de saúde de Porto Alegre e conseguir, por indicação do chefe do ambulatório, o contato de dois profissionais; e, 3) indicação dos entrevistados de outros dois profissionais.

Quadro 5 - Classificação da busca dos profissionais

O/A Profissional	A forma como conseguiu o contato com o/a profissional	Qual rede de saúde atua
Psicóloga Rubi	Busca on-line do contato no site Google.	Rede particular de saúde.
Psicólogo Topázio	Indicação do contato por outro entrevistado(a).	Rede pública e particular de saúde.
Psiquiatra Ametista	Ida pessoalmente ao ambulatório de psiquiatria de um dos maiores hospitais da rede pública de saúde de Porto Alegre e conseguir o contato do profissional por indicação do chefe do ambulatório.	Rede pública e particular de saúde.
Psiquiatra Onix	Ida pessoalmente ao ambulatório de psiquiatria de um dos maiores hospitais da rede pública de saúde de Porto Alegre e conseguir o contato do profissional por indicação do chefe do ambulatório.	Rede pública e particular de saúde.
Nutricionista Safira	Indicação do contato por outro entrevistado(a).	Rede Particular de saúde.
Nutricionista Esmeralda	Busca on-line do contato no site Google.	Rede particular de saúde.

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Por conta da pandemia do novo Coronavírus, os contatos entre entrevistadora e entrevistados foram restritos, de forma que as comunicações para marcar as entrevistas deram-se via telefone celular, através de trocas de mensagens pelo aplicativo *Whatsapp*. Por conseguinte, as interlocuções aconteceram nas últimas duas semanas de novembro de 2021 e no mês de dezembro de 2021, conforme a agenda e disponibilidade dos entrevistados (vários

participantes tiveram que trocar a data inicial combinada, por motivos de agenda ou pessoais – dessa forma o período dos depoimentos estendeu-se mais do que o planejado, que era o período de um mês). Todas as entrevistas ocorreram de forma online, através da plataforma *Zoom*, em horários combinados entre entrevistadora e entrevistados, de maneira consensual de que seriam gravadas para análise posterior, que será apresentada a seguir. A partir das gravações das entrevistas, estas foram transcritas (disponíveis nos apêndices deste trabalho), e, conforme as transcrições, pode-se perceber os principais vieses para a análise do material, que será apresentado a seguir.

6 ANÁLISE E RESULTADOS

Analisar demanda dividir a íntegra em frações, explorar e minuciar a essência, aplicações e ligações de cada fração gerada. Para isso, as categorias são planejadas e edificadas, de forma que, nas entrevistas em profundidade semiestruturada, as categorias nascem no referencial teórico e são firmadas no roteiro de perguntas semiestruturadas (como o roteiro apresentado no Apêndice A). Porém, as categorias não devem ser interpretadas como uma imperiosidade, pois é possível encaixar em uma categoria resultados de duas questões semiestruturadas, assim como dividir em duas categorias as decorrências conquistadas com uma questão (DUARTE *et al.*, 2015).

A partir do roteiro de perguntas, do referencial teórico e do conteúdo reunido, foram estabelecidas quatro categorias: 1) O paciente; 2) Transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal; 3) A família; e, 4) Imagens midiáticas. Logo, iniciaremos este desenvolvimento categórico com o momento inicial do roteiro de perguntas, após a apresentação pessoal de cada entrevistado, que foi a explanação de seu público.

6.1 O PACIENTE

Conforme a primeira categoria estabelecida, 1) O Paciente, um ponto que chamou a atenção na entrevista com os profissionais foi, ao serem questionados qual público que atendiam, três dos seis entrevistados afirmaram trabalhar com crianças - sem especificar a faixa etária – possibilitando o entendimento que atendam pessoas de 0 a 12 anos incompletos, abraçando a primeira infância, dos 0 aos 6 anos, como aponta a organização Prioridade Absoluta (2017), e segunda infância, dos 7 aos 11 anos, conforme destacam Papalia, Feldmann e Martorell, (2013). E, outro profissional apontou atuar na área acadêmica, estudando também os casos infantis de TA, mas consequentemente trabalhando apenas com adultos.

Atende crianças: Como eu sou especialista nessas áreas todas, é uma mescla. **Quando eu atendo crianças**, eu atendo junto com a família, atendo os pais (Psicóloga Rubi, em entrevista a pesquisadora). No hospital, **nós atendemos no nosso serviço crianças** e adolescentes com variados transtornos mentais (Psiquiatra Onix, em entrevista a pesquisadora). [...] **Atendo criança**, pela experiência do hospital, então não tenho restrição (Nutricionista Esmeralda, em entrevista a pesquisadora). Trabalha no momento na área acadêmica, com adultos: Atualmente, eu sou coordenador do ambulatório de transtornos alimentares de uma universidade e **coordeno uma equipe interdisciplinar**. [...] **Hoje eu dou**

seminários para psiquiatria e para psicoterapia desse tema (Psicólogo Topázio, em entrevista a pesquisadora).

Dois dos seis entrevistados apontaram só atenderem adolescentes, mas relataram atender pacientes “Dependendo, de dez a doze anos em diante.” (Psiquiatra Ametista). E, também: “Lembrando o caso de mais jovem mesmo foi com acho que treze anos. É criança, né?!” (Nutricionista Safira). O que não está de acordo com o Art 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual aponta que “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.” (BRASIL, 1990). E, viabiliza a interpretação de que a definição de “criança” e “adolescente”, para alguns profissionais, pode não estar bem clara/definida.

Referente ao questionamento do perfil desse público, se havia um perfil específico na abordagem aos TA, pontuando faixa etária, raça e etnia, classe ou algum outro tópico de classificação importante, dois entrevistados apontaram que não há um perfil único do público atendido, pois os pacientes são muito diversos.

Não há perfil único: Então, assim, eu atendo **todas as faixas etárias** e também **todas as classes sociais** (Nutricionista Esmeralda, em entrevista a pesquisadora). Eu atendo muita gente na instituição que tem uma condição econômica menor e que tem lá a típica manifestação da doença (TA). Assim como eu atendo pessoas de classe mais privilegiadas que também fazem o quadro. [...] **Está presente em todas as classes.** Já atendi negras com transtorno alimentar. Já atendi asiáticas com transtorno alimentar. Alemã, caucasiana, **assim como atendi, enfim, todos os tipos** (Psicólogo Topázio, em entrevista a pesquisadora).

Outra entrevistada (Psicóloga Rubi) destacou que não havia um perfil particular de público, mas em seguida expôs um tipo de perfil de pacientes que atendia. Assim como, também, não especificou qual a faixa etária predominante deste perfil. Porém, como esta entrevistada afirmou (anteriormente) que atende crianças, sem enfatizar uma idade específica, e, dando espaço para o entendimento que atende pacientes da primeira e segunda infância.

Não há perfil único, porém cita um perfil: [...] **Não dá para dizer que existe um perfil único.** Até porque eu não seleciono perfil para atender. [...] **Posso te falar num perfil, digamos, econômico,** isso sim. **Classe média e classe média alta,** digamos assim, o público do consultório. [...] O que não aparecia no meu consultório, tá?! Não apareciam pacientes negros. Digamos que, **de uns cinco anos para cá,** eu comecei a observar. Se for pensar na questão da raça, né?! **Estão aparecendo mais pacientes negros.** Até pela questão da discriminação, da exclusão, o acesso, né?! Terapia é uma coisa que não é para a maioria da clientela, né?! A gente tem uma colonização aqui italiana, alemã, portuguesa, né?! Mas mais italiana e alemã então, devido à região que a gente está. E porque o povo

gaúcho é extremamente racista. Não dá lugar para outras raças. (Psicóloga Rubi, em entrevista a pesquisadora).

Os demais profissionais relataram que há, sim, um perfil de público específico nos seus atendimentos, porém quando questionados sobre faixa etária, raça, classe social dos pacientes, há um apontamento relativo de faixa etária por três profissionais (Psiquiatra ametista, Psiquiatra Onix e Nutricionista Safira), mas sem especificação de idade – há especificação apenas nos tópicos raça e classe social. Assim sendo, no tópico de faixa etária, três dos seis entrevistados (Psicóloga Rubi, Psiquiatra Onix e Nutricionista Esmeralda) afirmaram atender crianças, sem definir a idade, dando a possibilidade de interpretação do atendimento de pacientes tanto da primeira quanto da segunda infância.

Tem um perfil – faixa etária: **Então, a idade é variada, o público também. Adolescentes, adultos, famílias...** (Psiquiatra ametista, em entrevista a pesquisadora). [...] **(No hospital)** em termos de faixa etária na internação, a gente tem cinco leitos para **adolescentes** e dois leitos para **crianças. Vai até quatorze anos.** [...] **No consultório [...] são variadas faixas etárias.** [...] **Mas muito mais adolescentes do que crianças (e um pouco de adultos também)** (Psiquiatra Onix, em entrevista a pesquisadora). [...] **Para anorexia, mais em criança e adolescente. A maioria dos pacientes tem treze, quatorze, quinze anos de adolescente com anorexia. Na bulimia já é uma faixa etária um pouquinho mais de acordo com a prevalência mundial. Mas também tenho com quinze, dezesseis anos de bulimia,** de anorexia que são bem mais jovens. [...] **Mas de criança e adolescentes teria especialmente anorexia e bulimia** (Nutricionista Safira, em entrevista a pesquisadora).

Referente ao tópico de perfil racial, de acordo com o Osório (2021), com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), a população afrodescendente encontra-se em um estado constante de desigualdade racial de renda, sem mudanças significativas no passar dos anos. Por serem a prevalência entre os pobres (classe social baixa), os negros têm maior chance de nascer nessa classe social e enfrentarem com as suas resultâncias na primeira infância e período escolar. Na fase adulta, encaram reduções de possibilidades de melhoria socioeconômica, que, por seu lado, diminui as possibilidades de seus filhos.

Tem um perfil – raça: [...] E raça, em geral, **a maioria caucasiana** (Psiquiatra Ametista, em entrevista a pesquisadora). **No consultório,** eu te diria que eu não tenho nenhum paciente negro, [...] tampouco nesse momento tem também um paciente que é de origem asiática. Eu já tive pacientes afrodescendentes, agora não tem essa tendência. Acho que é uma espécie também de recorte, especialmente pelo viés da classe, que **acaba puxando muito esse perfil para ter pacientes predominantemente brancos.** [...] **No hospital** é muito variado. [...] Mas, assim como de classe ou mesmo de raça, **há muitos pacientes de diversos**

tipos de raça. (Psiquiatra Onix, em entrevista a pesquisadora). **E etnia, a maioria caucasiana.** Mas aí a gente tem também um viés de ser um tratamento particular. (Nutricionista Safira, em entrevista a pesquisadora).

É frisado pelos profissionais da rede privada de saúde, ao indicar a raça/etnia dos seus pacientes, ou seja, a maioria ser caucasiana, tomam como justificativa o tratamento ser particular, associando a raça/etnia com condições financeiras. E, ao apontarem o perfil racial e classe social dos pacientes, é possível visualizar uma predominância – a falta e/ou menor número de pacientes afrodescendentes, como também a falta e/ou menos número de pacientes de classe socioeconômica baixa.

Tem um perfil – classe: **Eu trabalho no meu consultório privado, então, em geral, a classe média para cima.** Até pela acessibilidade financeira e tudo (Psiquiatra Ametista, em entrevista a pesquisadora). **No hospital, o nosso público tende a ser predominantemente pessoas de classes sociais C, D e E mesmo. Porque a gente tem um atendimento que é predominantemente SUS.** [...] O ambulatório é predominantemente SUS, e aí, a gente tem questões bem importantes com dificuldades socioeconômicas dos pacientes. De não só de comparecer ao tratamento, como seguir o tratamento, às vezes adquirir medicações quando são necessárias, por ter uma classe social um pouco mais desfavorecida. **No consultório, como eu não sou conveniado [...], eu só recebo pacientes particulares e isso já automaticamente limita os pacientes que eu recebo pra classes sociais média e alta** (Psiquiatra Onix, em entrevista a pesquisadora). [...] **E hoje em dia no consultório particular, a classe é mais alta,** tem poder aquisitivo maior, porque é um tratamento multidisciplinar, é um tratamento caro. [...] Então, muitos não conseguem, infelizmente, fazer dar continuidade, por serem muitos profissionais, acaba ficando pesado. (Nutricionista Safira, em entrevista a pesquisadora).

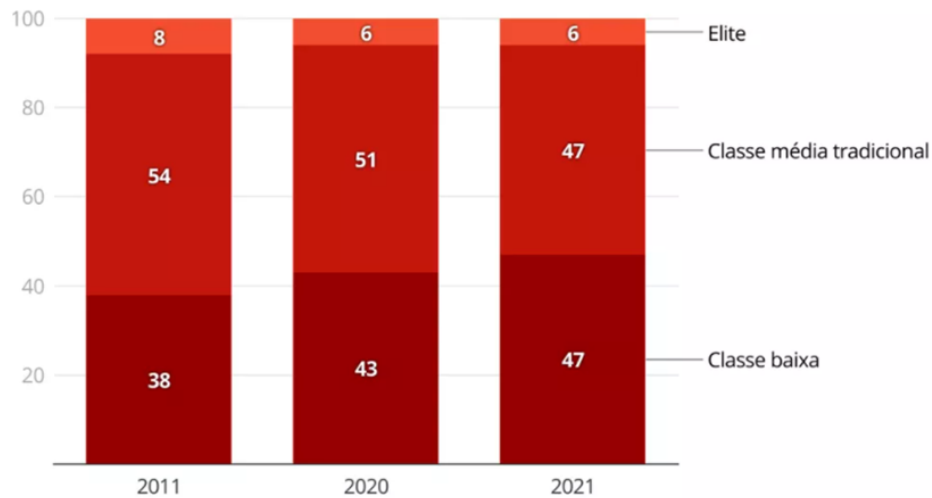
Figura 5 - Critério de renda familiar per Capita

	Classe	Valor per capita (mês)	Renda domiciliar média (mês)
CLASSE ALTA	A	Acima de R\$ 3755.77	R\$ 20643.77
	B	R\$ 1543.20 a R\$ 3755.76	R\$ 7202.57
CLASSE MÉDIA	C1	R\$ 970.75 a R\$ 1543.19	R\$ 4206.45
	C2	R\$ 667.87 a 970.74	R\$ 2971.37
	C3	440.71 a 667.86	R\$ 2238.20
CLASSE BAIXA	D1	R\$ 245.35 a 440.70	R\$ 1585.52
	D2	R\$ 122.68 a R\$ 245.34	R\$ 981.63
	E	até R\$ 122.67	R\$ 262.02

Fonte: CLASSE... ([2021]).

A maioria dos entrevistados trabalha na rede privada de saúde e apontam isso como um motivo para o menor número de pacientes afrodescendentes e de classe baixa. Nessa perspectiva, Osório (2021) enfatiza que as camadas de discriminação racial juntam-se as discriminações de classe, transpassado para geração seguinte, que recomeça o ciclo. As classificações das classes sociais são fluidas e variam conforme o período, local e instituição que as edificam. O Instituto Locomotiva de Pesquisa (CLASSE..., [2021]) classifica a população brasileira em três classes sociais gerais (alta, média e baixa) e oito subclasses (A, B, C1, C2, C3, D1, D2 e E), como aponta a Figura 5, de acordo com o valor per capita (mês) e renda domiciliar média (mês).

Figura 6 - Distribuição da população brasileira por classe social e econômica, em %



Fonte: CLASSE... ([2021]), a partir de dados do IBGE.

Assim sendo, é possível visualizar na primeira categoria edificada, 1) O paciente – perfil e diagnóstico, que as classes sociais predominante nos pacientes atendidos pelos profissionais são a classe alta e a classe média. Logo, abordando as subclasses de A até C2, e, excluindo as subclasses C3, D1, D2 e E. Sendo que, 47% da população brasileira encontra-se entre as classes baixas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA, 2021), como mostra a Figura 6. Por conseguinte, analisaremos a segunda categoria constituída, 2) Transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal, que aborda mais fatores para a construção de um perfil do público apontado pelos entrevistados.

6.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL

Principiando a segunda categoria formulada, 2) Transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal, a APA (2014) afirma que os TA que tem a prevalência do gênero feminino são Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar. Sendo estes, também, os TA mais destacados pelos profissionais como diagnósticos mais comuns entre os TAI. Nos seus atendimentos de TAI, quatro dos seis profissionais apontaram Anorexia Nervosa como diagnóstico mais comum, três dos seis profissionais apontaram Bulimia Nervosa como diagnóstico mais comum, e dois dos seis profissionais apontaram Transtorno de Compulsão Alimentar como diagnósticos mais comum. Uma entrevistada (Nutricionista Esmeralda) apontou o transtorno de seletividade alimentar como diagnóstico

mais comum entre o atendimento de TAI, tendo a sua nomeação original como Transtorno Restritivo/Evitativo. É um transtorno, conforme a APA (2014), frequente na infância, porém sem especificação de gênero.

[...] Eu tenho pegado mais **casos de bulimia do que a anorexia** (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). Quando a gente fala em transtornos alimentares, nós estamos falando basicamente de três grandes diagnósticos, que dão conta praticamente da maior parte. Existem outros diagnósticos menos frequentes, mas nós estamos falando de **anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica** (Psicólogo Topázio, em entrevista com a pesquisadora). [...] **Os transtornos de compulsão alimentar são os mais frequentes, seguidos depois de bulimia e depois seguidos de anorexia** (Psiquiatra Ametista, em entrevista com a pesquisadora). **No meu caso, anorexia** (Nutricionista Safira, em entrevista com a pesquisadora). [...] Como eu atuo em consultório e também atendo uma escola de educação infantil, **acabam surgindo casos de transtornos alimentares ou seletividade alimentar** [...] (Nutricionista Esmeralda, em entrevista com a pesquisadora).

Um dos entrevistados relatou o TA como uma doença rara na infância: “Na infância, os transtornos alimentares são um pouco mais raros, pelo momento que eles surgem (no desenvolvimento)” (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora). Porém, conforme os entrevistados, há uma recorrência de TAI no gênero feminino, que são AN, BN e transtorno de compulsão alimentar. E, complementando, Fox e Joughin (2002) apontam que os TA na infância acontecem de forma diferente do período adulto, pois possuem origem, dimensões e trajetórias de tratamentos muito diferentes.

Por este ângulo, estudos do século XXI já apontam a frequência dos TAI, principalmente em meninas pré-menarca e pré-púberes, ou seja, viabilizando a perspectiva de negar que os transtornos alimentares são raros em crianças do gênero feminino, principalmente quando trata-se do TA anorexia nervosa:

[...] No outro estudo, 88% dos pacientes tinham transtorno alimentar de início precoce (pré-menarca e pré-púberes), e destes, 43% tinham diagnósticos de AN, 29%, diagnóstico de Transtorno Emocional de Evitação Alimentar, 19%, Comer Seletivo e 9% outro transtorno alimentar (DOUGLAS; BRYON, 1996; COOPER et al., 2002 apud COSTA; ROMANO; MORAIS, 2008, p. 23).

De acordo com o relato do Psicólogo Topázio (em entrevista a pesquisadora), que destaca que o TA na infância: “são manifestações que podem vir a desenvolver quadros típicos. [...] O início da doença, a explosão da doença, se dá com a menarca, com a marca inicial da adolescência”. A menarca, o principal sinal de maturidade sexual física no sexo feminino, pode ocorrer, em média, entre 10 e 16 anos (havendo casos de acontecer antes e

depois das idades destacadas) (PAPALIA; FELDMAN; MARTORELL, 2013). Portanto, conforme aponta o Psicólogo Topázio, é possível interpretar que um quadro de TA pode iniciar em uma pessoa ainda pertencente à segunda infância, que, conforme a Sociologia da Infância, tem o seu marco a partir dos sete anos e dos ciclos sociais iniciados, além da família, como o ingresso a escola (ARIÈS, 1986). Assim sendo, é possível especular de que os TA na infância não são raros, mas sim que a sua construção e manifestação seja diferente dos TA em adultos, e, desta forma, necessitando de um olhar específico para esse plano.

6.2.1 TAI e DIC – um perfil estabelecido

Isto posto, após a categoria “2) TAI e DIC”, a categoria “1) O paciente” conecta-se e toma continuação. Portanto, foi enfatizado por cinco dos seis profissionais que o gênero feminino seria predisposto a ter transtornos alimentares. Sendo o gênero feminino apontado como o mais afetado, e, até mesmo como uma “doença feminina”, pelos entrevistados. A APA (2014) o gênero de prevalência em três TAI – AN, BN e transtorno de compulsão alimentar, indo de acordo com os TA mais apontados pelos profissionais. Foi enfatizado também, por três dos cinco entrevistados, que apontaram um perfil de gênero (apenas cinco dos seis entrevistados relataram um perfil de gênero nas entrevistas), a menor porcentagem do gênero masculino dentro de quadros de TA. E, apenas uma, desses cinco profissionais, relatou que atualmente os casos de meninos com TA está aumentando.

Tem um perfil – gênero: [...] **Maioria meninas, grande maioria.** Acho que nesses quinze anos eu tive uns três, quatro pacientes meninos com anorexia (Nutricionista Safira, em entrevista a pesquisadora). [...] **Mas eu tenho visto assim nas meninas.** Agora tem aparecido nos meninos, os meninos agora estão mais vaidosos. O que também é uma coisa bacana. A gente sai desta sociedade machista, que as meninas se arrumam e os meninos não se arrumam (Psicóloga Rubi, em entrevista a pesquisadora). [...] Quer dizer, muitas vezes o transtorno alimentar na paciente (“**na paciente**”, **porque são predominantemente meninas**) [...] (Psiquiatra Onix, em entrevista a pesquisadora). [...] **Os transtornos alimentares são muito uma doença feminina.** Nos casos de anorexia, bulimia, de cada dez, nove mulheres para um homem (Psicólogo Topázio, em entrevista a pesquisadora). Meninas com anorexia, **falo meninas porque é a prevalência** (anorexia ainda está numa incidência de nove para um, nove meninas para um menino)... **Ainda é a pronúncia bem mais frequente em mulheres** (Psiquiatra Ametista, em entrevista a pesquisadora).

A prevalência do gênero feminino nos TAI, apontada pelos entrevistados anteriormente, vai de acordo com as consequências, tanto da infância quanto do gênero, serem

construções sociais. Ambos são experienciados, ao mesmo tempo, no início da vida de um indivíduo (primeira e segunda infância), ou seja, o conhecimento das características de um gênero (ex. gênero feminino), junto das propriedades da infância, em um contexto (ambiente, sociedade etc.). O gênero feminino é vivenciado desde a idade mais nova, onde a criança compreende os aspectos distintos dos gêneros femininos e masculinos, junto dos ensinamentos passados, pelo seu contexto, dos papéis femininos e masculinos (BELLONI, 2009).

Ariés (1986) já frisava que, por um longo período na história, dentro da infância a classificação entre meninos e meninas era desigual. A classificação ocorria através de gênero e classes, começando por meninos de classe nobre, que eram considerados crianças e retirados de qualquer atividade trabalhista, sendo por penúltimo meninos de classe baixa, com menos privilégios (ainda considerados crianças), indo até, por último, as meninas - que permaneciam na classificação que as mesclavam com adultos e eram obrigadas a trabalhar. Logo, o gênero feminino sofre com desigualdades desde a mais tenra idade, onde acontece a assimilação dos sistemas sociais, que levam o corpo como alicerce em que são marcadas as maneiras de vivência e comportamentos. Nesta fase a criança, além de captar do seu ambiente dimensões estritamente corporais, também captam modos de percepção e avaliação, concepção de “bem ou mal” (BELLONI, 2009).

Portanto, uma criança do sexo feminino, percorrendo a primeira infância, depara-se com um contexto para o gênero feminino, enraizado nas estruturas simbólicas da sociedade – o enraizamento moderno do mito da beleza, baseado na indústria do emagrecimento e procedimentos estéticos. Assim, essa criança tem chances de absorver padrões sociais edificadas a partir desta indústria. Pois, ao buscar modelos/referências da mulher, a menina esbarra com as heroínas da cultura de massa da mulher adulta pós-moderna: ícones edificadas pelo feminismo, mas também pelas concepções do mito da beleza, e divulgados pelas mídias digitais (através de redes sociais, televisão etc.). Ou seja, o conceito de mulheres que invadiram a “espaço masculino” entre os anos 20 e 50, entre primeira e segunda onda do feminismo, período onde os seus direitos eram construídos e ocuparam papéis e áreas que antes eram ocupados apenas por homens (mercado de trabalho, por exemplo). E, a somatória da essência do mito da beleza, a imagem “ideal” do corpo feminino (imagem fluida, pois é lançada pela indústria da magreza e da estética sempre novos serviços e produtos que edificam um novo padrão para determinado período), que, na contemporaneidade, este ideal engloba, principalmente, um corpo extremamente magro e esculpido por procedimentos estéticos (WOLF, 2019).

O gênero masculino, dominante da cultura patriarcal, machista e misógina da pós-modernidade não foi concordante com o avanço das mulheres no espaço que antes era considerado apenas masculino, então “o mito da beleza foi aperfeiçoado de forma a impedir o avanço de poder em todos os níveis na vida individual da mulher. As neuroses modernas da vida num corpo feminino se espalham de mulher para mulher em ritmo epidêmico” (WOLF, 2019, p. 38). O que vai de acordo com o relato de alguns entrevistados, quando questionados sobre a causa dos TAI. A predisposição genética é apontada pelos profissionais como um dos fatores dos TAI. Nesta perspectiva, o Psicólogo Topázio (em entrevista a pesquisadora) afirmou que “[...] essas doenças (TA) [...] vem de gerações dentro daquela família, devido a um comportamento inadequado ou inclinando para atitudes não saudáveis de uma avó, de uma mãe e agora de uma filha”, e, a Nutricionista Safira (em entrevista a pesquisadora) destacou que “A gente tem uma herança genética de cinquenta por cento de mãe para a filha. Bastante. Mas como é multifatorial não quer dizer que aquela pessoa tenha cinquenta por cento de chance e vai desenvolver.”. A APA (2014) frisa que há predisposição genética referentes a parentes que tem/já tiveram TA nos transtornos alimentares: transtorno alimentar restritivo/evitativo, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão alimentar.

Transtorno alimentar restritivo/evitativo: Taxas maiores de perturbações alimentares podem ocorrer em filhos de mães com transtornos alimentares. *Anorexia Nervosa:* Existe risco maior de anorexia e bulimia nervosas entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno. *Bulimia Nervosa:* A transmissão familiar do transtorno pode estar presente, bem como vulnerabilidades genéticas para a perturbação. *Transtorno de Compulsão Alimentar:* O transtorno de compulsão alimentar parece comum em famílias, o que pode refletir influências genéticas adicionais (APA, 2013, p. 329-354 – grifo nosso).

O fato apontado pelos entrevistados de que, por menor que seja a porcentagem, mas que os TAI afetam meninos, ou que o número de meninos com TAI está aumentando, não enquadra-se como algo “bacana”, “ vaidade” ou algo “menos machista”, como aponta a Psicóloga Rubi (em entrevista a pesquisadora): “Agora tem aparecido nos meninos, os meninos agora estão mais vaidosos. O que também é uma coisa bacana. A gente sai desta sociedade machista, que as meninas se arrumam e os meninos não se arrumam”. Pois, é um fator de um transtorno alimentar na infância, ou seja, não ocorre em uma situação saudável, e, possibilita a interpretação de que o mito da beleza (WOLF, 2019), principalmente em concepções com o corpo e a estética, está atingindo além do gênero feminino e somando-se com outros fatores predisponentes dos TAI no gênero masculino.

Quadro 6 - Construção de perfil de pacientes com TAI atendidas pelos entrevistados

Profissionais	Atuação – Porto Alegre, RS	Atende Crianças	Faixa etária dos pacientes crianças	Raça predominante dos pacientes	Classe Social predominante dos pacientes	Gênero propenso a ter TA
Psicóloga Rubi	Rede particular de saúde – consultório.	Sim.	Zero a doze anos incompletos.	Variado.	Classe média e classe alta.	Predominantemente gênero feminino.
Psicólogo Topázio	Rede particular de saúde – consultório Área acadêmica, rede pública de saúde – coordenador do ambulatório de TA de uma universidade federal.	Não, mas estuda crianças também.	-	Variado.	Todas as classes sociais.	Predominantemente gênero feminino.
Psiquiatra Ametista	Rede particular – consultório.	Não.	-	Predominantemente caucasiano.	Classe média e classe alta.	Predominantemente gênero feminino.
Psiquiatra Onix	Rede particular e pública de saúde – consultório e hospital.	Sim.	Hospital: Idade estendida para leitos infantis) – zero a quatorze anos. Consultório: Zero a doze anos incompletos.	Hospital: Variado. Consultório: Predominantemente caucasiano.	Hospital: Classe baixa. Consultório: Classe média e classe alta.	Predominantemente gênero feminino.
Nutricionista Safira	Rede particular de saúde – consultório.	Não.	-	Predominantemente caucasiano.	Classe alta.	Predominantemente gênero feminino.
Nutricionista Esmeralda	Rede particular de saúde – consultório e Escola de ensino infantil.	Sim.	Zero a doze anos incompletos.	Variado.	Todas as classes sociais.	-

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Posto isso, conforme os relatos dos entrevistados é possível interpretar um perfil a partir do público atendido e tratado, apontado pelos entrevistados, como mostra o Quadro 6. Logo, o perfil visualizado no atendimento de TAI, descrito pelos profissionais, seria pacientes do gênero feminino, de zero a doze anos incompletos, de raça caucasiana, classe social média ou alta, que utilizam a rede particular de saúde.

Dessa forma, na segunda categoria elaborada, 2) Transtornos Alimentares e Distúrbios de Imagem Corporal, é possível deduzir duas importantes perspectivas. A primeira, de que o mito da beleza está, enraizado na construção do gênero feminino e se difundindo de uma forma tão abrangente, que está atingindo além do gênero feminino, influenciando no desenvolvimento de TAI no gênero masculino. E, a segunda: um perfil do público com TAI atendido pelos entrevistados. Porém, este perfil não é o perfil real dos pacientes com TAI, pois há demais fatores que interferem nessa construção, como família, tratamento multidisciplinar, discriminação racial, discriminação de classe e cenário econômico nacional, que serão analisados a seguir.

6.3 A FAMÍLIA

Em continuação com a categoria “2) TAI e DIC”, em termos de questão econômica, os seis entrevistados apontaram que o tratamento para TA é um tratamento multidisciplinar, ou seja, envolvendo várias áreas, sendo as principais apontadas: psicoterapia, psiquiatria e nutrição. Dessa maneira, a paciente que necessitar de tratamento de forma imediata (sem depender da rede pública de saúde) terá a despesa financeira de, no mínimo, três profissionais particulares.

[...] **Eu acredito muito no trabalho multidisciplinar...** [...] Tem que ter todas as áreas, tanto a criança como adolescente, tem que se existir (Psicóloga Rubi, em entrevista a pesquisadora). Eu hoje não tenho nenhuma dúvida em dizer, afirmar, que quem trabalha **com transtornos alimentares precisa trabalhar com os demais colegas para ter um melhor resultado e para ter uma possível eficácia do tratamento** (Psicólogo Topázio, em entrevista com a pesquisadora). [...] **Por isso que se trata numa equipe multidisciplinar** (Psiquiatra Ametista, em entrevista com a pesquisadora). [...] Também tem um outro fato, que eu acho que é importante dizer, **os casos aqui — especialmente na internação — acabam sendo vistos por múltiplos profissionais** (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora). **O tratamento é multidisciplinar, então eu nunca trato sozinha** (Nutricionista Safira, em entrevista com a pesquisadora). Quem fecha o diagnóstico de transtornos alimentares, normalmente é **um médico, apoiado por uma equipe multidisciplinar** (Nutricionista Esmeralda, em entrevista com a pesquisadora).

O tratamento de TAI é indicado pelos entrevistados como um tratamento que deve ser feito pela paciente criança, mas também com os seus pais/responsáveis e família, assim sendo a categoria “4) A família” é estabelecida. Pois, além de se tratar de um indivíduo menor de idade, os profissionais frisam a importância dos pais no tratamento. Isso pode estar aplicado a influência que os pais tem sobre a criança, no contexto familiar, no que pode afetar no TA e no tratamento, assim como a responsabilidade de administrar o tratamento prescrito pelo profissional consultado.

[...] Tem que trabalhar os pais, tem que ter a família. [...] E a infância tem que se conhecer a história familiar. Tem que atender o pai, tem que atender a mãe, tem que atender quem cuida dessa criança, [...] quem convive, ou os avós, quem está cuidando, né?! Para poder entender que contexto que essa criança e esse adolescente vivem [...] (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). **[...] Os pais fazem uma parte muito importante, como toda avaliação com criança [...]** (Psiquiatra Ametista, em entrevista com a pesquisadora). **[...] A gente vai ter sessões de tratamento com a família** — são fundamentais nesses casos (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora). **[...] Essa prescrição, nesse dia, o familiar está junto, o responsável. Está junto porque esse familiar vai ficar responsável (Nutricionista Safira, em entrevista com a pesquisadora). [...] A questão de lidar com a alimentação da criança, ela não muda só ali o mundinho da criança. É uma reestruturação familiar para conseguir ter um sucesso no tratamento [...]** (Nutricionista Esmeralda, em entrevista com a pesquisadora).

Logo, as categorias “1) O paciente”, “2) Transtornos alimentares na infância e distúrbios de imagem corporal” e “3) A família” cruzam-se ao verificarmos os dados socioeconômico da maior parte da população e a média de custo de apenas o início do tratamento multidisciplinar de TAI e DIC.

6.3.1 Tratamento multidisciplinar familiar – um perfil

O tratamento de TAI é referido como um tratamento familiar, alguns valores do tratamento multidisciplinar, na rede privada de saúde, parte dessa classificação (exemplo: consultas familiares, terapia familiar etc.). Sendo o valor em média de uma consulta de psicoterapia familiar, conforme a Tabela de Referência Nacional de Honorários dos Psicólogos do Conselho Federal de Psicologia (2021), trezentos e vinte e cinco reais. Os tratamentos psicanalíticos para terapia individual, conforme a Tabela de Honorários da Ordem

Nacional de Psicanalistas (2017)⁸, custam em média, por consulta, cento e trinta reais, e, para a terapia familiar cento e sessenta e cinco reais. E, de acordo com a Tabela de Honorários Nutricionistas da Federação Nacional de Nutricionistas (2022), a consulta clínica custa em média cento e sessenta e oito reais.

Iniciar o tratamento multidisciplinar para TAI, na rede privada de saúde, realizando uma consulta com cada profissional exemplificado (uma consulta familiar com psicólogo, uma consulta para o paciente com psiquiatra, uma consulta familiar com psiquiatra e uma consulta para o paciente e família com nutricionista) custaria em média setecentos e noventa e três reais⁹ - sendo este valor, para aqueles que compõe a classe social baixa, 35,43% da renda domiciliar média da subclasse C3; 50,02% da renda domiciliar média da subclasse D1; 80,78% da renda domiciliar média da subclasse D2; e, 302,67% renda domiciliar média da subclasse E.

Logo, o perfil estabelecido no Quadro 6 só é possível por um fator de inacessibilidade decorrente de um fator econômico e discriminação racial. Pois, 56,2% da população brasileira considera-se pardo ou preto (46,8% pardos e 9,4% pretos) (IBGE, 2019) e a maioria dessa população encontra-se entre as classes baixas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021). Portanto, ter um perfil edificado com a predominância da classe média e alta e da raça/etnia caucasiana, é um perfil edificado a partir de uma parcela pequena da população, como mostra a Figura 6. E, dessa forma, respondendo o terceiro objetivo deste trabalho e discordando da informação que a pesquisadora recebeu do funcionário do CAPSi, de que a população de classe baixa não teria (ou teria pouco) TA e TAI, e, que esses transtornos seriam predominantes apenas nas classes médias e alta.

O que ocorre é que a população de classe baixa tem uma condição financeira escassa e pequena comparada com o valor do tratamento para TA, e, são poucos os locais com tratamento gratuito (em Porto Alegre há apenas três CAPSi, que tratam TAI, e um ambulatório específico para tratar TAI no Hospital de Clínicas). E, dependendo da lotação destes lugares, é possível que o indivíduo não consiga atendimento. A partir destes fatores, a

⁸ Neste caso, a Tabela de Honorários da Ordem Nacional de Psicanalistas foi utilizada, dado que no momento da elaboração dessa pesquisa a Tabela de Honorários da Psiquiatria Nacional não estava ao alcance da pesquisadora e dos seus meios de busca. E, como muitos psiquiatras têm também a especialização para serem psicanalíticos, por conta disso estamos utilizando como parâmetro os seus valores médios de consultas com profissionais da rede particular de saúde no local do valor médio de consultas particulares na área da psiquiatria (podendo, sim, conter divergências nos valores) (ORDEM NACIONAL DE PSICANALISTAS, 2017).

⁹ Este valor corresponde a somatória de valores médios das consultas de psicólogo, psicanalista (valor baseado e utilizado para aproximação ao valor médio de consulta com psiquiatra) e nutricionista, conforme as Tabelas de Honorários nacionais citadas anteriormente.

contabilização da classe baixa nos tratamentos de TA e TAI é exígua. Porém, não exclui a predisposição de uma pessoa de classe baixa desenvolver TA e TAI. Pois, o perfil elaborado a partir das informações dos entrevistados aponta um perfil supressivo nos setores “raça/etnia” e “classes sociais”, sendo que estes não são fatores predisponentes para os TAI ou DIC. Uma vez que, como frisa o Psicólogo Topázio (em entrevista a pesquisadora): “O transtorno alimentar é uma doença psíquica. Portanto, tendo o psiquismo, tem chance de ter.”

Sendo assim, na terceira categoria retratada, 3) A Família, é plausível destacar três aspectos marcantes, sendo o primeiro, a família ter um grande peso na causa, na manutenção e no tratamento do paciente com TAI. O segundo, também relacionado com o primeiro aspecto, de que, por a família ter esse grande peso, o tratamento de TAI é um tratamento familiar, além de multidisciplinar, podendo impactar na evolução deste tratamento (pois, não depende apenas de paciente e profissional, depende de, no mínimo, do paciente e de um responsável), como também em questões econômicas (dado que o valor de uma consulta para um só paciente é diferente de uma consulta familiar). E, o terceiro, de que o perfil edificado através dos apontamentos sobre o público atendido com TAI, pelos profissionais, não é coerente com provável real perfil de indivíduos com TAI no Brasil.

6.4 IMAGENS MUDIÁTICAS – FATORES PEDISPONENTES MULTIFATORIAIS

Por conseguinte, quatro dos seis profissionais relataram que a causa dos TAI é multifatorial e dois profissionais destacam que a causa dos TAI é a partir de fatores predisponentes. Porém um não anula o outro, ou seja, os fatores predisponentes podem ser multifatoriais, dessa forma, apresentam-se também a categoria “4) Imagens Mudiáticas”, conectada com a categoria “3) A Família”. À vista disso, dois dos seis entrevistados apontam que atualmente a/as causas dos TAI são hipotéticas, pois ainda estão em estudo pelo mundo, como também, dois dos seis profissionais relataram que a causa dos TAI não são precisas e podem ser diversas, e estes desenvolvem-se dentro de um contexto, portanto a análise do contexto é necessária.

Não dá para dizer que ‘Ah, tem cinco causas de transtorno alimentar’. É o que eu estou te dizendo, **é dentro de um contexto** [...] (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). Bom, é como eu te disse, **é uma doença multifatorial. Não tem uma causa, tem várias. É um somatório delas** (Psicólogo Topázio, em entrevista com a pesquisadora). Na verdade, **não se sabe a causa dos transtornos alimentares. [...] A gente fala muito de fatores que predispõem os transtornos alimentares.** Então, causa é uma coisa que ainda é muito procurada, acho que em

todo o mundo (Psiquiatra Ametista, em entrevista com a pesquisadora). **Causa única a gente não tem. A gente trabalha com um pressuposto, praticamente.** [...] **Mas tu vai ter frequentemente múltiplas causas** (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora). [...] Ele é uma doença mental, **de acordo com o DSM cinco, e ele tem causas multifatoriais** (Nutricionista Safira, em entrevista com a pesquisadora). **As causas podem ser diversas.** [...] **É que aí tu tem que avaliar todo um contexto** (Nutricionista Esmeralda, em entrevista com a pesquisadora).

A Psiquiatra Ametista apontou, que há hipóteses (pois ainda há estudos buscando a/as causas dos TA) que relatam os fatores predisponentes, citando predisposição genética, um perfil biopsicossocial da própria paciente, e, influências do meio que essa paciente cresceu e/ou está presente. Que estão em consonância com os multifatores, destacados pelos outros profissionais. Assim, os fatores predisponentes foram divididos em tópicos e subtópicos, sendo eles: 1) Características pessoais, 1.1) Questões performáticas, 1.2) Autoestima, e, 1.3) Desenvolvimento Físico; 2) Predisposição genética; 3) Influências do meio, 3.1) Traumas, 3.2) Relacionamentos, e, 3.3) Ambiente.

1)Características pessoais - *1.1)Questões performáticas:* [...] **Tu tem questões performáticas, que dão à paciente, por exemplo, muito poder e controle** de alguma coisa na vida (Psicólogo Topázio, em entrevista com a pesquisadora). [...] A gente estudou e viu que adolescentes [...] com **perfil de serem muito exigentes, perfeccionistas**, têm uma tendência maior a desenvolver (TA) (Psiquiatra Ametista, em entrevista com a pesquisadora). [...] Tu tem um perfil geralmente de meninas com uma **tendência ao perfeccionismo** [...] (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora). *1.2)Autoestima:* [...] Então, a gente estudou e **viu que adolescentes com mais baixa autoestima**, com perfil de serem **muito exigentes, perfeccionistas**, têm uma tendência maior a desenvolver (TA). [...] Então, se acredita que sim, que isso vem desde a infância (Psiquiatra Ametista, em entrevista com a pesquisadora). *1.3)Desenvolvimento físico:* [...] Muitas vezes tem **conflitos com a própria sexualidade dessas meninas**. E, o transtorno alimentar, às vezes, ele serve como uma maneira de **manter o corpo meio infantilizado** (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora).

O primeiro tópico, Características pessoais, referimos as “Questões performáticas” como características da construção de uma personalidade. Tavares (2003) que um ser identifica e conhece o mundo a partir do seu contato com o corpo, logo, a construção da sua personalidade, da sua identidade, parte dessa percepção. O corpo torna-se o alicerce da identidade do ser humano. Serassuelo, Scagliusi e Simões (2004) retratam que cada cultura admira e tem como belo e perfeito um padrão diferente de corpo, porém, Souza e Koritar (2018) afirmam que o padrão físico nunca foi tão difícil e praticamente impossível de alcançar. Logo, um cenário de cobranças e imposições sobre a forma do corpo, pode causar

desequilíbrio ou sobrecarga na ligação ininterrupta corpo e psique, gerando transtornos na identidade e imagem corporal. Exemplos de fatores desequilibrantes ou de sobrecarga são explanados pelos profissionais nos subtópicos “Questões performáticas”, “Autoestima” e “Desenvolvimento físico”.

O segundo tópico, Predisposição genética de doenças mentais, abordamos fatores presentes no círculo familiar, principalmente em parentes de primeiro grau (como já apontado anteriormente), como risco de desenvolvimento de TAI. Como também, aponta fatores de risco temperamentais, como a ansiedade na infância e sintomas depressivos (APA, 2014).

2)Predisposição Genética de doenças mentais - **Só que tem toda uma coisa da depressão. Sempre que a gente pensar em transtorno alimentar, a gente pensa em depressão. Não tem como tu dissociar** (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). Tu tem um perfil geralmente de meninas com [...] **uma tendência à ansiedade um pouco maior** [...] (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora).

No terceiro tópico, Influências do meio, retratamos o impacto de fatores externos no desenvolvimento de TAI. No subtópico Traumas abordamos situações emocionalmente e/ou fisicamente impactantes na vida da criança, como situações de grande estresse e complicações entre pais e filhos (APA, 2014). O segundo subtópico, Relacionamentos, refere-se a implicação de situações com pessoas que o ser tem conexão. A família é o relacionamento mais mencionado pelos profissionais nesse sentido, sendo também apontada como fator de risco de TAI por Gonçalves (2013). Dentro do relacionamento familiar, um dos fatores de risco de TAI é o desenvolvimento infantil, a partir dos primeiros anos de vida. Pois, neste período, de acordo com Costa, Romano e Moraes (2008), o índice de crescimento é muito alto, e, há o primeiro laço emocional criado (mãe e filho), a partir da amamentação. E, conforme destaca Sawaya (2018, p. 196), os pais “podem ser modelos determinantes no comportamento para seus filhos [...]”. Como também, a alimentação, pode atuar “De acordo com as condições nas quais se efetua [...] pode assumir um caráter compensatório ou punitivo para os cuidadores e funcionar como um meio de troca para a criança”. Atitude essa que pode se estender para o TAI, transformando-se como uma função no meio familiar, seja ela punitiva ou não.

3)Influências do meio – 3.1) *Traumas*: [...] Tem vários casos que eu já **atendi suicídio de um dos pais**. [...] **Sempre trabalhei com a coisa do uso de drogas** [...]. **Filhos de dependentes químicos...** [...] **Mães extremamente narcisistas** (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). [...] **A menina que sofreu**

bullying [...]. Aquela vez que alguém fez um comentário de que ela estava gorda, estava cheinha, estava com muitas carnes... (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora). [...] A gente tem muito na literatura e na prática clínica **situações de abuso sexual, moral, de violência doméstica, bastante de abandono...** (Nutricionista Safira, em entrevista com a pesquisadora). 3.2) *Relacionamentos:* [...] Geralmente nos casos, **está ligado a relação direta com o primeiro amor, que no caso seria a mãe. São as patologias do vazio. Elas se dão nos quarenta primeiros dias de vida.** [...] Mas eu vejo meninas muito preocupadas e não comendo ou comendo demais para chamar atenção, para chamar o pai e/ou a mãe para tratamento. [...] Mas, assim, cem por cento é projeção familiar. [...] Mães que projetam seus desejos em cima dos filhos e aí os filhos ficam numa sobrecarga imensa de ter que assumir um papel que não cabe [...] (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). [...] **E existem, como eu te disse, cem por cento dos casos uma dificuldade na relação primária, na relação inicial, mãe e filha** (Psicólogo Topázio, em entrevista com a pesquisadora). [...] **Então, o TA na paciente, muitas vezes, ele serve um propósito, ele tem uma função dentro daquela família.** Seja de, por exemplo, manter o casal ali em cuidados ou às vezes o contrário, de tentar separar o casal e gerar um conflito, enfim. [...] **Por isso ele se perpetua e muitas vezes os familiares acabam participando do próprio transtorno, querendo ou não** (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora).

No terceiro subtópico, Ambiente, é apontado pelas explicações dos profissionais o ambiente familiar como fator predisponente de TAI. Conforme Sawaya (2018): “Há fortes evidências [...] de que o comportamento humano, em especial alimentar, é decorrente de uma integração de informações emocionais, [...] imitação de modelos socialmente significativos [...]”. Abrangendo o ambiente familiar, como também outro fator apontado – os influenciadores digitais e os *youtubers*, sendo estes os modelos e ícones da contemporaneidade, através das imagens midiáticas – semelhante ao que era com as revistas e seus ícones e modelos abordados (WOLF, 2019), antes da revolução da internet nos anos 2000.

3.3) *Ambiente:* [...] Então é um **contexto que eu digo que pode começar nos primeiros anos de vida e ter uma sequência** pela maneira com que aquela criança é introduzida na cultura (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). O que eu observo na clínica [...] é que **a gente tem razões sociais, pressão social para ter um corpo da moda, um corpo esbelto, um corpo magro**, por exemplo. **Tu tem, do campo estético, exigências de uma sociedade em busca de uma beleza.** [...] **Maior divulgação de comportamentos inadequados com a alimentação. Muita oferta, extrema oferta, de novas dietas** (algumas sem comprovação nenhuma [...]) (Psicólogo Topázio, em entrevista com a pesquisadora). [...] **Mudança, mudança de escola, [...] mudanças de vida, separação dos pais etc. Junto com a cultura da dieta. [...] É uma cultura de um corpo cada vez mais magro e muitas vezes uma questão dismórfica mesmo** (Nutricionista Safira, em entrevista com a entrevistadora). [...]

Eu acredito que sim, **esses influenciadores, né?! [...]** Então, **tem muita coisa dos youtubers** (Nutricionista Esmeralda, em entrevista com a entrevistadora).

O ambiente social, de acordo com os entrevistados, influi como fator predisponente dos TAI. Gonçalves (2013) enfatiza que o ambiente social, assim como a mídia, é fator de risco para os TAI, uma vez que o implicação destes foi ligado ao culto da magreza. Uma vez que o ser humano se ativa no momento em que se co-move, ou seja, quando tenta alcançar a três exigências estruturais: o bem, a beleza e a verdade. Situações que recordam a vivência do bem, da beleza e da verdade concebem felicidade, pois formam a similaridade entre essa exigência estrutural do ser humano e a aparição de alguma coisa/forma/ser que tenha tais particularidades (Sawaya, 2018). Logo, tais exigências favorecem a criação de padrões sociais, como o padrão social da beleza, o padrão social da magreza, o padrão social da dieta, entre outros abordados no mito da beleza de Wolf (2019). Isto posto, os fatores predisponentes e multifatoriais dos TAI, relatados pelos entrevistados, foram organizados de forma que as informações e classificações ficassem mais didáticas, como apresenta o Quadro 7.

Quadro 7 - Fatores predisponentes e multifatoriais dos TAI apontados pelos profissionais

FATORES PREDISPONENTES E MULTIFATORIAIS DOS TAI APONTADOS PELOS PROFISSIONAIS				
Fatores predisponentes multifatoriais	Perfil biopsicossocial	Características pessoais	1)Questões performáticas	Competitividade, perfeccionismo, controle, poder, alta exigência, perfil ansioso.
			2)Autoestima	Construção da autoestima, baixa autoestima.
			3)Desenvolvimento físico	Não sentir-se confortável com as mudanças do corpo (crescimento dos seios, menarca, sexualidade etc.).
		Predisposição Genética	1)Predisposição a doenças psiquiátricas	Transtorno de ansiedade, depressão, transtorno narcisista.
				Familiar de primeiro grau ter alguma doença psiquiátrica e/ou ter/ter tido TA – herança genética de 50% de mãe para filha.
		Influências do meio	1)Traumas	Abandono, ausência paterna ou materna, pais dependentes químicos, bullying (peso, imagem corporal, aparência etc.), família disfuncional, abuso sexual, abuso moral, violência doméstica, suicídio de um dos pais.

FATORES PREDISPOANTES E MULTIFATORIAIS DOS TAI APONTADOS PELOS PROFISSIONAIS				
			2)Relacionamentos	Relação mãe e filha, relação familiar, mães narcisistas, pais que não sabem dar limites aos filhos, pais que não se envolvem na educação dos filhos, pais que não conseguem desenvolver um diálogo com os filhos.
			3)Ambiente	Ambiente nos primeiros anos de vida do indivíduo (principalmente dos zero aos 40 dias de vida) e durante o seu desenvolvimento, padrão social estético (o mito da beleza), alta distribuição de informação sem comprovação científica (tecnologias da informação, mídia, <i>youtubers</i> , <i>blogueiras</i> etc.), família disfuncional, separação dos pais, mudança de escola.

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Entre os fatores predisponentes e multidisciplinares dos TAI, frisados pelos profissionais, a Nutricionista Safira (em entrevista a pesquisadora), apontou que “[...] a questão da imagem corporal é o que mais manifesta transtorno alimentar”. Sendo que, os fatores que favorecem a manifestação dos Distúrbios de Imagem Corporal têm a sua atuação descrita pelos profissionais de forma semelhante aos TAI. Quando questionados se haveria relação entre os TAI e os DIC, quatro (Psicóloga Rubi, Psicólogo Topázio, Psiquiatra Onix e Nutricionista Safira) dos cinco profissionais (Psicóloga Rubi, Psicólogo Topázio, Psiquiatra Onix, Nutricionista Safira e Nutricionista Esmeralda), que relataram sobre essa relação na infância, afirmaram que sim, há relação direta entre eles.

[...] São **crianças que não são investidas**, são crianças que se criam sozinhas. E elas **têm que procurar referência nos estranhos**. [...] Eu já tive casos da **família inteira ser muito voltada só pra essa questão da imagem. E aí deposita. A criança vai se desenvolvendo a partir desses valores**. [...] Porque todo mundo tem que ser bonito na família. **Esse culto à beleza, né?** [...] Mas o que ajuda é **a baixa autoestima, tá?!** [...] Mas, sim, sempre a imagem corporal, ela está relacionada ao **desejo de ser amada, ao desejo de ser visto**, nessas questões de transtornos alimentares (Psicóloga Rubi, em entrevista com a pesquisadora). [...] Mas eu acho que, assim, se tivesse que apontar alguma coisa, eu acho que **o consumo de muitas coisas relacionadas com essa questão do peso**, certamente devem influenciar (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora). [...] Influenciam, sim. Junto com **a cultura da dieta** [...] Essa **cultura do corpo**, sim, é uma **cultura de um corpo cada vez mais magro** e muitas vezes uma questão dismórfica mesmo. [...] Muita **cirurgia plástica**, muito **procedimento estético**

[...] (Nutricionista Safira, em entrevista com a pesquisadora). [...] Esses **influenciadores**, né?! [...] Então, tem muita coisa dos **youtubers** (Nutricionista Esmeralda, em entrevista com a pesquisadora).

Uma das entrevistadas (Nutricionista Esmeralda) afirmou que há relação, porém esta só é despertada em crianças mais “velhas”, exemplificando com o caso de um menino de doze anos - através do convívio social, da percepção de corpos diferentes no ambiente escolar, do bullying no ambiente escolar por conta de seu corpo ou a família apontar que ele está em um padrão diferente dos demais (ex.: todos magros e a criança engordando). E, demais entrevistados afirmam que essa relação acontece através da falta de simbolização de conflitos internos da paciente (Psicóloga Rubi), do corpo comunicando um sintoma da mente (Psicólogo Topázio), de uma construção mental de um corpo ideal (Psiquiatra Onix) ou a valoração de uma forma física ideal (Nutricionista Safira). Portanto, por os DIC anteceder ou serem derivados dos TA, eles tem causas multifatoriais e fatores interligados com os TA, como apontaram os entrevistados anteriormente (e mostra o Quadro 8).

Quadro 8 - Fatores predisponentes e multifatoriais dos DIC apontados pelos profissionais

Fatores predisponentes multifatoriais	Perfil biopsicossocial	Características pessoais	1)Autoestima	A baixa autoestima.
		Influências do meio	1)Traumas	Abandono, maus tratos na infância, falta de referência adulta.
		2) Relacionamentos	Abandono, maus tratos na infância, falta de referência adulta; Família.	
		3) Ambiente	Ambiente familiar; padrão social do culto da beleza; consumo de conteúdo de influenciadores digitais e <i>youtubers</i> .	

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Por conseguinte, as imagens midiáticas já fazem parte da cultura contemporânea de maneira intrínseca, seja de maneira inconsciente no ambiente, através de todos os tipos de telas digitais disponibilizadas em todo tipo de recinto (*tablets*, celulares, TV, painéis de *led* etc.), ou através do costume/hábito do uso de telas para qualquer atividade (até mesmo distrair crianças ou como brinquedo para crianças). Como ressaltam os entrevistados:

[...] Só tu ver os pais no restaurante, é uma tristeza... Tu vê o pai e a mãe, cada um em um celular, e aí eles já dão o celular pra criança na cadeirinha alta. Então eles vão almoçar fora, eles nem olham a comida. Que aliás, a coisa de comer conectada faz um mal tremendo (Psicóloga Rubi, em entrevista a pesquisadora).

[...] Uma criança que recebe um *smartphone* e um *tablet*, com dois anos de idade, ela está sendo massivamente conduzida para um tipo de pensamento e de raciocínio que o *tablet* oferece. Eu preferia que tu desse os brinquedos para ela brincar. [...] Mas, assim, a infância hoje, ela está sendo, vamos dizer assim, bastante influenciada pela presença desse mundo de informações, do mundo digital. [...] O que eu noto nos casos de transtorno alimentar? Existem falhas no processo de simbolização. É aquilo que eu te disse, o corpo fala, não a mente. Não há palavra, um ato, relato. E nesse mundo de atos, falta relato. O relato é da simbolização. A simbolização do mundo virtual é diferente da simbolização de tu pegar um brinquedo, manusear, montar, desmontar. Cria um outro tipo de construção mental. Como cada vez mais cedo as crianças são presenteadas com esse tipo de informação e de entretenimento, eu temo que isso vai gerar novas gerações cada vez mais afetadas por isso (Psicólogo Topázio, em entrevista a pesquisadora). [...] Digamos assim, se a gente pusesse uma espécie de filtro que a criança não pudesse acessar o Instagram das modelos supermagras, isso não ia adiantar nada. Porque é uma coisa muito mais ampla. É a imagem que está ali, a imagem que está na TV, a imagem que está na capa da revista, que está na banca... Isso aí está por tudo (Psiquiatra Onix, em entrevista a pesquisadora).

As imagens midiáticas não são fatores predisponentes únicos, elas atuam como meio e precisam operar com outros fatores predisponentes, em forma de conteúdo, para serem entregues a alguém. Em concordância com Parente (1993), que destaca que a imagem midiática digital é um meio de transformação entre as informações que entravam e saiam dos veículos de comunicação que portavam as imagens midiáticas digitais. A imagem midiática é um utilitário de um mercado econômico e utiliza a imagem do corpo para obter maiores rendimentos lucrativos nesse cenário – uma vez que o corpo está confinado no ambiente social, sendo fonte explícita de investimento comunitário (LE BRETON, 2012). Dessa forma, investimento e difusão de padrões da corporeidade, é uma maneira de lucro deste mercado econômico, como, por exemplo, o padrão social da magreza, o padrão social da beleza e da beleza estética, e todos citados pelo mito da beleza, elaborado por Wolf (2019). Estes padrões podem ser compartilhados por pessoas e/ou conteúdos formulados, através das tecnologias da comunicação, que, por exemplo, pode ser o caso de influenciadores digitais e *youtubers*. Pois, como frisa a Nutricionista Esmeralda (em entrevista a pesquisadora):

Então, eu acho que esses *youtubers* que eles seguem, que se identificam e que ficam fãs e tal, eu acredito que eles têm uma influência sobre isso, sim. Deles quererem ser como eles, fazer as coisas que eles fazem. Então isso, isso também é uma forma de gerar algum transtorno. Porque a pessoa, ela de fato não sabe o que na verdade a pessoa faz ou não. Porque ela está vendendo ali uma imagem e algo que, daqui a pouco, é até comprado. Assim... Ela foi paga para fazer aquele *merchan*, né?!

Por este ângulo, na quarta categoria apresentada, 4) Imagens Midiáticas – fatores predisponentes e multifatoriais, foi possível verificar dois quesitos ponderosos. Primeiro, identificar os fatores predisponentes multifatoriais apontados pelos profissionais, dividindo-os de acordo com os DIC e os TAI (Quadro 7 e Quadro 8). E, segundo, explorar que as imagens midiáticas são fatores predisponentes dos DIC e TAI. Porém elas não atuam de forma individual, porque necessitam de outros fatores predisponentes como conteúdo dessa imagem midiática, que podem ser padrões sociais de beleza, padrões sociais relacionados ao corpo e ícones das mídias digitais, como influenciadores digitais e *youtubers* (que, podem atuar como veículo desses padrões, conforme os seus conteúdos).

6.5 FATORES PREDISPONETES E MULTIFATORIAIS - RESULTADOS

Os fatores predisponentes dos DIC são divididos em dois tópicos e quatro subtópicos; o tópico características pessoas, com o subtópico autoestima, e, o tópico influências do meio, com os subtópicos traumas, relacionamentos e ambiente. Entretanto, alguns tópicos e subtópicos são gerados por outros, como o subtópico autoestima de características pessoas, e, o subtópico traumas de influências do meio, que são formulados pelo ambiente e relacionamentos no desenvolver do indivíduo. Assim, ficando dois grandes fatores predisponentes dos DIC, os relacionamentos e o ambiente, como apresenta o Quadro 9.

Quadro 9 - Principais Fatores predisponentes multifatoriais dos DIC

Fatores predisponentes multifatoriais		
Relacionamentos	Família.	Autoestima baixa; traumas.
Ambiente	Ambiente familiar; padrão social do culto da beleza; consumo de conteúdo de influenciadores digitais e <i>youtubers</i> .	

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Os fatores autoestima baixa e traumas estão presentes em ambos os subtópicos relacionamentos e ambiente, pois os subtópicos presentes nos relacionamentos (família) e ambiente (ambiente familiar, padrão social do culto da beleza, consumo de conteúdo de influenciadores digitais e *youtubers*) podem influenciar no desenvolvimento da baixa autoestima de uma criança e seus traumas. Logo, os principais fatores predisponentes multifatoriais dos DIC, em uma ordem de impacto (com base no relato dos profissionais) seriam primeiramente a família (junto do ambiente familiar), segundo, o padrão social do culto da beleza (o mito da beleza), e, em terceiro, o consumo de conteúdo de influenciadores

digitais e *youtubers*. O primeiro fator é apontado pelos entrevistados no relacionamento familiar em relação aos costumes ensinados de pais para filho, a patologias geradas através do laço “mãe e filho” nos 40 dias de vida do bebê, TAI sendo um fator para chamar os pais para tratamento, a família ignorando o TA da criança mesmo com sintomas explícitos, entre outros.

[...] Nós estamos falando de doenças que são da etapa muito primitiva da construção do psiquismo. Lá do bebezinho, dos quarenta dias de vida. [...] E tu vai dizer assim ‘Tá, mas por quê? [...] O que tem a ver o se alimentar com isso?’. Pois é. Ninguém pode dizer assim ‘Ah, foi por esse dia que a tua mãe não te deu o peito quando tu estava chorando, então, ali tu gerou um transtorno’. Não, não é assim. Mas a gente sabe que a alimentação, por fazer parte constantemente do início da vida, ela pode a partir de uma percepção de falhas... [...] Ela pode passar isso pra um filho de várias formas. [...] São mães e filhas simbióticas, muito próximas ou então o oposto. [...] Porque a diferença é que a criança normalmente está tentando construir alguma coisa sua (Psicólogo Topázio, em entrevista com a pesquisadora). [...] Às vezes tu, a mãe ou o pai não têm anorexia, mas são eles são extremamente *fitness*, digamos assim. [...] E aquilo ali passa a ser uma espécie de valor familiar. E aí, quando tem alguém que extrapola, fica mais difícil de perceber que a pessoa extrapolou. [...] Uma participação da família que ficou cega para isso por um tempo, não conseguiu observar que tinha uma menina/um menino definhando na frente deles. ‘Mas ela está se cuidando, porque ela não quer ficar gorda e tal’. Sempre tem uma justificativa meio racionalizada (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora).

O segundo e terceiro fatores tem em comum o meio que estas informações estão e são acessadas pelas crianças: a mídia. Os entrevistados relatam que a mídia é “mais uma droga” que colabora com o surgimento dos TAI e dos DIC, pois é um espaço que ilusoriamente satisfaz o desejo de validação que uma pessoa com baixa autoestima tenha (Psicóloga Rubi). Como também, a mídia não ser apenas um fator de influência nos TAI e DIC, mas gerar e fazer uma manutenção nesses transtornos, dado que com uma tecnologia digital da comunicação na palma da mão (como *smartphones* e *tablets*), o acesso à informação é livre, basta acessar um site de busca, por exemplo. É possível encontrar sites que incentivem e deem dicas de como ter e permanecer com um TA (Psicólogo Topázio). Porém, não há ampla difusão de informações sobre os TA (características, diagnóstico, tratamento, prevenção etc.), e quando algo vem na mídia, por vezes é caricaturizado (Psiquiatra Onix).

Apontam, também, que concordam com estudos e autores que compartilham do pensamento que há um aumento da exigência da autoimagem, a partir de um padrão social do culto da beleza – o mito da beleza – e da magreza/da dieta, em encargo da influência e pressão

da mídia (junto de outros fatores predisponentes). Há um padrão de beleza estabelecido e compartilhado nas mídias, e, sendo assim, há a edificação de um ideal de beleza desde muito cedo nas crianças (Psiquiatra Ametista). O que pode acontecer de, através das próprias meninas, se dissipar um reforço deste ideal através de desafios de “beleza”, como ter a cintura menor que uma folha A4 ou ter uma regra das pernas não poderem de encostar (serem finas), por exemplo, e outras meninas, em situação vulnerável, serem induzidas por isso, por essa idealização da magreza. Como também a mídia reforçar esse estereótipo através de, por exemplo, escolha de apenas atrizes/modelos magras/extremamente magras para os programas midiáticos, ignorando outros tipos de corporeidades (Psiquiatra Onix). Ou até mesmo o consumo de conteúdo de influenciadores digitais e *youtubers*, sem saber ao certo o fundamento/a base daquele conteúdo (publicidade, conteúdo pago, informações corretas etc.) e por ser fã, ter admiração por aquele ídolo, quer copiar o seu *lifestyle* dissipado pela mídia (Nutricionista Esmeralda).

Logo, o consumo dessas imagens na mídia, com o reforço do culto da beleza e da magreza, na infância, possa impactar para uma predisposição a TA e DIC, mas não apenas isso, pois isso está enraizado na sociedade de uma maneira tão profunda, que além de também afetar o gênero masculino (podendo estimular um TAI e DIC), talvez barrar essas imagens midiáticas nem adiantasse, pois teriam outros exemplos para reforçar esse “ideal”. O movimento para uma mudança é muito maior. É um entendimento enquanto sociedade (Psiquiatra Onix). A partir destas colocações, podemos afirmar que as imagens midiáticas têm relação com o desenvolvimento de DIC em crianças do gênero feminino. Complementando com o que quatro dos cinco profissionais que responderam se os TAI e os DIC estão relacionados, apontaram que sim, eles estão relacionados. Como também, o gênero predisposto no perfil apontado pelos entrevistados nos TAI, foi o gênero feminino. Dessa maneira respondendo ao primeiro objetivo específico estabelecido nesta pesquisa: 1- analisar se as imagens midiáticas têm relação com o desenvolvimento, em crianças do gênero feminino, de distúrbios de imagens corporais derivados dos transtornos alimentares.

Por conseguinte, o período da infância que isso ocorre é durante toda a infância (primeira e segunda infância), em vista que, os DIC, assim como os TAI, são transtornos multifatoriais e acumulativos. Ou seja, são fatores (diversos) que vão se acumulando desde o início da vida, até que, com a soma de um fator distinto, há o gatilho para o TAI e, em consequência, os DIC. Dessa maneira, se os TAI e os DIC são doenças acumulativas e multifatoriais, elas precisam de mais de um fator para edificarem-se e tempo para poderem se

acumular, até “estourarem” com algum gatilho. Logo, não são fatores/casos isolados que as irão gerar.

Por exemplo: Primeira infância - Nos 40 dias de vida de um bebê foi gerado uma patologia do vazio (desafeto, abandono), a partir do laço com a mãe (que já tinha um TA, portanto passou a genética para o bebê). No decorrer do seu desenvolvimento, essa patologia do vazio transformou-se em sintomas depressivos, junto de baixa autoestima. Segunda infância - Acesso à tecnologia (ganhou um celular, computador, de presente), teve acesso a redes de busca e redes sociais. A partir disso, começou a acompanhar blogueiras da moda, em redes sociais como o Youtube (principal rede social de compartilhamento de vídeos da contemporaneidade), onde divulgavam produtos dietéticos, as suas próprias dietas passadas por nutricionistas, rotina de treinos físicos e procedimentos estéticos para ficarem magras. E, passou a frequentar um novo colégio onde sofreu bullying referente ao seu corpo (foi chamada de “gorda” e termos pejorativos por colegas). O que foi o gatilho para a menina (de peso, IMC, normal para a sua idade) desenvolver anorexia e passar a se enxergar no espelho de maneira distorcida, com obesidade mórbida, um distúrbio de imagem corporal.

Neste cenário anterior, a menina já havia desenvolvido fatores predisponentes para TAI e DIC na primeira infância. Porém, no seu desenvolvimento, esses fatores foram se acumulando com outros que foram surgindo no ambiente, até que, no período que os profissionais apontam como mais recorrente dos TAI, a segunda infância, ocorreu um gatilho para gerar TAI e DIC, como apontam os profissionais:

[...] A manifestação, geralmente, ela precisa ter essa causa, que acontece lá na primeira infância. Uma família disfuncional, enfim... E aí o gatilho que é a manifestação. [...] Então, por exemplo, um paciente que sofreu abuso com dois aninhos, passou a vida e na adolescência teve mais um fator etiológico que interagiu (que foi, sei lá, a cultura da magreza [...]). Então esse abuso pré-dispõe e o fator da mídia etc. precipitou o transtorno, aí ele veio e apareceu. É sempre assim. Então, por isso que o mais comum é que vá acontecer no final da infância, indo para a adolescência. Mas, geralmente, é uma questão que já vem desde a pequena infância (Nutricionista Safira, em entrevista com a pesquisadora). [...] É uma coisa que vai se acumulando ao longo da vida, por várias razões. E aí, quando tu vê, daqui a pouco a coisa estoura. Claro que a coisa vem de uma maneira insidiosa. Vai viver meio escondida (Psiquiatra Onix, em entrevista com a pesquisadora).

Isto posto, é possível afirmar que o segundo objetivo específico deste trabalho (2-investigar, caso tenha relação, qual período da infância isso ocorre e como ocorre) foi alcançado, expondo que pelo motivo dos TAI e os DIC serem transtornos multifatoriais e

acumulativos, estes transtornos necessitam de, no mínimo, dois fatores predisponentes, o que também requer tempo para poder acumularem-se, desenvolverem-se a ponto de “estourarem” com algum estímulo. Não são formados por fatores e casos únicos. Portanto, o período da infância que as imagens midiáticas têm relação com desenvolvimento de DIC (decorrentes de TAI) em crianças do gênero feminino é tanto na primeira infância quanto na segunda infância.

Logo, atendendo a pergunta de pesquisa, a relação da imagem midiática sobre o corpo infantil, nos distúrbios de imagem corporal, derivados dos transtornos alimentares na infância, na visão dos profissionais que atendem esses casos é: as imagens midiáticas são um dos fatores predisponentes multifatoriais dos DIC (decorrentes dos TAI), atuando em conjunto com os fatores predisponentes multifatoriais ambientais, sendo meio de informação do padrão social do culto da beleza (incluindo o culto da magreza e o culto da dieta – todos inclusos no mito da beleza) e sendo meio de informação de conteúdo de redes sociais (como o conteúdo de influenciadores digitais e *youtubers*).

Portanto, os resultados alcançados nesta pesquisa foram além do objetivo geral e dos objetivos específicos propostos (resultados 1, 2 e 3), apresentando os pontos: 1- As imagens midiáticas tem relação com o surgimento e progresso de distúrbios de imagem corporal em crianças do gênero feminino. 2- O intervalo da infância em que as imagens midiáticas tem conexão com o surgimento e progresso dos DIC é tanto a primeira quanto a segunda infância. 3- As pessoas de classe baixa tem TAI, e a razão de que a classe média e a classe alta sejam apontadas mais frequentemente (de forma praticamente unanime), é que os valores do tratamento de TAI e DIC são elevados, comparados com a média salarial da classe média. Dessa forma, restando apenas a rede pública de saúde e, por exemplo, na cidade de Porto Alegre, as opções de locais para tratamento de TAI e DIC são escassas, possibilitando lotações recorrentes e deixar uma pessoa de classe baixa “à deriva” de um tratamento médico. Ou, também, é possível que uma pessoa de classe baixa consiga uma vaga em uma instituição de saúde pública, mas não consiga ir adiante com o tratamento prescrito, pois os valores dos remédios são elevados para a sua condição financeira. Dessa forma, a razão para a classe baixa ser apontada como “pessoas que não tem TAI”, é porque contabilização de pessoas de classe baixa nos tratamentos de TAI é minúscula, comparada com as pessoas de classe média e classe alta. 4- Os fatores predisponentes dos DIC possuem uma ordem de impacto e influencia, sendo o primeiro fator a família e ambiente familiar. O segundo e o terceiro fator são possíveis fontes de conteúdo dispersadas pelas imagens midiáticas, através de ícones contemporâneos (influenciadores digitais e/ou *youtubers*) ou não. Portanto, o segundo fator é o padrão social de beleza (o mito da beleza), e, o terceiro, o consumo de conteúdo

influenciadores digitais e *youtubers*. 5- O desenvolvimento de TAI e DIC no gênero masculino não é um sinônimo de vaidade ou avanço do feminismo, mas sim um sintoma de que o mito da beleza (junto de todos os padrões que ele abrange) está fixo na sociedade e avançando para além do gênero que foi projetado, como aponta Wolf (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, realizada durante os anos de 2020 e 2021, período da pandemia do novo Coronavírus, na cidade de Porto Alegre, com profissionais atuantes em hospitais da rede privada e pública de saúde da cidade, que atendiam crianças com Distúrbios de Imagem Corporal e Transtornos Alimentares na Infância, teve como objetivo geral analisar a participação da imagem midiática sobre o corpo infantil nos distúrbios de imagem corporal derivados dos transtornos alimentares na infância, a partir da visão de profissionais que tratam de tais quadros. E, os objetivos específicos que conduziram este estudo foram: 1- analisar se as imagens midiáticas têm relação com o desenvolvimento em crianças do gênero feminino de distúrbios de imagens corporais derivados dos transtornos alimentares; 2- investigar, caso tenha relação, qual período da infância isso ocorre e como ocorre; e conforme a informação obtida pelo funcionário do CAPSi de que apenas a classe média e alta teriam TA e TAI, 3- verificar o motivo de pessoas (crianças) de classe baixa não terem transtornos alimentares e qual seria a razão de apenas pessoas de classe média e alta ter.

O segundo capítulo, “Imagens midiáticas e o corpo como imagem”, foi construído com base nos conceitos de Parente (1993), apresentando a definição de imagem midiática, e a sua utilidade dentro da mídia, ou seja ser a imagem elaborada para percorrer pela interface de tecnologias da comunicação, carregando um conteúdo/mensagem particular, para entrega-lo a um público específico (GOLIOT-LETÉ *et al.*, 2011), determinado por uma empresa/marca que compõe o mercado econômico midiático, assim como o mercado da imagem. Mercados estes que utilizam da imagem do corpo para a obtenção de lucros uma vez que o corpo é “objeto concreto de investimento coletivo” (LE BRETON, 2012, p. 77).

A autoimagem corporal é o reflexo do itinerário de um corpo, marcado pelas percepções e emoções. Sendo a sua edificação interligada com a construção da identidade do indivíduo. Porém, cada cultura constrói um ideal de como cada indivíduo deve ser, portar e parecer, o que se aplica aos gêneros masculinos e femininos, em todas as idades. Logo, o terceiro capítulo, “Gênero feminino e a infância”, foi elaborado nas visões de Barreto, Araújo e Pereira (2009) para apresentar as definições de gênero; Prá (2017) para elucidar a construção do gênero feminino no Brasil; Wolf (2019) apresentando as concepções do mito da beleza e as suas consequências nas mulheres e na sociedade; e, Belloni (2009) e Ariès (1986) trazendo a visão da sociologia da infância para contextualizar as etapas da infância e o gênero feminino na infância.

No quarto capítulo, “Distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares na infância”, discorreu-se sobre as concepções de distúrbios de imagem corporal e os seus impactos, com base em Alvarenga, Souza e Koritar (2018). Também foi apresentado as definições dos transtornos alimentares na infância com base no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais da *American Psychiatric Association* (2014).

No capítulo posterior, “Percurso metodológico”, aplicou-se a retratar as metodologias abordadas nessa pesquisa: pesquisa bibliográfica e entrevista em profundidade. Como também, foi apresentado a trajetória decorrida até a escolha das metodologias e os dados coletados em campo. O capítulo seis, “Análise e resultados”, tratou de percorrer a interpretação das informações adquiridas, e, responder ao problema de pesquisa “qual a relação da imagem midiática sobre o corpo infantil nos distúrbios de imagem corporal derivados dos transtornos alimentares na infância na visão dos profissionais que atendem esses casos?”.

Neste trabalho foi possível observar que a relação midiática sob o corpo infantil nos DIC derivados dos TAI, na visão dos profissionais que atendem esses casos, é de que as imagens midiáticas são um dos fatores predisponentes dos DIC e TAI. E, atuando de maneira constante na vida dessas crianças, dado que, atualmente, as telas das tecnologias da comunicação estão dispersas em todos os lugares, como também o seu uso é incentivado por pais/responsáveis. Logo, as imagens midiáticas são um veículo de conteúdos predominantes e culturas enraizadas da sociedade, que podem/ou não serem transmitidos por ícones da “moda”, dessa maneira, padrões como o padrão da beleza/magreza/dieta e o mito da beleza são perpetuados e difundidos na sociedade.

Isto posto, no início dessa trajetória, a autora tinha uma predisposição de grande culpabilização das imagens midiáticas para com os DIC derivados dos TAI em crianças do gênero feminino, hipotetizando de que este fosse o fator predisponente mais forte do distúrbio, seguido da cultura e sociedade, e que atuassem separados de forma individual. Porém, a pesquisa desenvolvida apontou um cenário diferente do que era imaginado, mostrando que os fatores predisponentes são multifatoriais, atuam de maneira conectada, que as imagens midiáticas é um dos fatores e que o fator mais impactante para os DIC é a família e o ambiente familiar.

Nessa perspectiva, o resultado dessa pesquisa trouxe uma nova visão para a pesquisadora, a visão de que, é necessário ainda avaliar o contato e manejo de crianças com as imagens midiáticas, através de tecnologias da comunicação. Em virtude da presença constante das mídias, sobretudo da Internet, nas vidas das gerações recentes, ainda necessitamos de

novos estudos para registrar, analisar e compreender as consequências desse contato em uma tenra idade. Dessa maneira, como aponta Ponte (2019): “[...] é fundamental debater, entre outras coisas, o consumo ali incitado e os prejuízos ao bem-estar físico, social, emocional que isso tem gerado nas vidas de crianças de diferentes classes sociais, raças, gêneros, idades.”

E, uma segunda perspectiva que foi gerada através desse caminho percorrido, foi a necessidade de um olhar mais atencioso para com as crianças dentro do ambiente familiar e na relação familiar. Os impactos gerados por esse cenário são grandes e precisam ser olhados com atenção, ou, até mesmo, reformulados. Pois, o ambiente de primeiras conexões sociais e aprendizados, que influencia na edificação da identidade pessoal da criança, deveria ser saudável e não fator predisponente de distúrbios e transtornos. Uma vez que, como afirma Faria e Finco (2011), cuidar do corpo (que está conectado com a psique) integra as carências que todas as crianças tem para a sua educação e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. L. M.; FISBERG, M. A. A inapetência na infância. **Alimentação na infância**, São Paulo, n. 2, p. 1-8, 2003.
- ALVARENGA, M. dos S. *et al.* Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 44-51, maio 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/HSqHsxTvSspHS3KQ3xXwHBx/?lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2022.
- ALVARENGA, M.; SOUZA, A. C.; KORITAR, P. Distúrbios da imagem corporal em seus aspectos perceptivos e atitudinais. *In*: DE BRITO, M. J. A.; CORDÁS, T. A.; FERREIRA, L. M. (orgs.). **Transtorno dismórfico corporal**. São Paulo: Hogrefe, 2018.
- AMARAL, A. C. S.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. A cultura do corpo perfeito: a influência sociocultural na imagem corporal. *In*: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (orgs.). **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de fora: UFJF, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANCONA, F. L. Ansiedade Familiar e alimentação da criança. *In*: CONSTANTINO, C. F.; RAMOS, J. C. R. (org.). **Bioética e atendimento pediátrico**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- ANSCHUTZ, D. *et al.* Watching your weight? The relations between watching soaps and music television and body dissatisfaction and restrained eating in young girls. **Psychology Health**, [s. l.], v. 24, p. 1035-1050, out. 2009. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Watching-your-weight-The-relations-between-watching-Anschutz-Engels/b8993c9d280dcd5bafc58594955a5ed4f5be35ca>. Acesso em: 27 fev. 2022.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- ARUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 1976.
- AZAMBUJA, M. M. B. **Crianças X publicidade de alimentos: uma solução pelos princípios constitucionais**. Porto Alegre: Gráfica e Editora RJR, 2016.
- BAITELLO JUNIOR, N. **A era da iconofagia: reflexões sobre imagem, comunicação, mídia e cultura**. São Paulo: Paulus, 2014.

BANERJEE, S. P. *et al.* Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, [s. l.], v. 26, n. 5, p. 123-127, abr. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15827464/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

BARRETO, A.; ARAÚJO, L.; PEREIRA, M. E. (orgs.). **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais**. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.

BASTOS, M. C. P.; FERREIRA, D. V. **Metodologia científica**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016.

BELLONI, M. L. **O que é sociologia da infância**. Campinas: Autores Associados, 2009.

BERGER-GROSS, P. *et al.* The effectiveness of risperidone in the treatment of three children with feeding disorders. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 621-627, dez./mar. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15662156/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, mar. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, [s. l.], v. 101, n. 3, p. 539-549, 1998. Disponível em: https://www.publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/101/Supplement_2/539/28074/Development-of-Eating-Behaviors-Among-Children-and?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Primeira infância: avanço do marco legal da primeira infância**. Brasília, DF: Centro de estudos e debates estratégicos; Frente parlamentar mista da primeira infância, 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRESOLIN, A. M. Alimentação da criança normal. *In*: CADERNO temático da criança. Prefeitura da Cidade de São Paulo/Unesco, 2003.

BRYANT-WAUGH, R.; LASK, B. Eating disorders in children. **Journal of Child Psychiatry and Allied Disciplines**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 191-202. Fev. 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7759586/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem corporal: conceito e evolução das pesquisas. *In*: TAVARES, M. C. G. C. F.; CAMPANA, A. N. N. B. (orgs.). **Avaliação da imagem corporal**: instrumento e diretrizes para a pesquisa. São Paulo: Phorte. 2009.

CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História**: questões & debates, Curitiba, n. 42, p. 71-80, jan./jun. 2005. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/4640/3800>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image**: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilfor Press. 2002.

CENTRO de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) – Casa Harmonia. *In*: PREFEITURA de Porto Alegre. Porto Alegre, [2021?]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=2&p_secao=834. Acesso em: 07 mar. 2022.

CLASSE média: impacto economico da pandemia. *In*: LOCOMOTIVA instituto de pesquisa. São Paulo, [2021]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/04/impacto-economico-na-classe-media-2021.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2022.

COGNITIVO. *In*: SIGNIFICADOS. [S. l.], c2011-2022. Disponível em: <https://www.significados.com.br/cognitivo/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Tabela de Honorários**: serviços, 01 jun. 2021. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/servicos/tabela-de-honorarios/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CONTI, M. A.. Os aspectos que compõem o conceito de imagem corporal pela ótica do adolescente. **Revista brasileira do crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 240-253, dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2022.

COOPER, P. J. *et al.* Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family enviroment. *British Journal Psychiatry*, [s. l.], n. 184, p. 210-215, mar. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14990518/>. Acesso em: 07 mar. 2022.

CORDAS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – instrumentos de avaliação: Body Shape Questionnaire. **Psiquiatria Biológica**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 17-21. 1994.

COSTA, C. Z. G. da; ROMANO, K. M. G.; MORAIS, R. M. C. B. de. Transtornos da Alimentação. *In*: WEINBERG, Cybelle (org.). **Transtornos alimentares na infância e adolescência**: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Sá Editora, 2008.

DE BRITO, M. J. A.; NAHAS, F. X.; FERREIRA, L. M. Abdominoplastia – o abdome que contorna a imagem do corpo. *In*: DE BRITO, M. J. A.; CORDÁS, T. A.; FERREIRA, L. M. (orgs.). **Transtorno dismórfico corporal**. São Paulo: Hogrefe, 2018.

DIVULGAÇÃO do perfil de morbimortalidade da unidade hospitalar. *In*: GOVERNO do Brasil. Brasília, DF, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>. Acesso em: 27 fev. 2022.

DUARTE, Jorge *et al.* **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

FARHAT, T.; JANNOTTI, R. J.; CACCAVALE, L. J. Adolescent overweight, obesity and chronic disease-related health practices: Meditation by body image. **Obesity Facts**, [s. l.], v. 7, p. 1-14, fev. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992951/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

FARIA, A. L. G. de; FINCO, D. (orgs.). **Sociologia da infância no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2011.

FELDMAN, R. *et al.* Mother child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors. **Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry**, [s. l.], v. 43, n. 9, p. 1089-1097, set. 2004. Disponível em: <https://ruthfeldmanlab.com/wp-content/uploads/2019/06/touch-patterns-and-infant-feeding-disorders.JAACAP2004.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2022.

FERREIRA, M. E. C. *et al.* Imagem Corporal: Contexto histórico e atual. *In*: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (orgs.). **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: UFJF. 2014.

FLEITLICH-BILYC, B. Saúde mental e Transtornos Alimentares em crianças e adolescentes no Brasil: a importância da criação de serviços especializados. *In*: WEINBERG, C. (org.). **Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Sá Editora, 2008.

FLEITLICH-BILYC, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, [s. l.], p. 727-734, jun. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15167089/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

FLUSSER, V. **O mundo codificado: por uma filosofia do design e da comunicação**. Tradução de Raquel Abi-Sâmara. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

FOX, C.; JOUGHIN, C. Types of eating problem. *In*: FOX, C.; JOUGHIN, C. **Childhood-onset eating problems: findings from research**. London: Gaskell, 2002.

GOLIOT-LETÉ, A. *et al.* **Dicionário de imagem**. Tradução de Victor Silva. Lisboa: Edições 70, 2011.

GOMES, L. **Escravidão: do primeiro leilão de cativos de Portugal à morte do Zumbi dos Palmares, volume 1**. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2019.

GONÇALVES, J. de A. *et al.* Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/FhGt8KPLRMTDkmKvM4HtQPh/?lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2022.

GOULART, C. F.; CARVALHO, P. A. de. Corpo ideal e corpo real: a mídia e suas influências na construção da imagem corporal. *In: PSICOLOGIA.PT. [S. l.]*, 2017. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?corpo-ideal-e-corpo-real-a-midia-e-suas-influencias-na-construcao-da-imagem-corporal&codigo=A1209&area=D15C. Acesso em: 27 fev. 2022.

GRAY, David E. **Pesquisa no mundo real**. Tradução: Roberto Cataldo Costa. 2. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Tradução de Sonia Fuhrmann. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MACHADO, C. K. *et al.* Rejuvenescimento facial – o tempo imutável. *In: DE BRITO, M. J. A.; CORDÁS, T. A.; FERREIRA, L. M. (orgs.). Transtorno dismórfico corporal*. São Paulo: Hogrefe, 2018.

MARTINO, L. M. Sá. **Teoria das Mídias Digitais: linguagens, ambientes, redes**. Petrópolis: Vozes, 2014.

MCCANN, H. *et al.* **O livro do feminismo**. Tradução de Ana Rodrigues. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2019.

MIRAGEM, B. **Curso de direito do consumidor**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

MOREIRA, L. M. A. Desenvolvimento e crescimento humano: da concepção à puberdade. *In: MOREIRA, L. M. A. Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual* 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011. *E-book*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/7z56d/11>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MULKENS, S. *et al.* Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, [s. l.], v. 65, n. 3, p. 321-327, mar. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030078/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MUNHOZ, J. **Instagram para negócios: aprenda a vender todos os dias transformando seguidores em clientes**. São Paulo: DVS Editora, 2020.

NEIGHBORS, L. A.; SOBAL, J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. **Eating Behaviors**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 429-439, dez. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17950931/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

NOGUEIRA, H. F.; MELO, V. A.; VASCONCELLOS, A. C. G. D. Transformações na alimentação no Brasil e no mundo. *In: RIBEIRO, M. A.; NOGUEIRA, H. F.; MELO, V. de A. A. (orgs.). Transtornos alimentares e obesidade: pesquisa, prevenção e intervalo psicossocial*. Curitiba: CRV, 2018. p. 27-40.

O QUE é anamnese? – Saiba como é e como funciona. *In*: INSTITUTO PARANAENSE DE TERAPIA COGNITIVA (IPTC). Curitiba, 19 mar. 2021. Disponível em: <https://iptc.net.br/o-que-e-anamnese/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

OLIVEIRA, A. F. de *et al.* Transtorno Dismórfico Corporal e a pele. *In*: DE BRITO, M. J. A.; CORDÁS, T. A.; FERREIRA, L. M. (orgs.). **Transtorno dismórfico corporal**. São Paulo: Hogrefe, 2018.

ORDEM NACIONAL DE PSICANALISTAS. **Tabela de Honorários**. Nilópolis, ago. 2017. Disponível em: <http://www.onp.org.br/index.php/servicos-exclusivos/82-tabela-de-honorarios>. Acesso em: 27 fev. 2022.

OSÓRIO, R. G. TD 2657 – A desigualdade racial no Brasil nas três últimas décadas. *In*: IPEA. Brasília, 11 jun. 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38083&Itemid=457. Acesso em: 07 mar. 2022.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D.; MARTORELL; G. **Desenvolvimento humano**. Tradução de Carla Filomena Marques Pinto Vercesi *et al.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARENTE, A. **Imagem-máquina**: a era das tecnologias do virtual. Tradução de Rogério Luz et al. Rio de Janeiro: 34, 1993.

PITANGUY, I. Body-contouring surgery. **Bull Acad Natl Med**, [s. l.], v. 187, n. 3, p. 489-491, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14556463/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

PITTA, D. P. R. **Iniciação à teoria do imaginário de Gilbert Durand**. 2. ed. Curitiba: CRV, 2017.

PONTE, V. P. da. Embelezamento, mídia e construção do corpo em narrativas de crianças. **Runa**: arquivo para las ciencias del hombre, Buenos Aires, v. 40, p. 131-148, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1808/180862611008/#:~:text=A%20pesquisa%20apontou%20que%20na,meios%20de%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20de%20massa>. Acesso em: 27 fev. 2022.

PRÁ, J. R. A linguagem da intransigência nas construções de gênero e da cidadania das mulheres. *In*: STREY, M. N.; SOUZA, N. A. P. (Orgs.). **Corpo e relações de gênero na contemporaneidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.

PROJETO ÁRVORE DO BEM. **Um olhar especial para crianças**: possibilidades de intervenção por meio de projetos sociais. Cabo Frio: Projeto Árvore do Bem, 2021. *E-book*. Disponível em: https://sun.eduzz.com/837915?gclid=CjwKCAjw9uKIBhA8EiwAYPUS3NtHh-_iAhcQ6oQfAfIEIMZ23u38XiHQHD24NFU7dHQyQHhRXFJZkxoc-8wQAvD_BwE. Acesso em: 27 fev. 2022.

RASLAN, M. *et al.* Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 5, p. 553-561, out. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000500008>. Acesso em: 27 fev. 2022.

RUAS, D. Mídia e a adultização de meninas. *In: REBRINC – Rede Brasileira Infância e Consumo*. São Paulo, 27 mar. 2017. Disponível em: <https://rebrinc.com.br/noticias/infancia/midia-e-adultizacao-de-meninas/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SALOMÃO FILHO, C.; CERZETTI, S. C. N. Regulação e autorregulação da publicidade dirigida a crianças e adolescentes. *In: HENRIQUES, I.; VIVARTA, V. (orgs.)*. **Autorregulação da publicidade infantil no Brasil e no mundo**. São Paulo: Verbatim; Instituto Alana, 2017

SANTAELLA, L. **Culturas e artes do pós-humano: da cultura das mídias à cibercultura**. São Paulo: Paulus, 2003.

SARWER, D. B.; THOMPSON, J. K.; CASH, T. F. Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics of North America*, [s. l.], v. 28, p. 69-87, mar. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15733612/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SATO, P. M. *et al.* A imagem corporal nos transtornos alimentares: como o terapeuta nutricional pode contribuir para o tratamento. *In: ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. (orgs.)*. **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri: Manole. 2011.

SAWAYA, A. L. Controle neuro-hormonal do comportamento alimentar, preocupações dismórficas e memória afetiva. *In: DE BRITO, M. J. A.; CORDÁS, T. A.; FERREIRA, L. M. (orgs.)*. **Transtorno dismórfico corporal**. São Paulo: Hogrefe, 2018.

SCHOEMAKER, C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, [s. l.], n. 21, p. 1-15, jan. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8986512/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SERASSUELO, H. J.; SCAGLIUSI, F. B.; SIMÕES, A. C. Mulher, comportamento e práticas sociais esportivas: a influência da ditadura da beleza. *In: SIMÕES, A. C.; KINIJKIK, J. D. (orgs.)*. **O mundo psicossocial da mulher no esporte: comportamento, gênero, desempenho**. São Paulo: Aleph, 2004.

SLADE, P. D. What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 497-502, jun. 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042960/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA (ISAPS). Pesquisa global de 2020 da ISAPS observa mudanças significativas nos procedimentos estéticos durante a pandemia. *PRNewswire, New Hampshire*. Disponível em: <<https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2021/12/Portuguese.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SUZUKI, V. Y. *et al.* Nutrição e comportamento alimentar em cirurgia plástica. *In: DE BRITO, M. J. A.; CORDÁS, T. A.; FERREIRA, L. M. (orgs.)*. **Transtorno dismórfico corporal**. São Paulo: Hogrefe, 2018.

TAVARES, M. da C. G. C. F. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. Barueri: Manole, 2003.

TREASURE, J.; CLAUDINO, A. M.; ZUCKER, N. Eating disorders. **Lancet**, [s. l.], v. 375, n. 9714, p. 583-593, fev. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19931176/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

VERONEZZI, J. C. **Mídia de A a Z**: conceitos, critérios e fórmulas dos 60 principais termos de mídia. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução de Waldéa Barcellos. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução de Waldéa Barcellos. 6. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The use and Interpretation of Anthropometry. *In*: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization Expert Comitte on Physical Status**. Geneva: WHO, 1995.

YOUTUBER mirim: parece brincadeira, mas pode ser trabalho infantil. *In*: FÓRUM nacional de prevenção e erradicação do trabalho infantil. Brasília, DF, 16 mar. 2020. Disponível em: <https://fnpeti.org.br/noticias/2020/03/16/youtuber-mirim-parece-brincadeira-mas-pode-nao-serer/>. Acesso em: 07 mar. 2022.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS (NUTRICIONISTAS, PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS)

1. Qual o seu nome completo, a sua formação e como escolheu atuar nessa área?
2. Qual o público que atende?
3. Qual o perfil desse público (faixa etária, raça e classe)?
4. Quais seriam os diagnósticos mais frequentes?
5. Há casos de transtornos alimentares?
6. Como é feito esse diagnóstico?
7. Quais seriam as causas do transtorno alimentar na infância?
8. Como costuma ser o cotidiano das crianças com transtorno?
9. Podemos estabelecer algum tipo de relação entre o transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?
10. Quais seriam os fatores que favoreceriam a manifestação dos distúrbios de imagem corporal?

Perguntas sublinhadas – perguntas complementares.

APÊNDICE B – ENTREVISTA PSICÓLOGA, RUBI

1. Qual o seu nome completo, qual a sua formação e como escolheu atuar nessa área?

Meu nome completo é Rubi. Então... Eu me formei muito cedo. Eu comecei me especializando. Minha primeira pós foi em dependência química e atendimentos a familiares de dependente químico, inclusive crianças e adolescentes. Aí eu tive uma trajetória... Fiz formação analítica, sou psicanalista. Aí, trabalhei em alguns projetos sociais, trabalhei na Ajuris. Trabalho até hoje com a área de conciliação de família também. Então sempre tem coisas de crianças e adolescentes. E também tem a outra pós em família, casais e família. E aí, então, voltei. Uma trajetória longa em muitas coisas. E aí eu fiz a graduação, acabei em dois mil e dezenove, em filosofia. Eu fiquei sete anos. Então, tem muitas experiências. Aí, trabalhei um período com apenados também. Então, sempre trabalhei tanto com saúde pública como no privado. A psicologia clínica. Então, isso deu uma visão, digamos assim, não só do paciente dentro do consultório, individual, mas o paciente fora, o mundo aí fora, né, como um todo. E aí, isso engloba o ser humano. Engloba tudo em termos de saúde.

2. Qual o público que atende?

Como eu sou especialista nessas áreas todas, é uma mescla. Quando eu atendo crianças, eu atendo junto com a família, atendo os pais. Não existe tratamento, na minha visão, um tipo de evolução, de melhora, sem o atendimento aos pais. Então eu atendo os pais. Como eu sou psicanalista, eu atendo adultos também. Então, eu tenho uma gama de crianças, adolescentes, adulto jovem (tem muito adulto jovem). Agora está começando a aparecer uma parte da sociedade que antes ficava aquém da sociedade, que eram os idosos. E isso está mudando o perfil da clínica também. Muito interessante... Em função de mercado de trabalho, construção de qualidade de vida, de uma série de coisas, as pessoas, os idosos estão querendo mais da vida, né, do que ficar em casa. E as questões estão sendo muito parecidas até com questões de adultos jovens. Isso é muito interessante. Estou pegando uma camada de crianças que estão voltando, com a pandemia, pras escolas. Então, assim... Bem complicado, bem complicado. Com vários sintomas, com muitas coisas, em função do confinamento. Justamente em termos... Crianças que voltaram com sobrepeso, né. Uma série de coisas, em termos alimentares, em função do confinamento. Mas como a memória afetiva das pessoas não é estar confinada, então as pessoas aos poucos vão retomando. Mas com isso se

fortaleceram muitas neuroses que antes elas eram, digamos, disfarçadas pelo dia a dia, pela correria do dia a dia. Disfarçadas por todo esse excesso que as pessoas tinham de estímulo. Então, com o confinamento, as pessoas tiveram que olhar, se conectar mais com elas. E com isso vieram muitas coisas à tona. Por que a gente se especializa, Victória? Porque, na verdade, eu sempre digo, quem atende criança e adolescente consegue entender um adulto. Mas para atender um adulto, tem que ter experiência com criança. Se não, acho que fica dissociado. Entendeu? Porque o adulto foi uma criança. E depois de trinta e um anos trabalhando na área, dá para ver direitinho o reflexo. Eu vejo as crianças, eu já vejo lá na frente o tipo de personalidade como adulto. Já dá mais ou menos para a gente pensar umas coisas em termos de infância. Então, ajuda muito isso, em termos de desenvolvimento de patologias.

3. Qual o perfil desse público (faixa etária, raça e classe)?

Não tem um perfil. Porque eu sempre digo que psicólogo não tem que escolher paciente. As questões humanas, elas são singulares e não tem como tu comparar um paciente com o outro. Cada vez que vem um paciente, vem a história dele única e sem cópia. Então, eu não posso dizer assim “Ah, eu tenho um perfil X de pacientes com problematização X”. Não pode existir coisas em comum, em função da questão da cultura, da nossa cultura ocidental, dos estímulos todos externos, da demanda que tem. Não dá para dizer que existe um perfil único. Até porque eu não seleciono perfil para atender. Então, se eu selecionasse, talvez eu pudesse te responder isso de uma forma mais precisa. Mas como, por exemplo, eu não atendo apenas crianças, eu atendo quem cuida das crianças, né!? Eu atendo o adulto... Então, não tem um perfil. Posso te falar num perfil, digamos, econômico, isso sim. Classe média e classe média alta, digamos assim, o público do consultório. Apesar de que eu discordo um pouco do que é a classe média, sabe? É que nem a gente que vai em carro popular, entendeu? Não existe carro popular. Popular para quem? O que não aparecia no meu consultório, tá? Não apareciam pacientes negros. Digamos que, de uns cinco anos para cá, eu comecei a observar. Se for pensar na questão da raça, né?! Estão parecendo mais pacientes negros. Até pela questão da discriminação, da exclusão, o acesso, né?! Terapia é uma coisa que não é para a maioria da clientela, né?! A gente tem uma colonização aqui italiana, alemã, portuguesa, né?! Mas mais italiana e alemã então, devido à região que a gente está. E porque o povo gaúcho é extremamente racista. Não dá lugar para outras raças. Penso isso em termos da questão antropológica e econômica. A gente não pode separar isso. Não tem como ter uma visão apenas individual disso.

4. Quais seriam os diagnósticos mais frequentes?

Uma coisa que se observa em termos de perfil e funcionamento nosso, digamos, noventa por cento é o perfil de funcionamento ansioso. Eu não gosto muito dessa coisa de diagnóstico, tá? Só para te dizer. Eu vejo os meus pacientes de uma forma mais psicodinâmica, que é igual. Quem faz diagnóstico e gosta de diagnóstico é médico, né?! Até porque eles medicam, então eles precisam enquadrar as pessoas. Sempre que eu tiver que enquadrar alguém, eu não sou a pessoa mais adequada. Porque, como eu entendo que as pessoas têm a possibilidade de mudança, como elas desejam essa mudança, né... Pode chegar um paciente pra mim com uma dificuldade. Um tipo de funcionamento, mas devido ao tratamento aquilo vai mudando, vai alterando, e eu, nesses trinta e um anos, já vi gente chegar assim sem acreditar em nada, com uma autoestima lá embaixo, e simplesmente assim, estava tomando cinco medicações, passou a tomar uma medicação só. Começou a fazer esporte, começou a fazer um monte de coisa e resolveu sua vida, entendeu? Quando a gente olha para um paciente pensando “agora vem o deprimido, agora vem o bipolar”, e eu enxergar meu paciente assim, eu não vou enxergar ele, eu não vou acreditar nele. Eu vou enquadrar ele e eu vou sempre deixar ele engessado no diagnóstico. O que eu penso que é importante do diagnóstico, de algum tipo de diagnóstico, é chegar uma pessoa com um perfil, com funcionamento mais bipolar. É importante isso pra mim que estou atendendo, mas não pra dizer pro paciente “Ah, tu é um bipolar, então, se tu é um bipolar, vai funcionar assim”. Aí o paciente se agarra naquilo e é um problema. É que nem eu dizia para o paciente “Ah, tu é um deprimido”. Não. Até porque depressão é um estado. Pode estar deprimido e não ser um deprimido. Então, assim, eu tenho muita cautela com o diagnóstico, porque o diagnóstico pode determinar muito a vida de alguém. E se eu acredito que eu estudei para isso, eu acredito que eu posso ajudar essa pessoa. Então, eu acredito que essa pessoa está lá e tem uma parte saudável que levou ela para a terapia. É sempre a saúde que nos leva para a terapia, não é a doença. E então eu acredito que a gente pode construir um novo caminho, uma nova possibilidade para as suas dores, entendeu? Claro que tem patologias assim, por exemplo: paciente com a esquizofrenia grave. Não é o comum aparecer no consultório, tá? Até porque pacientes com patologias muito regressivas a gente atende junto com outros profissionais. Porque precisam de outros profissionais. Então, assim, por exemplo, agora eu estou fazendo uma pós em neuro. Então eu discuto muito com o neuro, com o fisioterapeuta, com educador físico. A gente conversa muito, porque eu acredito muito no trabalho multidisciplinar... Nutricionista, né? Trabalho muito com nutricionista, acredito muito no trabalho delas. Eu

acho que as pessoas só têm a agregar. Outras áreas só têm a agregar e a gente nunca está pronto. Sempre é bom discutir com outras pessoas. Então, assim, um diagnóstico mais recorrente eu não tenho para te dizer. Eu tenho para te dizer que tem aparecido, assim... É a clínica como eu chamo, né?! É a clínica das coisas agudas. As pessoas chegam com tudo muito agudo. E essa é a clínica contemporânea. Não é aquela clínica que eu comecei, que as pessoas vinham, davam tempo a se escutar, davam tempo a ouvir, dava um tempo a se conectar, refletir, e deixavam as coisas acontecerem no sentido do processo, né?! A terapia é um processo. Pessoas que chegam com tudo muito rápido querem... Parece pronto-socorro, parece pronto atendimento sabe? E aí tu tem que fazer todo um trabalho explicando que não, que tu não vai fazer esse tipo de coisa, até porque não existe. Tu não pode prometer uma coisa que não existe. E tudo que alguém prometer que é muito relâmpago, muito rápido, sai fugindo. Eu sempre digo isso. Então eu vejo uma clínica onde é a clínica do desespero. Pessoas chegam com tudo muito agudo, tudo muito com ansiedade, é tudo do muito extremo... Ou uma super ansiedade ou um entristecimento muito grande. Então as pessoas estão cada vez mais mostrando uma personalidade muito extrema com tudo. Por exemplo, há uma intolerância à frustração. A clínica mudou muito assim. Ninguém fica mais triste. Ninguém chega e diz “Ai, eu estou triste”. Não. É tudo “Eu quero me matar. Quero morrer.” Entendeu? Ah, foi tomar um no trabalho “Vou desistir de tudo.”, ninguém aguenta o mínimo de frustração. Então tu tem que trabalhar esse processo. Porque tudo, o mínimo, já tem uma super carga emocional. As coisas estão todas superdimensionadas... “Ai, eu quero me separar, a gente tem que se separar...”. Eu, que atendo casais também, né?! Então, assim, a gente tem que se separar com calma... Como assim? Calma. Ah, porque aí a pessoa pensou diferente ou a pessoa não fez como eu achava, porque, assim, ó, há um transbordamento na sociedade e isso eu estou te falando porque eu fiz filosofia. Então eu estou te falando também com o viés da filosofia, tá?! Há um transbordamento do narcisismo incrível nas pessoas, total falta de empatia. Isso eu posso te dizer, assim, noventa por cento aparece isso na clínica. Falta de empatia e ansiedade. Claro, a ansiedade porque tu não pode enxergar o outro, porque tu não tem nem tempo ,né?! Não dá tempo para nada. O que não olha para o outro só fica olhando pra sua dor. Então, tudo se revela no que é meu, no que é para mim. Então há muita dificuldade. As pessoas não são generosas. As pessoas têm que aprender certas coisas básicas da vida, de conceitos básicos. Generosidade, gratidão... E aí tem toda uma coisa social que eu vejo. E de novo trago a questão da história da civilização, que é uma coisa, assim, que hoje nós temos: uma comunidade de filhos órfãos e que têm pais órfãos. Então são pais que querem dar tudo para seus filhos, porque acreditam que não tiveram. É tudo material. E com

isso se criam crianças totalmente narcisistas, intolerantes, ansiosas... E os pais completamente sem norte, precisando de orientação, porque eles também se sentem órfãos. Então é mais ou menos como não ter pais, mas sim, filhos cuidando de filhos pequenos. São pais tão necessitados quanto seus filhos. Aí volta a questão do diagnóstico. Aqui tem um viés, na clínica, que tem essa coisa de “Ai, tem TDH”, é a moda do TDH, todo mundo tem TDH. Aí, toma Ritalina e toma remédio. Eu sempre digo quanto mais Ritalina, mais se abre clínica de hemodiálise. A Ritalina faz muito mal para os rins. Então, assim, não que não exista o TDH, mas cuidado, critério, cautela, entendeu?! É muita emergência em tudo, é tudo, é todo mundo querendo muito remédio. Aliás, é muito remédio, tudo muito remédio. E aí o que que se vê? Não é TDH. É um enorme transtorno de ansiedade que dificulta as pessoas de se concentrarem, de estudarem, enfim. Então, tu tem que ver onde é que tu começa, o buraco disso tudo, o anterior disso tudo. Então, é mais ou menos assim. Então tu vê que é difícil dizer o diagnóstico, né?! É um diagnóstico psicodinâmico, como a gente chama. E dentro desses casos há casos de transtornos alimentares. Porque há sintomas que vejo isso nos adolescentes (muito mais nos adolescentes). Quando aparece um adulto assim, é porque já está concreta a patologia. Mas eu tenho visto assim nas meninas. Agora tem aparecido nos meninos, os meninos agora estão mais vaidosos. O que também é uma coisa bacana. A gente sai desta sociedade machista, que as meninas se arrumam e os meninos não se arrumam. Só que tem toda uma coisa da depressão. Sempre que a gente pensar em transtorno alimentar, a gente pensa em depressão. Não tem como tu dissociar. Essa é uma equação que não falha. Eu vejo que existe muita coisa do desejo dos pais sendo projetado nos filhos. Crianças com problema de transtorno alimentar ou por carência dos pais, por desafeto, por abandono, por vazio mesmo... O transtorno alimentar é: eu sempre digo a patologia do vazio da falta. E porque tanto a obesidade, por exemplo, como a anorexia... São dois extremos, mas os dois lidam com a falta. É uma questão de um vazio. De algo muito primitivo. E aqui, geralmente nos casos, está ligado a relação direta com o primeiro amor, que no caso seria a mãe. São as patologias do vazio. Elas se dão nos quarenta primeiros dias de vida. Por incrível que pareça, as pessoas acham que os bebês não sentem nada, não pensam, não escutam... Os bebês escutam, pensam e entendem. Mas a gente não se adocece por um evento, a gente adocece pela frequência disso. Aí vai criando um registro. Então é bem mais profundo a questão do transtorno alimentar. Mas eu vejo meninas muito preocupadas e não comendo ou comendo demais para chamar atenção, para chamar o pai e/ou a mãe para tratamento. Porque os filhos tentam chamar os pais para tratamento, para fazer alguma coisa. Mas, assim, cem por cento é projeção da projeção familiar. Transtorno alimentar trabalha com o médico, que se trabalha com

nutricionista. Por quê? Porque muitas vezes tem risco de vida. Dependendo do nível do transtorno alimentar. Então a gente trabalha um trio que funciona bem. Tem que ter todas as áreas, tanto a criança como adolescente tem que se existir. Tem que ser orientado até para os pais terem essa orientação em casa.

5. Como é feito esse diagnóstico?

A maioria dos casos que eu tenho pegado, eu vou te dizer que são trazidos por alguém da família. E que geralmente é quando a coisa está muito escancarada, quando a coisa está muito manifestada. Tem que ter alguma coisa que ou desmaiou ou ficou doente, ouviu que não come, não come, teve um emagrecimento súbito, perdeu cinco quilos em uma semana... Ou quando a criança ou adolescente começa com a coisa de vômito. Isso tem muito. A bulimia, né?! Eu tenho pegado mais casos de bulimia do que a anorexia. São os casos que eu atendo mais, mas vira e mexe a gente trata a depressão. Isso tudo é um quadro de depressão. Transtorno alimentar tem que se trabalhar a questão da depressão, e aí assim tem que trabalhar os pais, tem que ter a família. Não existe atender o adolescente sozinho. Estou falando em adolescência, tá?! E a infância tem que se conhecer a história familiar. Tem que atender o pai, tem que atender a mãe, tem que atender quem cuida dessa criança, dessa adolescente, quem convive, ou os avós, quem está cuidando, né?! Para poder entender que contexto que essa criança e esse adolescente vivem. A gente nunca coloca uma patologia sem contextualizar. Se a gente não contextualizar na cultura a patologia, a gente pode fazer um diagnóstico totalmente errado. É muito perigoso. Então, tu tem que saber qual é a cultura dessa família, quais são as crenças dessa família, quais são os valores dessa família, para poder entender qual é o funcionamento, para poder ver que reflexo o teu paciente está tendo desse contexto e qual é a leitura que o teu paciente está tendo desse contexto pra criar a própria crença. As coisas nunca são separadas, nunca elas são dissociadas.

6. Quais seriam as causas do transtorno alimentar na infância?

Não dá para dizer que “Ah, tem cinco causas de transtorno alimentar”. É o que eu estou te dizendo, é dentro de um contexto, é alguma situação traumática com ausência de uma das figuras, ausência no sentido de ausência interna, no sentido de presença. São variadas. Tem vários casos que eu já atendi suicídio de um dos pais. Então assim o adolescente fez um transtorno alimentar. Eu sempre trabalhei com a coisa do uso de drogas, também causa

transtornos alimentares, né?! Filhos de dependentes químicos. É muito comum abandono. Abandono é uma coisa muito comum também, quando tem mães extremamente narcisistas. Aquelas mães que não conseguem olhar para os seus filhos, olham só pra dentro de si. Aquela mãe que tem uma filha, digamos, esteticamente bonita, e que quando dizem assim “Ah, a tua filha é muito bonita”, só estou te dando um exemplo, “Ah, sim, mas olha a filha de quem que ela é”. Então, assim, ó, ela não é bonita porque ela é bonita, porque ela é um ser separado de ti, ela é bonita porque eu sou bonita, entendeu? Então essa visão, esse olhar é um olhar narcisista, ou seja, ela não é bonita porque ela nasceu e ela tem as qualidades dela. Ela é bonita porque eu sou bonita e ,logo, se eu sou linda, maravilhosa, logo, ela só pode ser linda, maravilhosa. Eu sempre brinco é mais ou menos mais de miss. É aquela que projeta tudo na filha. Ela queria ser miss, ela queria ser tudo isso, então assim projeta tudo. “A fulaninha tem que debutar com este vestido que não sei o quê a fulaninha tem que fazer isso, tem que fazer “aquilo”. Tem laço que a tua filha não quer fazer. Uma tatuagem, se a tua filha quer por vestido branco, sei lá, se ela de repente pode gostar de meninos, não gostar de meninos, ela pode. Ela pode querer pintar o cabelo de cor de rosa, ela pode. Ela pode querer ter a identidade dela. Então isso está mais comum do que tu imagina, sabe?! Esse tipo de mães é muito comum. Mães que projetam seus desejos em cima dos filhos e aí os filhos ficam numa sobrecarga imensa de ter que assumir um papel que não cabe. Que não consegue segurar, não é do próprio desejo. Então a gente vê muitos adolescentes com uma patologia, que a gente tem estudado nos últimos vinte anos, que são o os desvalidos. E o sobreadaptados, quem é o sobreadaptado? Aquele que corresponde a tudo que socialmente esperam e que os pais querem. Mas, na verdade, é uma pessoa que não sabe nada de si. É aquela pessoa que faz a faculdade porque é o desejo do outro. Eu procuro um emprego porque tem que dar dinheiro, mas não pensa se é o que gosta. Não pensa se é o curso que quer, que cumpre coisas sociais dentro de um desejo social, de uma cadeia social, sem avaliar o próprio desejo. Estou te falando de uma forma bem resumida, tá?! É uma coisa bem mais profunda, aliás tudo estou te falando de uma forma muito resumida, porque é tudo muito profundo. É muito mais além do que eu estou te dizendo. É muito introspectivo. É tudo muito analítico. É isso que eu quero te dizer, tem que ser tudo muito analisado, porque, afinal, são as pessoas, é a alma das pessoas, é a vida de uma.

7. No caso dos transtornos alimentares, tu disse que tudo começa/pode começar na questão do abandono, lá nos quarenta dias de vida, com os bebês. E tu falou que vai se reforçando no período da infância. É com esse reforço que gera um transtorno alimentar na infância?

Na verdade, é uma é uma sequência de uma maneira do outro. Do outro que eu digo é fora do bebê e fora da criança. Do outro que cuida desse, entendeu? Então é um contexto que eu digo que pode começar nos primeiros anos de vida e ter uma sequência pela maneira com que aquela criança é introduzida na cultura. Da maneira com que se educa, na maneira com que se dá os limites ou não. Como nos casos de obesidade, vou fazer um exemplo bem simples, no caso do sobrepeso. Por que vai fazer essa escolha? Uma das escolhas que podem ser feitas é: aquela criança está dormindo, alguém vai lá e dá comida, mesmo para a criança dormindo. Dá mamadeira com a criança dormindo. Daqui a pouco vai lá e dá uma bolachinha. Daqui a pouco vai lá e dá outra coisa. Ou a criança fica triste: “Ah, não, não, não, não, toma aqui a tua mamadeira”. A criança se frustra: “Ai, eu queria tal um brinquedo... Não, não, não. Vamos lá fazer um lanchinho, né?”. Tudo é em torno da oralidade, por exemplo. É uma das causas. Então a resolução familiar, dos conflitos, é canalizada para algo que eu ponho para dentro, não para algo que eu ponho pra fora. “Ah, e tu está tristonho? Eu vou fazer, vou lá comprar aquela bolacha que tu gosta. Vou lá comprar aquele sorvete”. Aí, tu vai comer sorvete, entendeu? Por que a pessoa não pode ficar triste? A pessoa não pode falar sobre aquilo. Então tu é educado de uma forma a sempre me colocar pra dentro e nunca colocar pra fora. E colocar para fora é muito importante. Tu dizer “estou triste” e estar triste, só estar triste. “Estou chateado porque não foi fiz tal coisa”. Ou até mesmo quando os pais não conseguem colocar regras, limites, aliás, falta de limite. Vou te dizer, dá vontade de fazer até uma cartilha para já dar na porta. Então, é uma coisa incrível. Os pais têm uma dificuldade de impor limites, “o não”. Eu sempre digo, “o não” é estruturante. “Ah, eu quero ir à festa”, “Não, não vai. Não vai.”, “Aí, mas é que o fulano quis, e aí como é que eu ia dizer”, entendeu? Diz não. Diz não. Entendeu? Então é um contexto. Não sei se tu já viu, mas criança jogada /atirada no shopping, tendo crise de birra, por exemplo. Levanta daí, ou tira a criança dali, e sai, entendeu? Quando a criança vai entrar no supermercado, põe a criança no carrinho. Eu já vi, eu vejo isso direto. Põe a criança no carrinho, ou com o celular na mão (o que é muito interessante, né, aliás). E com pacote de bolachinha ou daquelas Coquinha pequeninha, ou sei lá, o suquinho sei lá, porque a mãe quer fazer as compras e a criança incomoda. Essa é a justificativa. Não. Antes de entrar no super: “Nós, vamos fazer uma combinação. Nós

vamos entrar no super, a mamãe tem uma lista e o papai tem uma lista aqui (o papai ou a mamãe, né?!). E nós vamos entrar e tu vai ficar quietinho, porque tu já te alimentou em casa, ou nós vamos nos alimentar depois que nós sairmos daqui. Mas aqui é o lugar da gente fazer as compras e nós vamos comprar o que precisa”. O que acontece: a mãe e o pai não fazem isso porque, eu sempre digo — tem duas opções, ou tu te envolve ou dá trabalho. As pessoas dizem “Ah, criar os filhos dá trabalho.”, não, não dá trabalho. Dá trabalho se tu não te envolve. Porque educar requer envolvimento, requer diálogo, requer conversa, requer explicar. Então, o que acontece? Quando eu atendo, por exemplo, um caso de obesidade, tem todo um funcionamento familiar. O obeso não vem sozinho, ele vem com uma família que pensa de uma forma oral, entendeu? Tudo é na oralidade. Então, assim como na anorexia (que é ao contrário), também tem a coisa do não se frustrar, do não aguentar a frustração, do não tolerar, achar que vai morrer (porque tudo isso acaba na coisa do “acho que vou morrer”). É extremamente mortífero, os transtornos alimentares têm que ser muito olhados sempre com extremo de cuidado, porque risco de suicídio é muito comum, extremamente comum. Porque é a intolerância da intolerância da intolerância à frustração. Então “eu não aguento”, vou lá e vomito. Aí faz câncer de esôfago. Muito comum câncer de esôfago. Então é não aguentar o vazio. É não aguentar, não tolerar nada. E muitas vezes no não suportar nada, perde a vida. Então tu vê que tem toda uma forma, uma forma de construção em que a criança e o adolescente vai teorizando a vida. Então: Ai, tomar no emprego – “vamos beber”. Claro que a gente tem uma coisa assim: “Ah, vamos sair pra comemorar alguma coisa boa”. Isso é saudável. Porque o nosso primeiro prazer foi oral. Então não querer negar isso. Mas não é esse lado saudável, é o excesso disso. É quando isso se transforma em doença. Que nem o computador. O computador todo mundo compra, o computador e o celular. É tudo de bom, desde que tu saiba usar. O abuso de tudo causa doença. O extremo de tudo causa doença. A vida é o princípio do equilíbrio. Em tudo. Ah, qual é a coisa certa? O equilíbrio.

8. Podemos estabelecer algum tipo de relação entre o transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?

Total, total. Isso está dentro dessas patologias do Brasil. O transtorno é uma coisa que acontece assim, a gente vê muito isso na anorexia e nas bulimias, que é a distorção da imagem corporal. A gente vê muito isso nas meninas. Não que seja a regra. Mas, assim, meninas que têm que competir em algum tipo de coisa que faça. Competição, tá? Meninas bailarinas têm que ser muito magras, porque têm que saltar, porque têm que não sei o quê então não comem.

Meninas modelos, plenamente comum. Começa a ficar aquela obsessão. E tudo é gordura, tudo é gordura. Começam a se olhar no espelho e se achar aquela coisa e, na verdade, é o vazio. É o extremo vazio. É a dor do vazio. Então, a gente olha aquela menina, mas aquela menina não se enxerga como a gente está enxergando. Ela realmente não se enxerga. A imagem que ela tem é de uma pessoa extremamente obesa e que está com problema de obesidade. Então, há uma total conexão. Uma coisa está interligada na outra, porque é mente e corpo. Não pode dissociar isso. Não dá para dissociar. Não tem como tratar um paciente sem pensar que tem um corpo. Aí a gente entra nas patologias, né?! Nas doenças psicossomáticas. Porque o corpo fala daquilo que eu não consigo simbolicamente transformar em palavra para poder falar do meu sofrimento... Falado a partir do corpo, essa é a questão do transtorno alimentar. Então, eu respondo a minha dor a partir do meu corpo. É quando não existe simbolização do meu conflito. É quando eu não consigo transformar em palavra a minha dor. Então, eu vou lá e vomito. Vou lá e não como. Não me alimento. Eu acho que eu estou gorda. Ou eu vou lá e como. Como para não pensar. Se vem o pensamento ruim eu ponho para dentro para não pôr para fora. Então, o que acontece? É um desequilíbrio disso tudo. Na questão do transtorno alimentar, é quando a gente tem que criar no paciente essa simbolização. A gente tem que transformar essas manifestações emocionais que ficaram no corpo de uma forma extremamente primitiva. Porque tudo que fica no corpo é muito primitivo e tu tem que sair dessa coisa narcisista, física narcisista. E a gente chama de narcisismo secundário, quando já existe eu e o outro. Porque as doenças, os transtornos alimentares, são transtornos narcisistas. É quando está tudo ainda muito primitivo no corpo, está muito visceral. É muito na pele. Não está no pensamento.

9. Quais seriam os fatores que favoreceriam a manifestação dos transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal?

Eu acho que está tudo dentro desse contexto que eu estou te colocando. Ou porque tem alguém de fora e não está olhando o teu corpo. No sentido do narcísico que a gente chama. Ou quando os pais têm filhos pequenos, quando a criança faz um desenho, né, rabisca um papel, e os pais dizem “Nossa, que bonito, que legal esse teu desenho”. Aí tu está construindo a autoimagem da criança, é a autoestima. Porque tudo isso está na autoestima. Quando a gente começa a olhar pra criança, diz “Ah, vai lá sobe no balanço, isso, muito bem, conseguiu subir”. Quando a gente começa a positivar a criança nesse sentido, a gente começa a fortalecer, a gente cria um sujeito. Então, a gente dá força, a gente dá autoestima. Faz com

que esse sujeito consiga gostar de si e se aceitar. Então, quando não tem isso... É aquela criança que chega no consultório, que a gente vê que não está limpinha, sabe? E tu vê que não teve alguém que penteou o cabelinho, ou que deu um banho, ou que cuidou. E eu não estou falando no feio e bonito aqui. Mas aquela criança que chega, que tu vê que não veio alimentada. Ou que tu vê que o pai ou a mãe não cortaram as unhas. Coisas de cuidados, aquela coisa da higiene. Então, assim, às vezes tem crianças, a gente chama isso na psicologia de “narcisizada”. São crianças que não são investidas, são crianças que se criam sozinhas. E elas têm que procurar referência nos estranhos. E, aliás as vezes, como pessoas extremamente resilientes. Tem pessoas adultas que têm história, que não têm nada disso que eu estou te dizendo, e são pessoas formidáveis. E que não tem nada disso que a gente está falando aqui. Teve a capacidade de resiliência do ser humano. E então, assim, os fatores que levam uma pessoa ao distúrbio de imagem corporal, distúrbio de imagem, tem a ver como o outro vê, né?! Como o outro vê. Eu já tive casos da família inteira ser muito voltada só pra essa questão da imagem. E aí deposita. A criança vai se desenvolvendo a partir desses valores. Então, ela tem que estar dentro desse enquadre. Aquela criança que já pesa salada de fruta na balancinha para ver se aquela salada de fruta não vai engordar... Porque todo mundo tem que ser bonito na família. Esse culto à beleza, né? Existem duas coisas completamente *fakes* assim: a beleza e a felicidade, né?! Porque primeiro que ser feliz as vinte e quatro horas do dia deve ser um inferno, né?! E ser bonito, bom, o belo. Ariano Suassuna que foi a pessoa que mais falou sobre a questão da estética no Brasil. Esse novo é o nosso filósofo, que fala sobre a sociedade do cansaço, a sociedade da transparência, a sua sociedade do belo. Uma sociedade extremamente maluca, louca. A nossa espécie, né?! E que está completamente sem norte nas coisas. Então, assim, vários são os fatores que podem fazer com que a gente tenha distorção da imagem corporal. Mas o que ajuda é a baixa autoestima, tá?! Porque quem não tem a autoestima escuta tudo de todo mundo e se importa com tudo e com todo mundo. Porque, quando a gente não tem dentro, a gente tem que buscar fora. E aí tu fica refém do que o outro pensa pra tu te constituir como sujeito. Esse é o maior engano da humanidade. Tu tem que te constituir como sujeito independentemente do que que o outro pensa. Mas, sim, sempre a imagem corporal, ela está relacionada ao desejo de ser amada, ao desejo de ser visto nessas questões de transtornos alimentares. Sim, tudo está voltado. Existem duas coisas fundamentais para os seres humanos, liberdade e pertencimento — para a gente poder viver. Então, nos transtornos alimentares é todo tempo assim: “Eu quero pertencer. Eu quero ser amada. Eu quero pertencer. Eu quero ser amada.” Essa é a dor do transtorno alimentar, “Eu quero ser amado. Eu tenho o vazio do vazio. Eu quero ser amada e eu não me amo.” É o que

tu pode ver. Quem tem transtorno alimentar: “Tudo que alguém me faz, eu faço com o meu corpo”. Tanto o que é polêmico, é que para o anoréxico ou o obeso, é o ataque ao corpo. E tem a ver com a pulsão de morte. A gente vira e mexe e tem a ver com pulsão de morte. É mortífero, uma patologia mortífera.

10. Tu acha que viver em uma sociedade que tem uma forte relação com as mídias sociais, isso pode ser um fator que afete os distúrbios de imagem corporal e os transtornos alimentares na infância?

Digamos assim, é mais uma droga que venha colaborar para isso, de tudo que a gente está falando. Entendeu? Porque ali é justamente assim, a pessoa, todo tempo, ela quer ser validada. A necessidade de “Agora eu estou aqui no parque com fulano, agora eu estou comendo não sei quê, agora eu estou fazendo não sei o quê”. Está todo mundo. Então, é a necessidade. Quando a pessoa posta, ela não está só mandando para o outro, ela está querendo olhar a própria projeção. Ela quer se ver nessa postagem. Então ela quer se ver, por isso essa necessidade. A quantidade de adulto no consultório que ocupa o seu emocional... “Porque eu tive tantas curtidas em tal postagem. Em tal postagem eu não tive tantas curtidas...”. E olha, Vitória, tu não tem noção do quanto isso mexe com as pessoas. E as pessoas se colocam refém dessa coisa *fake*. Claro que o Facebook, Instagram, isso aí tudo veio para ajudar, porque é uma maneira das pessoas se comunicarem. Assim como tu me achou, né?! Tu foi ali, procurou. É uma via profissional. É uma via muito boa para o que tu precisar. O que tu pensar, tem na internet. Tem ali, nas redes sociais, qualquer profissional de qualquer área. Se tu não souber fazer alguma coisa, tu vai ali que tu vai encontrar quem saiba fazer. Só que isso se transformou em uma coisa extremamente patológica, porque as pessoas colocaram o mundo, inventaram o mundo. Fizeram um avatar e esse avatar passou a ser a sua vida. Então isso é uma coisa extremamente louca. É uma forma de tu te enganar, de tu negar a tua realidade e de tu não te conectar contigo. Tu te conecta com uma máquina, e aí tu diz que tu tem não sei quantos mil amigos. Gente, tu não tem amigo nenhum ali. Porque se tu disser que tem amigo só por apertar um botão... É fácil pra apertar um botão. Qualquer um pode apertar botão. Pode estar em qualquer lugar apertando um botão. Não dá trabalho. Isso não te tira da tua zona de conforto. Né? Então penso que sim. Acho que aumentou o vazio sim. Porque é um, é o grande engano, né?! Onde a pessoa tem que estar sempre com uma imagem fabulosa e tudo que tu diz tem que ser validado. E isso criou pessoas reféns. E vou te dizer, a quantidade de gente entre quarenta e cinco e setenta anos (eu tenho uma faixa assim, quarenta e cinco e

setenta anos) que é refém de rede social... Tu não faz ideia. Mais do que as crianças. As crianças e os adolescentes usam, o início da adolescência... Eles não estão nem aí. Mas, digamos assim, aí começa a loucurada toda. Começa ali pelos treze, quatorze anos. Aí tem uma galera que vive nisso.

11. Tu disse que a “loucurada” começa a partir dos treze, quatorze anos. Antes disso, como tu acha que essa interação acontece?

É que isso já começa, aliás, agora está começando bem antes. Tem uma coisa que a gente aprende na filosofia que é: “A gente precisa de tempo na história pra poder fazer as interpretações, para ver as consequências das coisas”. Então, assim, nós ainda precisamos ver quais são as consequências daquelas crianças que os pais deram um tablet aos dois anos de idade. Ainda vão existir uma personalidade construída a partir disso. Todo o tempo a gente está estudando. Claro que a gente não consegue ter essa velocidade para acompanhar. A gente não consegue acompanhar tudo nesse tempo tão dinâmico assim. Mas, sim, tem uma total influência, porque isso tudo começa muito cedo. Só tu ver os pais no restaurante, é uma tristeza... Tu vê o pai e a mãe, cada um num celular, e aí eles já dão o celular pra criança na cadeirinha alta. Então eles vão almoçar fora, eles nem olham a comida. Que aliás, a coisa de comer conectada faz um mal tremendo. Porque, quando tu está comendo, tem que te relacionar com a comida. Então, a comida é o momento, o estar se alimentando é o momento, né?! Então, assim, sim, vai ter uma influência muito grande. Já está tendo, do tipo de tudo, assim. Mas o que eu vejo... Eu já tenho um pessoal no consultório que já está nessa coisa de computador, ou que trabalha muito em computador, é obrigado a trabalhar — porque trabalha em TI, trabalha nessa tecnologia — e eu vejo gente que é PHD na coisa ali daquele trabalho, mas totalmente alienado a uma coisa de convívio, de diálogo, de relacionamento, um empobrecimento bem grande.

APÊNDICE C – ENTREVISTA PSICÓLOGO, TOPÁZIO

1. Qual o seu nome completo, qual a sua formação e como escolheu atuar nessa área?

Eu me chamo Topázio, eu sou psicólogo, psicanalista, formado há trinta anos. Desses trinta anos, eu tenho algumas especializações e uma dessas especializações, a minha primeira foi na Fundação Universitária Mário Martins. Ingressei lá em noventa e três e permaneço na instituição desde então. Atualmente, eu sou coordenador do ambulatório de transtornos alimentares da Fundação e coordeno uma equipe interdisciplinar que envolve colegas, três especialidades: nutrição, clínica médica, psicologia e psiquiatria. A parte psi, a gente tem tantos psiquiatras como psicólogos. Eu resolvi, por uma questão de oportunidade, começar a estudar transtornos alimentares a partir de um convite na época, quando eu ainda estava em formação. A minha formação inicial foi de três anos, ao final, no meio do segundo ano da formação, eu recebi um convite da então coordenadora de transtornos alimentares para fazer parte do grupo. E desde então me dedico também, além da psicoterapia, da psicanálise, que é a minha formação básica — me dedico ao estudo e à assistência dos transtornos alimentares. Hoje eu dou seminários para psiquiatria e para psicoterapia desse tema. Eu, normalmente, nessa equipe que nós mantemos, sou a pessoa que acaba como coordenador, fazendo um trabalho de ensino. Mesmo para os colegas que já estão formados, já fazem parte da instituição, alguns querem começar a estudar, então tenho também o papel de ser o professor para os colegas mais novos. A escolha por trabalhar com transtornos alimentares também diz respeito a um tipo de patologia. E instiga a gente, mexe muito com a ideia da psicoterapia tradicional, do tratamento tradicional, porque envolve uma equipe interdisciplinar. Eu hoje não tenho nenhuma dúvida em dizer, afirmar, que quem trabalha com transtornos alimentares precisa trabalhar com os demais colegas para ter um melhor resultado e para ter uma possível eficácia do tratamento. Quem não trabalha não quer dizer que não está trabalhando bem. Mas eu, depois de muitos anos, não tenho a menor dúvida de afirmar que a presença de uma nutricionista e de um médico clínico com uma equipe para atender as pessoas que têm os transtornos alimentares é vital, é fundamental e quem não trabalha corre um sério risco de acabar se atrapalhando e não ajudando o paciente.

2. Qual o público que atende?

Quando a gente fala em transtornos alimentares, nós estamos falando basicamente de três grandes diagnósticos, que dão conta praticamente da maior parte. Existem outros diagnósticos menos frequentes, mas nós estamos falando de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica. Existem outros menos presentes na população. Porém, esses são os principais diagnósticos e esses diagnósticos abrangem geralmente uma faixa etária que vai da adolescência à vida adulta. Aí tu vai dizer assim “Tá, e a infância?”. Olha, não é comum, não é prevalente na infância doenças alimentares típicas. O que tu pode ter são manifestações que podem vir a desenvolver quadros típicos. Então, a gente está falando de uma população de adolescentes, normalmente nas meninas. O início da doença, a explosão da doença, se dá com a menarca, com a marca inicial da adolescência. Por quê? Porque são adolescentes, por si só já são mudanças sentidas, fundamentais na vida de uma criança que está se tornando adolescente. “Ah, mas por que elas resolvem implicar com alimento e não implicar com outra coisa? Não apresentar outro tipo de patologia?”. Isso tem a ver com um dos múltiplos fatores dos transtornos alimentares. Como estou dizendo, são múltiplos fatores. O que a gente sabe, estuda e tem visto na clínica é que essas doenças são normalmente de cunho transgeracional. Vem de gerações dentro daquela família, devido a um comportamento inadequado ou inclinando para atitudes não saudáveis de uma avó, de uma mãe e agora de uma filha. Então, assim, tem gerações que acabam como que produzindo aquele quadro. Por que disso? Porque alimentos fazem parte da vida da gente desde que a gente nasce. A gente precisa de duas coisas para viver bem na vida, precisamos de alimento e amor. Tendo isso de uma forma equilibrada, tu tem vida. Nos casos de transtornos alimentares (eu estou falando agora um pouquinho da etiologia), pelo menos a descrita na maior parte dos autores, nós estamos falando de doenças que são da etapa muito primitiva da construção do psiquismo. Lá do bebezinho, dos quarenta dias de vida. Alguns autores defendem essa tese, que eu acho que é a que melhor se aplica. Então, nós estamos falando de falhas nesse processo de construção do psiquismo. E tu vai dizer assim “Tá, mas por quê? O que tem a ver a comida com isso, né?! O que tem a ver o se alimentar com isso?”. Pois é. Ninguém pode dizer assim “Ah, foi por esse dia que a tua mãe não te deu o peito quando tu estava chorando, então, ali tu gerou um transtorno”. Não, não é assim. Mas a gente sabe que a alimentação, por fazer parte constantemente do início da vida, ela pode a partir de uma percepção de falhas e de uma maior incidência de uma mãe, por exemplo, que tem medo de engordar, que tem problemas com a imagem, que tem dificuldades com o seu peso... Ela pode passar isso pra um filho de

várias formas. E como é que a criança entende isso e como é que a criança vai manifestar isso e quando vai manifestar? É muito mais difícil tu encontrar uma criança que diga “Eu tenho medo de comer, porque eu vou engordar”. Eu, em toda essa minha trajetória, atendi uma criança, antes da pandemia, um menino de quatro para cinco anos, que ele se negava a comer determinados alimentos, porque ele dizia que ia engordar. É primeira e única em trinta anos, tá? Mas essa criança tinha uma história importante com relação a isso. O pai desse menino era obeso mórbido e fez cirurgia bariátrica. Ele ficou muito ruim depois da cirurgia, ele teve quarenta dias em coma. Ele quase morreu. Então eu atribuo aquela dificuldade daquela criança, de comer, a esse trauma que ela passou. Normalmente, os casos mais frequentes a gente sabe que têm uma relação mãe e filha. E aí eu já estou te dando um outro dado, né? Os transtornos alimentares são muito uma doença feminina. Nos casos de anorexia, bulimia, de cada dez, nove mulheres para um homem. Então é uma doença que se manifesta muito por causa da relação mãe e filha. Eu estou falando aí de dificuldades do processo de separação, individuação. Nós temos aí uma relação de uma mãe muitas vezes intrusiva. Uma mãe que invade o psiquismo da criança, determina, domina de uma forma... Como eu te disse lá agora há pouco, né?! Que desde o início da vida o alimento pode ser esse veículo, pode ser esse campo onde se estabelece tudo que se passa entre mãe e filha. A adolescência é um período onde geralmente o adolescente precisa impor a sua marca, o seu jeito. Por isso que tem as rebeldias, por isso que tem os problemas. Aí que aparece algumas dificuldades importantes e os transtornos alimentares também são uma forma de comunicação dessas falhas, desses processos que não andaram bem. E agora, somado à adolescência, tu tem uma grande chance de através de um quadro de uma anorexia, de uma bulimia ou de um comer compulsivo, tu está tentando dizer alguma coisa com aquilo. Esse é o nosso trabalho enquanto psicanalista, de traduzir isso para a paciente e para a família. O que até então não era muito bem percebido, ou então não tinha uma palavra que ligasse ao sintoma, à doença, à relação. E eu estou dizendo para ti que existe, portanto, uma relação direta na construção do vínculo mãe e filha. E é aí que as coisas também vão ser trabalhadas para poder melhorar essa qualidade de relação, para poder criar um espaço de liberdade entre ambas, de individuação. De poder, cada uma, ser uma, e não uma coisa única, que normalmente é o que a gente se depara. São mães e filhas simbióticas, muito próximas ou então o oposto. Muito diferentes. Porque a diferença é que a criança normalmente está tentando construir alguma coisa sua. Então, se eu tenho uma mãe obesa, eu posso fazer um quadro de um de anorexia? Posso. O mais comum é em famílias que têm obesidade, por exemplo, os filhos terem obesidade... Alimento, o meio facilita isso. Não tem lá um controle. Mas daqui a pouco tu tem uma família de obeso, tu tem

uma menina que fica anoréxica. É um paradoxo interessante, né? Então, isso também acontece. Deixa eu te tranquilizar. Na população geral, anorexia significa de 0,8 a dois por cento. Portanto, não é uma doença prevalente. A bulimia tem números muito parecidos assim também. Não é uma doença frequente. O que eu noto é que nesses últimos ano, por força da internet, da divulgação maior, aumenta em função de se tratar de uma faixa etária que usa muito a internet, que usa muito na busca de informação e, infelizmente, a informação também é transmitida de uma forma ruim. Existem grupos famosos na internet, o Mia e o Ana. Que são dois grupos que já, inclusive, tiveram campanhas para extinguir eles da rede. Porque são pessoas que são portadoras dessas doenças e que ensinam umas às outras a como fazer para se manter doente, enganar os pais, dão dicas de como fazer para perder peso... É bizarro, mas existe. Então, assim, não é prevalente. Se a gente pensar em obesidade... Obesidade é uma doença extremamente prevalente na população mundial e no Brasil, inclusive. Chegando a ser cerca de 60 a 75 por cento da população ter ou obesidade ou sobrepeso, que pode levar a quadros graves pela própria obesidade. Tu vai dizer “Mas obesidade é um quadro de transtornos alimentares?”. Não. Obesidade é uma doença clínica. Mas ela pode envolver esses outros diagnósticos, como um comer compulsivo, por exemplo. Sim. Com comer compulsivo é um quadro psiquiátrico. Obesidade em si é um quadro clínico, na forma de abordar, de tratar, enfim. Mas a obesidade é muito prevalente na nossa população.

3. Qual o perfil deste público (faixa etária, raça e classe)?

É interessante a tua colocação, porque, quando eu comecei estudar isso foi na década de noventa, mas até a década de oitenta, nos países desenvolvidos, existia um relato de casos das doenças, das patologias alimentares. A bulimia nervosa foi descrita pela primeira vez por Geraldo Brussel, em oitenta e nove. “Mas não existia antes? Como é que era interpretado? Como é que era encarado?” Não, sempre existiu. Desde a da antiguidade existem relatos de situações que lembram transtornos alimentares. Claro que o diagnóstico, ele vai sendo construído conforme a manifestação clínica vai sendo percebida. Até tu definir critérios pra ter um diagnóstico e colocar lá na classificação internacional das doenças, na CID ou na DSM (que é a classificação americana), tu vai observando na população casos e tu vai descrevendo as manifestações como critérios pra tu poder ter um diagnóstico. Então, assim, são doenças descritas há muito tempo, porém com diagnósticos mais atuais. A bulimia, em oitenta e nove, foi descrita. Mas ela era encarada, ela era tratada como uma enfermidade, um transtorno, portanto uma doença da cuca (cabeça). Os primeiros relatos são interessantes, na literatura,

sobre os primeiros casos descritos. E eram muito relacionadas a uma população ligada às questões religiosas. Os jejuns intermitentes das noviças, beatas, o pessoal ligado à religiosidade. Então, isso era atribuído a uma coisa divina, de Deus ou do diabo. Isso se sabe que não é, mas facilitava. Assim como hoje tu tem uma população mais de risco... Quais são as populações de risco para transtorno alimentar? Nós estamos falando de algumas em especial: bailarinas, esportistas, modelos... Por quê? Porque é uma exigência maior sobre um corpo, sobre uma performance corporal, e isso se mistura com pessoas que têm já uma predisposição. Estamos falando daquela questão lá do início da vida, falhas aquelas que acaba ligando uma coisa na outra. Isso, como faixa etária, normalmente a partir da adolescência e idade adulta. Como eu te disse, na infância é muito pouco provável que tu tenha um quadro típico com todos os critérios preenchendo. Mas pode acontecer. É mais raro. E com relação a raças, eu te diria assim, ó:, até a década de oitenta, os países desenvolvidos eram os que tinham relatos de casos e tratamento para esses casos. Mas vem cá, países em subdesenvolvimento, ou em desenvolvimento, ou terceiro mundo, não teriam esses tipos de doença? Sabe o que os americanos pensavam sobre isso? Eles diziam que países, para ter transtorno alimentar, tinham que ter oferta de alimento. Se pensava que nos países subdesenvolvidos não teria isso. O que teria era desnutrição, por falta de alimento. Tipo África, aquelas imagens que a gente via na televisão das pessoas, crianças, magrinhas. Então eles não atribuíam a esses países. Ficava restrito aos países ricos. O que é uma questão que já foi modificada. Não existe isso. O transtorno alimentar é uma doença psíquica. Portanto, tendo o psiquismo, tem chance de ter. É óbvio que numa população que não tem oferta de alimento, tu não pode dizer que todos são anoréxicos porque todos estão magrinhos. Não, né?! Aí existe um outro problema. Não há oferta de alimento. Mas onde existe oferta de alimento? Pelo menos o mínimo para poder ter vida, para poder sobreviver. A gente sabe que é uma doença que não escolhe raça, que não escolhe cor. É mais frequente, obviamente, nas populações que têm acesso ao alimento, que podem, portanto, se alimentar. E hoje dá pra dizer assim: “Tu tem relatos de casos no mundo inteiro, em todos os todos os povos, todas as raças, classes.” Eu atendo muita gente na instituição que tem uma condição econômica menor e que tem lá a típica manifestação da doença. Assim como eu atendo pessoas de classe mais privilegiadas que também fazem o quadro. Claro, se a gente pensar assim, “tem que ter oferta de alimento”, parece ser uma doença mais de classes privilegiadas. Não é. Está presente em todas as classes. Já atendi negras com transtorno alimentar. Já atendi asiáticas com transtorno alimentar. Alemã, caucasiana, assim como atendi, enfim, todos os tipos.

4. Sobre diagnósticos, tu me disse que os mais prevalentes são anorexia, bulimia e compulsão alimentar. Como são feitos esses diagnósticos?

Existem critérios para a gente poder diagnosticar essas doenças, né? Normalmente a gente, no Brasil, usa a CID, a Classificação Internacional das Doenças, e lá tem na anorexia os critérios definidos, que eles são bastante constantes. Alguns desses critérios, porque a gente vai estudando, vai observando como é que isso se dá na população. Mas lá, o que é básico, pelo menos na anorexia e bulimia? Medo mórbido de engordar, isso é um critério clássico. A pessoa tem aquele comportamento com alimentação, de recusa, de seletividade ou então comer e vomitar. E o argumento dela para fazer isso é para se manter com baixo peso. Todo mundo tem que ter um peso, pelo menos para se dizer peso saudável. Tem que estar dentro de uma faixa, que é calculada pelo índice de massa corporal, o IMC. As pessoas que estão abaixo disso, elas têm que explicar de alguma forma por que elas se mantêm, ou querem se manter, abaixo de um IMC saudável (que seria hoje de dezessete ponto cinco pra cima, dezoito, a gente trabalha com dezenove etc.). Mas por que a pessoa se nega a ter um peso mais saudável? Tem que ter uma explicação. As explicações, geralmente, dessa população, elas se dão de uma forma direta ou indireta. Ela pode ser assim porque “Eu tenho medo de engordar. Porque eu não quero engordar. Porque se eu comer eu vou engordar e eu não quero isso.” Ou, então, de uma forma indireta, “ah não, pois é. Eu me sinto melhor assim, sendo mais magro, porque eu sofri bullying...”, tem uma série de explicações. Porém a gente que trabalha com isso sabe que são subterfúgios da pessoa com a doença tentar a manutenção deste tipo de escolha, de busca. Por quê? Uma pessoa que busca manter-se magra, por exemplo, com anorexia, ela tem toda uma construção na cabeça dela que vai contra qualquer outra que não tenha. Tu fica assustada com o que a pessoa é capaz de te dizer. Um outro critério muito importante é a distorção que existe na mente da pessoa doente em relação ao manejo e como a pessoa vivencia a alimentação. Para uma pessoa com anorexia, poucos grãos de arroz vão aumentar um monte o peso nela. Então isso se chama “distorção” e essa distorção é específica do transtorno alimentar. Ela conversa contigo de qualquer outra coisa e ela não tem essa ideia de outros fatos, de outras situações. Mas no quesito alimentar ela tem essa distorção. O que torna a doença perigosa, com risco iminente de morte. É uma das poucas doenças psiquiátricas que têm lá nos seus critérios “risco iminente de morte”. Porque carro que não tem combustível, não anda. Corpo que não é nutrido, para. Então a gente trabalha com uma doença que tem risco de morte. Tu tem que intervir. E a intervenção já é diferente, por exemplo, de uma psicoterapia natural (normal de outros casos, de outras patologias). Tu é

muito mais ligado com o aqui e agora, e tu tem que fazer esse quadro mudar. Essa pessoa tem que voltar a comer. A gente não pode aceitar esse tipo de comportamento. Tu tem ali uma pessoa que não pode comer, porque se comer vai engordar. Esse é o nosso cenário.

5. Quais seriam as principais causas do transtorno alimentar na infância?

Bom, é como eu te disse, é uma doença multifatorial. Não tem uma causa, tem várias. É um somatório delas. O que eu observo na clínica, no manejo diário dos pacientes, dessas pacientes, é que a gente tem razões sociais, pressão social para ter um corpo da moda, um corpo esbelto, um corpo magro, por exemplo. Tu tem, do campo estético, exigências de uma sociedade em busca de uma beleza. Tu tem questões performáticas, que dão à paciente, por exemplo, muito poder e controle de alguma coisa na vida. Uma guria que tem há um ano anorexia, aquilo parece um triunfo para ela. Porque o resto de tudo que ela precisa para vida dela, ela está mal. Ela não consegue. Mas controlar o peso é o que ela consegue. E isso, então, dá uma sensação de controle e poder muito grande. Isso é um outro fator. E existem, como eu te disse, cem por cento dos casos uma dificuldade na relação primária, na relação inicial, mãe e filha. Isso tu vai encontrar sempre. Ao entrevistar as famílias tu vai percebendo que a construção daquele transtorno passa pela relação mãe e filha. Eu teria vários exemplos para te falar disso. Tanto de serem iguais, como eu te disse, e na tentativa de ser diferente. A doença veio para mostrar isso, para tentar quebrar essa coisa dessa liga tão forte, tão misturada, de uma mãe com a sua filha. Então, assim, etiologia multidisciplinar. Os tempos modernos contribuem, contribuem bastante, maior divulgação de comportamentos inadequados com a alimentação. Muita oferta, extrema oferta, de novas dietas (algumas sem comprovação nenhuma. Sem estudos nenhum). Isso também nos complica, do ponto de vista de jovens quererem fazer para ter um peso, para ter um corpo, que nem a da, sei lá, a Angelina Jolie. Ou pessoas assim, que são consideradas mulheres, ícones da beleza. Então isso é um outro problema que a gente enfrenta. Esse mundo de ofertas do excesso, da busca pela beleza... E pela saúde? Excesso de saúde não existe. Geralmente quando tem excesso de saúde, tem doença. Não precisa de excesso, saúde é um equilíbrio. Alimentos tu pode comer de tudo, mas não deve comer tudo. Essa é a frase que eu costumo dizer. A gente pode comer de tudo, mas não deve comer tudo, todas as vezes. Tem que ter um equilíbrio. Claro, nós estamos avançando, estudando, evoluindo os conceitos e acho que estamos crescendo numa direção boa. Podendo hoje trazer informações mais precisas sobre alimentação (que é o que acaba envolvendo essas pacientes). O mundo delas é em torno da comida.

6. Como costuma ser o cotidiano das crianças com transtorno?

Vamos lá. Eu acredito que a vida de uma pessoa que desenvolve um transtorno alimentar é de uma forma lenta insidiosa, vai se configurando. Normalmente os pacientes chegam para nós depois de uma evolução do curso da doença de seis meses. Desses primeiros seis meses que ela não veio para tratamento, ela de alguma forma se escondeu, evitou que os pais percebessem. E também existe o que eu chamo de uma cegueira, entre aspas, da mãe em relação ao comportamento da filha. Por aquilo que eu te disse, elas são muito parecidas, geralmente. Ou praticam da mesma forma em casa os hábitos alimentares. Então aquilo parece ser normal dentro daquela casa, daquela família. O que normalmente não é. Então, assim, diante dessa cena quando chegam pra nós, elas já vêm com um quadro bastante sério, grave e normalmente são trazidas devido alguém de fora de casa ter dito (o professor na escola, o pediatra ou uma vizinha, que diz assim “Vem cá, o que está acontecendo com a tua filha? Por que que ela está tão magra?”). Aí aquilo causa um impacto na família e procuram o pediatra ou um médico. Esse médico diz “A tua filha tem um quadro possivelmente da anorexia”, daí que são encaminhadas para nós, da instituição, ou para algum consultório de psicoterapia. Então eu imagino que a vida delas antes é totalmente voltada para essa busca pela magreza, pela manutenção de um corpo magro e para isso elas não medem esforços, fazem tudo que a internet oferece, tudo que elas pensam que pode ajudar. Geralmente situações que são graves e que trazem pra nós, no momento do início do tratamento, o que chamei de risco eminente de morte, tu caminhar no fio da navalha. Então a gente tem uma intervenção muito intensa no começo, com modificações importantes. Nós trabalhamos com uma reeducação alimentar (e eu uso uma expressão que é “voltar a ter um peso viável pra viver”). Portanto, tem que voltar a ter peso. Tem que repor peso. Isso é fundamental no início. Com o próprio reganho de peso, o quadro psiquiátrico melhora. Uma cabeça desnutrida não pensa. Uma cabeça nutrida pensa. Proteína é fundamental pra ter pensamento e num quadro que tu tem uma desnutrição grave, severa, como é que essa pessoa vai pensar? O pensamento dela vai ficando restrito, pensamento único. “Se eu como, logo eu engordo. Então eu preciso controlar o peso.” É assim que funciona a mente de uma paciente. Quando ela começa o tratamento, a gente começa a mostrar isso, começa a mostrar por evidências que ela possa perceber as transformações do corpo, como a hipotermia, por exemplo. O corpo fica mais frio por não ter calorias, não ter gorduras corporais, seu corpo fica mais frio. Conseqüentemente, o paciente sente mais frio. Um dia como hoje, que está uma temperatura agradável, ela sente frio, mais que a média. E isso ela pode perceber. Então tu relaciona a doença a isso. Por quê?

Porque são quadros, como eu te disse, que, entre as características, nós temos uma que é terrível, que é a ausência de inquietude. Ela não se inquieta com a magreza. Pelo contrário, ela se sente gorda, lembra? Então como é que uma pessoa pode estar magérrima, estar assim, e se sentir gorda? Essa é a distorção que existe na mente, especificamente, dos transtornos alimentares. Se tu conversar com ela sobre outro assunto, ela vai estar inteirada do assunto. Então há uma espécie de uma psicose, de uma falha grave da mente em dar conta disso. Eu costumo dizer que por esses outros caminhos, de tu mostrar que os sintomas começam a se evidenciar, o paciente consegue entender melhor. E muitas vezes é um caminho de aliança com a equipe para poder voltar a ter peso. Porque elas não pensam que vão morrer, via de regra, mas elas podem morrer. Nenhuma disse assim “Eu estou fazendo isso pra morrer”. Nenhuma. Elas dizem eu estou fazendo isso para viver. Esse é o paradoxo. [A partir do tratamento] elas vivem melhor, elas conseguem repor peso, elas conseguem se sentir melhor, elas voltam a pensar, o clima em casa melhora. Entre as famílias, isso normalmente traz uma melhora em geral. O tempo para isso, em média: um ano. Um ano de tratamento para gente poder estar navegando num mar mais tranquilo, em relação a quando começou.

7. Podemos estabelecer algum tipo de relação entre o transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?

É, claro que sim. Porque a imagem corporal é um processo que se inicia lá quando inicia a vida. O bebê começa a se perceber e começa a construir uma ideia de corpo, que é o que ele tem primeiro, e mente, que é o que vai se desenvolver. Então tu tem que juntar as duas coisas. Há um corpo e há um psiquismo. Há uma mente. Algo que vai juntar a emoção ao biológico. Corpo biológico. Então, a imagem corporal da gente é um processo. Qual é a relação de uma paciente com transtorno alimentar e o seu corpo? Normalmente, elas querem ter um corpo que não está dentro daquilo que se espera e se diz que seja um quadro de saúde corporal. Esse é o “galho”. Então a distorção da imagem corporal é um dos problemas que afeta grande parte dessas moças, principalmente as anorexas. As bulímicas, por poderem comer, se empanturrarem e daí vomitarem, ou fazer uso de laxante, ou atividade física em excesso (que são os as formas mais comuns), elas acabam tendo um peso ainda adequado. O comportamento inadequado é o vômito, é o ataque de comer, é o *binging*. É comer em excesso, cada vez que come. Então é a questão da relação da imagem corporal. Sim, é algo que precisa ser trabalhado, porque há uma distorção. Essa distorção geralmente puxando para um corpo mais magro e isso leva a um quadro de desnutrição. A gente ensina o paciente a

perceber que isso é uma forma de comunicação. O corpo está servindo para comunicar algo que a mente não conseguiu por palavras. Então ela tem que aprender a falar mais das suas emoções e não expressar no seu corpo. Essa é a nossa tarefa.

8. Dentro de uma sociedade acelerada, com extrema tecnologia, tu acha que fatores como a mídia, por exemplo, influencia no surgimento dos transtornos?

Não só influencia, como gera e faz uma manutenção, se a gente quiser pensar. Porque a informação está na palma da mão. Todo mundo hoje tem acesso na palma da mão. É através de um *smartphone*. Nós precisamos fazer um parênteses aí. As doenças já existiam antes da Revolução Digital, mas com a revolução digital, com acesso à informação mais facilitada, a informação circula mais rápido. Então, isso também é um dos fatores de manutenção dos quadros da doença. Infelizmente, o acesso fácil te leva a tu poder pesquisar o que tu quiser e tu seguir o que tu quiser. Então, a mídia cumpre um papel importante também na prevenção. Se ela puder ajudar, puder falar das doenças, das consequências e da gravidade das consequências, a mídia pode ser uma aliada. Mas o acesso à informação é geralmente um inimigo que a gente tem. A gente tem que descobrir onde é que elas estão buscando informação, onde é que elas estão se comunicando com outras. Por isso que eu te falei dos dois sites mais famosos, o Ana e o Mia. Se tu falar, tu vai ter meninas conversando no chat sobre como enganar os pais.

9. Tu disse que o gatilho para a doença vir à tona geralmente é na adolescência, mas não o seu surgimento. Na infância, dentro dessa construção, tu acha que o papel da mídia afeta (com crianças que tendo mais acesso à tecnologia)?

Tudo que é um excesso pode gerar quadros desviantes, quadros complicados. Todo o excesso. Uma criança que recebe um *smartphone* e um *tablet*, com dois anos de idade, ela está sendo massivamente conduzida para um tipo de pensamento e de raciocínio que o *tablet* oferece. Eu preferia que tu desse os brinquedos para ela brincar. Não sei se com isso eu te respondo. Mas, assim, a infância hoje, ela está sendo, vamos dizer assim, bastante influenciada pela presença desse mundo de informações, do mundo digital. A facilidade com que uma criança aprende a fazer isso aqui (passar a tela) com o dedinho. É incrível. Porque as crianças são inteligentes e aprendem fácil. Se tu deixar e mostrar pra ela como é que é, ela sabe fazer e ela começa a conectar-se com aquele mundo em 3G, em 4G ou 5G, como a gente

diz, né? Só que o que falta para ela, dentro desse processo de construção do psiquismo, a gente tem uma coisa que é muito importante, que é o processo de simbolização. Simbolizar significa abstrair. Criar símbolos é fundamental para a existência do psiquismo. O que eu noto nos casos de transtorno alimentar? Existem falhas no processo de simbolização. É aquilo que eu te disse, o corpo fala, não a mente. Não há palavra, um ato, relato. E nesse mundo de atos, falta relato. O relato é da simbolização. A simbolização do mundo virtual é diferente da simbolização de tu pegar um brinquedo, manusear, montar, desmontar. Cria um outro tipo de construção mental. Como cada vez mais cedo as crianças são presenteadas com esse tipo de informação e de entretenimento, eu temo que isso vai gerar novas gerações cada vez mais afetadas por isso. Não recomendo. Existem países avançados como o Japão que proibiu crianças (de até, se eu não me engano, seis ou sete anos) de idade pré-escolar terem acesso a *tablets*, jogos. Eu acho que eles estão certo. É importante ganhar um brinquedo. Na minha época a gente tinha blocos mágicos. Atualmente tem outros tipos de brinquedos de montar, desmontar que são superconhecidos. Os esses de montar, desmontar: lego. O Lego é muito mais interessante do que um *tablet*. Claro que o tamanho das peças tem que ser pensado para o tamanho da criança, né? Mas, assim, esse tipo de coisa tu cada vez tu vê menos e tu vê cada vez mais *tablets*, jogos. O jogo também é uma coisa interessante, as crianças cada vez mais novas na frente de um videogame, jogar horas a fio. Complicado, né? E mais dentro de casa e não saindo, não se encontrando, não tendo outras crianças para brincar junto. Enfim.

APÊNDICE D – ENTREVISTA PSQUIATRA, AMETISTA

1. Qual o seu nome completo, a sua formação e como escolheu atuar nessa área?

Bom, meu nome é Ametista. Eu sou médica psiquiatra. Fiz a formação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tanto a graduação de medicina quanto a residência. Residência eu fiz em adultos ali e depois em infância e adolescência. E escolhi atuar nessa área, porque acho que porque é uma área da psiquiatria que tem uma mortalidade muito alta. Os transtornos alimentares, anorexia, das doenças psiquiátricas, é a que tem mais letalidade e que tem possibilidade (não sei se a palavra é cura), mas de uma remissão muito importante, se a gente atuar quando ela surge, que é na infância ou na adolescência. É o período que a maior parte dos transtornos alimentares aparece. Então, isso que eu achei muito interessante, a capacidade de, se a gente intervir precocemente, ter uma recuperação quase completa ou completa. Tenho mestrado nessa área também, acabado de apresentar. Meu mestrado eu fiz na UFRGS também. Pós de ciências médicas, ali na Universidade Federal Rio do Sul. Eu também fui preceptora convidada, no Hospital de Clínicas para os residentes psiquiatria da infância e adolescência, e coordenei (ajudei a coordenar) o ambulatório de transtornos alimentares, que existiu durante mais de vinte anos ali.

2. Qual o público que atende?

Eu atendo adolescentes e adultos. Adolescentes a partir de uns doze. Dependendo, de dez a doze anos em diante.

3. Qual o perfil desse público (faixa etária, raça e classe)?

Tem um perfil, idades variadas. Em geral, é acima de doze anos, mas também atendo adultos. Não saberia te dizer precisamente a predominância, acho que é misturado. Eu acho que seria metade adolescentes, metade adultos (que eu também tenho especialização em terapia familiar, então também atendo famílias). Até porque o tratamento de escolha, para quem tem anorexia na adolescência, é a terapia familiar. É o tratamento que mais tem mostrado eficácia. Eu tenho também a formação nisso, atendo bastante famílias. Não só com transtornos alimentares. Então, a idade é variada, o público também. Adolescentes, adultos, famílias... E raça, em geral, a maioria caucasiana. E em termos de classe: classe média, média

alta, alta. Em geral, porque é um consultório privado. Eu trabalho no meu consultório privado, então, em geral, a classe média para cima. Até pela acessibilidade financeira e tudo.

4. Quais seriam os diagnósticos mais frequentes?

Difícil te dizer. Tiveram tantos. Seriam todas as coisas de impressão, né? São expostos, baseadas em evidência, né? Acho que a procura maior ainda é transtorno de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos alimentares. Seria o meu público preferencial. E muitos dos transtornos alimentares têm comorbidade junto ao transtorno de ansiedade e transtornos depressivos ou sintomas de ansiedade, sintomas depressivos. Seria o que mais, até porque, em geral, não atendo público ou pacientes com transtorno de dependência química. Eu encaminho. E também a psicogeriatría, eu encaminho. Então, predominam mais esses transtornos, ansiedade, depressivos e transtornos alimentares, na minha prática. Transtornos de humor também. Também humor, tá?! Que nesses transtornos de humor estariam incluídos os transtornos bipolares.

5. E dentro dos transtornos alimentares, quais são os diagnósticos mais frequentes?

Os transtornos de compulsão alimentar são os mais frequentes, seguidos depois de bulimia e depois seguidos de anorexia. Anorexia é menos prevalente, é a mais grave. Mas, por sorte, ainda menos prevalente desses. A maior parte ainda são o transtorno de compulsão alimentar periódico ou outros transtornos alimentares sem outra definição. O que significa? O centro especificação não preenche critérios, nem para anorexia, nem para bulimia, nem para transtorno de compulsão alimentar periódica, mas tem sintomas. A maior procura ainda seria esse. Mas como eu atendo famílias, e também atendo adolescentes, eu tenho uma amostragem grande de anorexia, porque os familiares me procuram muito. Por isso, sim, porque eu atendo adolescentes e faço tratamento familiar. E como é a modalidade de escolha para anorexia na adolescência, então eu atendo bastante anorexia.

6. Como é feito esse diagnóstico?

São feitos por questionários. Questionários é uma das possibilidades, ou entrevistas, além de avaliação física. Porque, por exemplo, a nutrição, para anorexia, a gente precisa muito ver tanto para um quanto para outro, a gente precisa dessa avaliação clínica para ver o

peso. O peso é um dos critérios muito importantes para definição, se preenche critérios para anorexia ou não. Por isso que se trata numa equipe multidisciplinar. Tem que ter um clínico, tem que ter alguém da área da nutrição e alguém da área da saúde mental. Então é muito por uma avaliação, diríamos, por uma entrevista. Direciona, não com questionários... Agora me faltou a palavra. Seria assim, por uma avaliação. Entrevista os pais, quando é adolescentes, né!? A gente está falando muito de adolescentes e crianças. Os pais fazem uma parte muito importante, como toda avaliação com criança e adolescentes.

7. Quais seriam as causas do transtorno alimentar na infância?

Na verdade, não se sabe a causa dos transtornos alimentares. A gente sabe, a gente fala muito, de fatores que predisõem os transtornos alimentares. Então, causa é uma coisa que ainda é muito procurada, acho que em todo o mundo. Acho que são pesquisas multicêntricas tentando descobrir a causa. E tem várias hipóteses. Falam em predisposição, numa predisposição genética, e predisposição tanto de um perfil biopsicossocial, perfil assim individual dessas pacientes, e também tem se fala muito de uma influência do meio. E daí, sim, tem a ver com as tuas questões. Pelos estudos, tem uma pressão importante, porque hoje em dia o ser magro está muito relacionado a ter sucesso e ser admirado etc. Então, são fatores predisponentes.

8. Como costuma ser o cotidiano das crianças com transtorno?

É que assim é um pouco amplo. Deixa eu tentar te falar um pouco, porque difere um pouco conforme são os transtornos. Meninas com anorexia, falo meninas porque é a prevalência (anorexia ainda está numa incidência de nove para um, nove meninas para um menino)... Ainda é a pronúncia bem mais frequente em mulheres. Então, assim, anorexia: o cotidiano, vou falar um pouco quando surge. Porque, anteriormente, ainda é complicado te dizer, assim, uma única maneira o cotidiano. Mas quando surge, começa a ter os sintomas, o que a gente vê que a paciente com anorexia passa a tentar, de alguma maneira desesperada, à medida que a criança projete, isso vai piorando, diminui o peso. Então, a vida dela passa a se centrar muito nisso, objetivo de vida: emagrecer. Então, ela começa a restringir calorias. Começa, hoje em dia, com acesso à internet, a pesquisar muito. E há grupos sobre isso. Há grupos de pacientes que estimulam anorexia. Então, elas começam a fazer pesquisas na internet, entrar nesses grupos e entrar no processo da doença. Cada vez mais ela quer

emagrecer. Então, a vida passa a ficar muito regida e centrada nisso. E claro que tentam esconder isso, familiares, né?! Então, tem uma série de comportamentos que elas passam a apresentar para conseguir emagrecer. Que daí seria uma coisa não sei bem extensa, não sei se eu me detenho nisso... Mas o objetivo central é emagrecer, começam e, conseqüentemente, à medida que a doença progride, elas vão se isolando mais, se afastando dos hábitos antigos, se afastando socialmente. Em relação à bulimia também. A vida delas também é muito corrigida por ter ou não ter compulsão. Quando tem compulsões alimentares, para elas é muito limitante. Elas deixam de sair, fazer programas, até estudar ou ir ao trabalho, de tão constrangidas, envergonhadas que se sentem depois que têm as compulsões. Então, são muito impactantes na vida dessas pacientes. Tanto ter anorexia quanto ter bulimia. Compulsões alimentares também são impactantes, mas é menos grave do que bulimia. E o pré-mórbido delas não daria para dizer que tem uma maneira única. Porque elas são mais heterogêneas (até para os transtornos alimentares). E ainda mais agora, se ampliou, né?! Os critérios para os transtornos alimentares pelo DSM. DSM cinco é a nossa bíblia dos transtornos alimentares. Para a última revisão pegou o nome de cinco. Décimo em quatro TR, agora o décimo cinco foi a última revisão. Eles ampliaram, colocaram os outros transtornos dentro do capítulo de transtornos alimentares. Então, eu não posso te falar de um modo geral no pré-mórbido.

9. Podemos estabelecer algum tipo de relação entre o transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?

Olha, não... Eu não saberia te dizer com precisão essa resposta. Mas o que eu sei te dizer é que os transtornos alimentares surgem, em geral, na adolescência. Anorexia tem um pico de início entre quatorze e dezoito anos. A bulimia um pouquinho mais tarde, mas também na adolescência, que é um período em que a gente sabe que ainda a personalidade está sendo formada. E é onde a gente sabe que os jovens, os adolescentes, são muito influenciados pela mídia. Hoje em dia, então, com as redes sociais, mais ainda. E estão tentando, sim, formar sua identidade, sua própria identidade. Então, eu acho que tem uma relação, sim. Agora eu não saberia te precisar isso. Afirmar com certeza, né?!

10. Quais seriam os fatores que favoreceriam a manifestação dos transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal?

Tem coisas que reforçam isso. Tem coisas que têm maior influência ou menos influência. Como eu te disse, não sabe a etiologia. A gente fala, seriam características individuais e nessas características individuais entram também na predisposição genética. Então, tem um perfil individual e características também do ambiente. Que daí entram, então, as questões todas midiáticas. Fatores predisponentes seriam isso. Esse perfil individual, características sociais, características genéticas que são fatores. E dentro dessas características individuais, são pessoas em geral, elas têm características de serem pessoas muito exigentes. Terem baixa autoestima. São características importantes assim que a gente vê.

11. Tu tinha dito que, geralmente, o transtorno surge na adolescência. Mas é algo do dia para a noite, ou no desenvolvimento da pessoa, desde a infância até essa idade?

É o que vai se construindo. Como eu disse, a gente hipotetiza, né!? Porque a gente não tem certeza ainda... Mas a gente acredita que sim, que vai se construindo, que vai se construindo a autoestima desde pequeno, ou se a gente vê que são adolescentes que têm mais baixa autoestima. Porque muitas adolescentes fazem dieta hoje em dia, tanto porque o ideal é ser magro. Então, muitas, né?! Estudos locais aqui feitos em Porto Alegre, a metade das adolescentes que estudam no ensino médio estão insatisfeitas com o corpo, com o peso, e querem emagrecer, mas apenas uma parcela pequena desenvolve transtorno alimentar. Então, a gente estudou e viu que adolescentes com mais baixa autoestima, com perfil de serem muito exigentes, perfeccionistas, têm uma tendência maior a desenvolver. Somado com características genéticas e familiares. Então, se acredita que sim, que isso vem desde a infância.

12. E tu acha que teve um aumento, um reforço, dessa exigência com a imagem, da beleza, da magreza, com o boom das tecnologias?

Sim. Há estudos controversos. Alguns dizem que sim, um aumento, com toda essa pressão. E outros dizem que, na verdade, já existia antes a anorexia. Falando de anorexia por outras causas, que só tinha menos prevalência porque era menos documentado do que agora. Mas eu compartilho mais com os autores e com os estudos que mostram que há, sim, um

aumento, em função da influência das mídias e da pressão de ser magro. Não só porque antes era menos documentado. Porque antigamente essa anorexia não era objetivo no século, nos séculos anteriores. Porque a anorexia não é de agora. A anorexia, os primeiros relatos já vêm desde mil e seiscentos, por causas religiosas. Eram outras motivações e não por ser magra. Porque, na época, o ideal nem era ser magro, eram mulheres com mais curvas, com mais peso, com outro estilo corporal. Mas eu acredito que a pressão da mídia, sim, influencia bastante, somado a outros fatores predisponentes, como eu já citei.

13. Hoje em dia, com o alto uso de tecnologias da comunicação (celulares, tablets etc.), desde uma tenra idade, tu acha que esse consumo pode afetar nessa construção ou pode reforçar em algo futuro?

Eu acredito que sim. Eu acredito que pode. E ficou um padrão de beleza, um padrão a ser seguido. E eu acho que as crianças, os adolescentes, são muito influenciados. Eu acho que sim, fica uma construção de um ideal de beleza desde muito cedo. Desde muito cedo, eu acredito.

APÊNDICE E – ENTREVISTA PSQUIATRA, ONIX

1. Qual o seu nome completo, a sua formação e como escolheu atuar nessa área?

Meu nome é Onix e eu sou psiquiatra. Sou formado UFRGS, pelo Hospital de Clínicas em Medicina e Psiquiatria Geral. E, depois, em psiquiatria da infância e adolescência. Então, sou especialista em infância e adolescência e, atualmente, eu trabalho aqui (Hospital de Clínicas) no serviço que é devido à infância e adolescência, como psiquiatra contratado. E eu atuo tanto na internação de alguns pacientes com transtornos alimentares, eventualmente, como no ambulatório também (que também tenho essa prática um pouco). A escolha na área da psiquiatria foi ao longo da faculdade de medicina. A parte que envolvia mais a mente, as emoções, o comportamento era o que me interessava mais, dentro das possíveis carreiras dentro da medicina. Então, eu acabei escolhendo a psiquiatria. Eu, desde cedo, também já me envolvi muito em iniciação científica. Como o meu orientador é um psiquiatra na infância e adolescência (o atual chefe, o doutor Luís Augusto Rotti), então eu sempre me interessei muito por ambas as áreas, psiquiatria e psiquiatria, desde a infância e adolescência. Foi uma coisa mais ou menos natural.

2. Qual o público que atende?

No hospital, nós atendemos no nosso serviço crianças e adolescentes com variados transtornos mentais. Não tem nenhuma restrição quanto ao tipo de problema que a gente atenda. Então, vai de zero — apesar de que a gente não costuma atender muitos bebês. Mas vai de zero até dezoito anos incompletos e, às vezes, até passam um pouco mais. E nessa prática está principalmente o trabalho de internação: os pacientes com transtornos de humor, com ideação suicida, com questões com automutilação, eventualmente, transtornos psicóticos como esquizofrenia etc. Também costumam internar pacientes do transtorno espectro autista também, tem sido muito comum.. Tanto com crianças quanto com adolescentes, com problemas variados de comportamento. Em menor número, mas significativamente aparecendo também, temos transtornos alimentares. Que aqui acaba sendo uma espécie de referência para o estado pra internação desse tipo de paciente. Então, a gente acaba recebendo, inclusive é mais comum a gente receber pacientes com anorexia e/ou bulimia vindo do interior, mais até do que da própria capital. Acaba sendo uma espécie de perfil de pacientes desse tipo que vêm do interior. No consultório, eu atendo predominantemente adolescentes,

mas algumas crianças também. Acabam me procurando, porque eu também tenho uma formação à parte em dependência química. Então, acaba direcionando um pouco mais para esse lado. Tem adolescentes, mas também atendo adultos jovens que ou seguiram comigo desde a adolescência ou que me procuraram como adultos.

3. Qual perfil desse público (faixa etária, classe e raça)?

Novamente, tem que fazer uma diferenciação. No hospital, o nosso público tende a ser predominantemente pessoas de classes sociais C, D e E mesmo. Porque a gente tem um atendimento que é predominantemente SUS. Tanto na internação quanto especialmente no ambulatório, que acaba não tendo nenhum paciente nos êxitos. Na internação, a gente ainda tem efeitos de convênios. E aí os pacientes de convênios costumam ter um perfil um pouco melhor, são pacientes de classe média. Eventualmente de classe alta. E em termos de faixa etária na internação, a gente tem cinco leitos para adolescentes e dois leitos para crianças. Vai até quatorze anos. É uma faixa etária de criança estendida, porque o leito permite até quatorze. Aí a gente acaba atendendo ali crianças e, no outro, adolescentes, seria essa faixa etária. E não diverge muito em termos de classe social, por causa disso. O ambulatório é predominantemente SUS, e aí, a gente tem questões bem importantes com dificuldades socioeconômicas dos pacientes. De não só de comparecer ao tratamento, como seguir o tratamento, às vezes adquirir medicações quando são necessárias, por ter uma classe social um pouco mais desfavorecida. No consultório, como eu não sou conveniado (eu, como pessoa física, não sou conveniado em outros tipos de convênio), eu só recebo pacientes particulares e isso já automaticamente limita os pacientes que eu recebo pra classes sociais média e alta. E, como eu disse, são variadas faixas etárias. Não tem muito como precisar. Mas muito mais adolescentes do que crianças (e um pouco de adultos também). E questões de raça... No consultório, eu te diria que eu não tenho nenhum paciente negro, não tem nenhum paciente que é afrodescendente, tampouco nesse momento tem também um paciente que é de origem asiática. Eu já tive pacientes afrodescendentes, agora não tem essa tendência. Acho que é uma espécie também de recorte, especialmente pelo viés da classe, que acaba puxando muito esse perfil para ter pacientes predominantemente brancos. No hospital não, porque no hospital é muito variado. E eu não tenho dado estatístico para te dizer a respeito de questões de classe com os pacientes. Mas, assim como de classe ou mesmo de raça, há muitos pacientes de diversos tipos de raça. Então, temos tanto branco quanto negros. O acesso acaba sendo um pouco mais facilitado nesse sentido. Eu acho que daria para dizer que é mais democrático, de

certa forma. Então, a gente tem situações bem variadas. A gente também tem uma tendência a receber pacientes de orientações sexuais muito distintas. Especialmente os adolescentes. A criança um pouco menos. Mas, não só de homossexualidade, como também de bissexualidade. Tem pacientes transgêneros, ou em transição, ou que desejam fazer a transição, ou que têm dúvidas sobre se deveriam ou não transicionar pro sexo oposto, enfim. Acaba (no hospital) tendo mais questões envolvendo isso do que eu tenho no próprio consultório — muito embora também no consultório. Eu posso dizer que não é incomum a questão de surgir das dificuldades com a sexualidade, com a aceitação da própria sexualidade sendo ela cis ou trans.

4. Tu vê que isso é mais presente em adolescentes, mas tu vê isso dentro dos casos de infância?

É menos presente como isso se apresenta. É menos presente, mas existe. É menos presente, eu acho, sinceramente, por uma questão até. Muitas vezes na infância as questões da sexualidade, apesar de existirem, elas não estão tão urgentes, elas não pressionam tanto. Não é uma coisa que é vista como um problema a ser tratado, ser resolvido. Fora que a gente sabe que existe sexualidade nas crianças desde Freud. Não é que ela não exista, mas muitas vezes ela pode estar um pouco latente, como ele mesmo classificou. Quer dizer, não se manifestando propriamente como sexualidade e por isso as questões ficam meio apaziguadas até a adolescência, onde elas se rompem com mais força. E aí tu tem questões do adolescente precisando se impor em relação a sua sexualidade e isso traz toda uma problemática. Quer dizer, assim, é preciso escolher “o que eu sou”. Eu sou homossexual, heterossexual, pansexual, bissexual? Quer dizer e é preciso escolher rápido... Ou, digamos assim, a nossa sociedade não dá muito tempo para os indecisos. Não tem, assim, uma valorização da pessoa que está pensando e tem que saber o que tu é para tu ser pleno, para tu ficar satisfeito e tal. E acaba tendo bastante esse tipo de problema. Então, vou te dizer que dos adolescentes internados, atualmente, se tu for ver, são raros os casos de que não vão ter nenhum problema com a sexualidade. Que não vão ter algum nível de conflito. E eu digo “problema”, porque grande parte desses pacientes que tem uma orientação sexual que seja diferente da heterossexual cisgênero, geralmente, vão ter conflitos com a família, vão ter conflitos em escola, enfim. Vão ter uma série de complicações. Generalizado, mas bastante comum ter mudanças aí nessa área e dentro dos quadros.

5. Quais seriam os diagnósticos mais frequentes?

Diagnósticos mais frequentes são, de longe, transtornos de humor. Especialmente depressão. Em segundo lugar, transtorno bipolar (é um pouco menos frequente, mas a gente acaba recebendo bastante). E transtornos de ansiedade são muito comuns também, só que eles, às vezes, demandam menos tratamento. Não é comum o paciente simplesmente, por um transtorno de ansiedade, por exemplo, apresentar ideação suicida. Quando o paciente tem ideação suicida, ele acaba sendo encaminhado para internação e isso faz com que a gente tenha esse viés de pegar casos graves. Caso leve não interna. Então, acaba tendo muito transtorno de humor. E muito também, assim, transtornos de personalidade — “estruturação” que a gente chama. Quer dizer, paciente que está desenvolvendo um transtorno de personalidade e ainda não tem completo. Mas já apresenta vários sinais e “eventualmente” vai ter risco de suicídio, comportamento instável e que precisa também de atendimento. O fato de a gente ser um hospital terciário, especializado, referência para muitas coisas, faz com que a gente receba uma proporção de casos graves, de certa forma, raros, maior do que se esperaria na população. Então, a gente acaba tendo muita depressão grave, muito bipolar e também esquizofrenia na infância (que é uma coisa que é pra ser considerada muito rara, mas a gente acaba vendo vários casos). Um outro diagnóstico, que também para nós é muito comum, é o de deficiência cognitiva. Seja ele sozinho ou junto com outros transtornos, às vezes os pacientes com deficiência cognitiva (dependendo do nível) podem ficar agressivos, agitados e isso requerer tratamento também.

6. E nos casos infantis, quais são os diagnósticos mais frequentes?

Só crianças eu diria que está muito mais comum a presença de transtornos do espectro autista e de deficiência cognitiva. Mas também temos casos de depressão já nessa faixa etária. Eu diria que, se somar espectro autista com deficiência cognitiva, vai dar certamente mais de cinquenta por cento. Uns sessenta, setenta por cento dos casos que a gente tem ali na parte da infância. E o resto dos casos vai responder por depressão e, eventualmente, alguma outra situação que a gente esteja avaliando. Na infância, os transtornos alimentares são um pouco mais raros, pelo momento que eles surgem, no desenvolvimento. Acaba tendo eventualmente uma criança com transtorno alimentar, mas é mais raro.

7. Como é feito esse diagnóstico?

O diagnóstico em psiquiatria ele é, por essência, um diagnóstico clínico. A nossa área na medicina, ao contrário de várias outras, ela não consegue se apoiar significativamente em exames complementares. A gente não tem exames de imagem, ou de sangue, ou de qualquer outro tipo que tu pode fazer o exame e dizer, ó, essa é a condição X. Quando muito, a gente consegue com os exames descartar coisas que não são propriamente da psiquiatria, como, por exemplo, um tumor cerebral ou uma condição de epilepsia (que pertence à neurologia). A gente não tem exames que nos digam o diagnóstico que está presente ou não. Então, o nosso diagnóstico, ele é clínico. Para fazer esse diagnóstico, a gente conta com as nossas entrevistas com os pacientes. É de maneira desestruturada que a gente chama, ou não estruturada. A gente conversa sobre as questões, tenta ver quais são as queixas, quais são os problemas, qual é a relevância deles... Entrevista o paciente, entrevista a família, entra em contato com a escola, tenta juntar o maior número de informações possíveis. Além disso, a gente faz uso aqui no hospital de entrevistas estruturadas ou semiestruturadas. Quer dizer, são questionários que têm um certo número de perguntas que vão passar diversos tipos de critérios diagnósticos, que vão nos ajudar a dizer assim: esse paciente, pelos critérios diagnósticos aqui, do nosso diagnóstico DSM, tem transtorno depressivo. E aí o psiquiatra, o residente, vai validar aquele diagnóstico, ver clinicamente se é aquilo mesmo ou não. Eventualmente, pode ter falsos positivos nas suas escalas. Mas a escala é uma coisa que nos ajuda também a firmar o diagnóstico melhor. Tem também outros tipos de escala, que são aquelas que a gente entrega para o paciente para avaliar a quantidade de sintomas. Isso também a gente acaba usando bastante. Basicamente são essas as nossas ferramentas para fazer o diagnóstico. Também tem um outro fato, que eu acho que é importante dizer, os casos aqui — especialmente na internação — acabam sendo vistos por múltiplos profissionais. Então, tanto o residente que está em formação quanto eu, como contratado, o professor como chefe, vão acabar vendo o paciente em algum momento e ter uma ideia do que parece o diagnóstico, também os profissionais da enfermagem, da terapia ocupacional, em alguns casos, da psicologia participam desse processo ativamente.

8. E nos casos de transtornos alimentares, tu disse que são raros na infância. Mas quando acontece, tu poderia indicar quais seriam as causas do transtorno?

Depende. Vamos falar um pouquinho mais sobre transtornos alimentares... Transtorno alimentar é raro, porque ele é uma condição rara populacionalmente. Se a gente for ver, as prevalências são baixas. Se a gente for comparar com a prevalência de depressão, ou do uso de drogas, ou de qualquer outro transtorno que tem muito mais prevalência, você vai ver ali que transtornos alimentares vão ficar na faixa do um por cento ou menos muitas vezes. Não é tão comum assim, apesar de a gente ver casos. Como eu disse, a gente acaba sendo um pouco referência. Então, a gente recebe mais desses casos do que se esperaria para um hospital normal. Eu destaco, em relação aos transtornos alimentares, que eu digo que é significativo porque, apesar deles serem uma parcela pequena (se a gente for pegar o número de pacientes vistos, eles não são muitos entre o número de pacientes vistos), mas eles ficam muito tempo internados. Uma característica do transtorno alimentar: precisar de internações um pouco mais prolongadas do que os outros. Então, se a gente pegasse a nossa média de internação para um caso qualquer, de um diagnóstico qualquer, vai ser na base de vinte dias, vinte e poucos, trinta dias. Transtornos alimentares frequentemente vão ficar dois meses, três meses, às vezes até mais tempo internados. Isso se dá para uma coisa que chega a ser meio matemática. A paciente com transtorno alimentar, geralmente vai ser anorexia, geralmente vai internar com déficit de peso muito significativo e vai precisar recuperar esse peso durante a internação. E o processo de recuperar peso, ele é afimco. Tu tem um objetivo que é o de ganhar entre meio quilo a um quilo por semana. Às vezes, os pacientes internam com dez quilos a menos do que o seu peso mínimo. Então, tu vai precisar de dez a vinte semanas. Então tem uma matemática. Se falar as dificuldades em inerência ao processo... Quer dizer, tu tem essa meta, mas muitas vezes tu não consegue fazer o paciente recuperar esse peso no tempo necessário. O paciente, apesar de ver as suas dificuldades, de saber racionalmente que tem problema, às vezes não consegue comer adequadamente, ou faz estratégias para perder peso mesmo dentro da internação. Então, às vezes, a gente não consegue atingir essa meta de meio quilo, pelo menos, por semana. Então, a coisa se prolonga. Isso faz parte do diagnóstico não tem muito como não dizer que não seja. Eu estava dizendo que eles são meio raros, eu acho que eu me perdi um pouco na tua pergunta.

9. Quais seriam as causas do transtorno?

Causa única a gente não tem. A gente trabalha com um pressuposto, praticamente. Não vai ter um caso que a gente vai dizer assim “Olha, esse transtorno alimentar está ocorrendo por causa de X”. Mas tu vai ter frequentemente múltiplas causas. Entre as várias causas que existem, uma delas que eu acho que é importante... Tem muitas questões de relacionamento familiar que tem a ver com a gênese de distrações alimentares, conflitos dentro da família. Quer dizer, muitas vezes o transtorno alimentar na paciente (“na paciente”, porque são predominantemente meninas) são mais raros os casos mínimos. Então, o TA na paciente, muitas vezes, ele serve um propósito, ele tem uma função dentro daquela família. Seja de, por exemplo, manter o casal ali em cuidados ou às vezes o contrário, de tentar separar o casal e gerar um conflito, enfim. Então, a gente entende isso de uma maneira, dentro do que a gente estuda, na terapia de família, como um entendimento sistêmico. Quer dizer, esse transtorno está fazendo alguma coisa, funcionando dentro de um sistema em que exerce uma função. Por isso ele se perpetua e muitas vezes os familiares acabam participando do próprio transtorno, querendo ou não. Mesmo tentando não fazer na forma de “permitir a paciente comer menos ou entregar estratégias pra perder peso etc.”. Então, questão familiar geralmente acaba sendo uma causa, mas não é única. Tem também questões que eu diria que são propriamente da constituição das pacientes. A gente pode falar em genética aí. A gente sabe que tem uma influência a genética, que vai além da familiar. Tu tem um perfil geralmente de meninas com uma tendência ao perfeccionismo, uma tendência à ansiedade um pouco maior, que acabam fazendo dessas questões com a comida uma maneira de lidar com os seus sentimentos. Então, assim “Se eu estou me sentindo frustrada, se eu estou me sentindo ansiosa, vai resolver se eu emagrecer mais um quilo ou dois. Porque eu vou ficar mais bonita e vou conseguir resolver todos os problemas da minha vida”. Esse tipo de pensamento de cognição, “vou resolver os problemas da minha vida restringindo a minha dieta”, acaba sendo muito comum, acaba estando presente na maioria dos casos também. Eventualmente, tu vai ter também situações assim... Eu não diria trauma, mas talvez um pouco trauma. Quer dizer, a menina que sofreu bullying, estava acima do peso, e acabou querendo fazer o processo oposto. Isso nem sempre está presente na verdade, mas às vezes isso exerce alguma coisa. Aquela vez que alguém fez um comentário de que ela estava gorda, estava cheinha, estava com muitas carnes... Às vezes surgem relatos desse tipo também, de que isso poderia ter uma influência (nunca como uma coisa única). Tu nunca pode separar: “a culpa toda é do tio Alberto que falou que ela estava criando o corpo, ela ficou envergonhada, e aí, a partir daí, ela começou eventualmente essas

coisas”. Serve como uma espécie de estopim, de gatilho para o negócio se desenvolver. Mas que tinha toda uma outra coisa por trás. E tem também uma causa importante... Muitas vezes tem conflitos com a própria sexualidade dessas meninas e o transtorno alimentar, às vezes, ele serve como uma maneira de manter o corpo meio infantilizado. Quer dizer, não desenvolve muito caracteres sexual secundário: pouca gordura no corpo, acaba não aumentando muito o seio, não aumentando muito quadris e tal. E isso inconscientemente poderia ser uma força também dentro disso tudo, no sentido de “proteger contra uma coisa que eu não me sinto preparada a exercer”. Então, assim, um monte de nuances e muitas vezes a gente não consegue saber qual nuance seria predominante, o que seria principal. Então, a gente acaba tratando meio que tudo junto ao mesmo tempo. A gente vai ter sessões de tratamento com a família — são fundamentais nesses casos. A família tem que estar muito junto, muito engajada em combater a questão da anorexia, senão não vai dar certo. Tem questões aí que o mais fundamental do tratamento acaba sendo a recuperação de peso, porque quando chega num certo limite de peso muito baixo essas pacientes passam a ter dificuldades cognitivas. Então, não adianta ficar tratando só no individual com a paciente, se ela está com o peso muito baixo, porque as coisas parecem que não são no chão. Digamos assim, parece que fica mais deprimida também. Pode nem ser propriamente depressão, pode ser outra coisa... Às vezes estou recuperando peso, tu recupera o humor depressivo junto. Então, é um transtorno bem complexo de ser tratado de fato.

10. Essas questões, elas têm início em uma idade específica?

É uma coisa que vai se acumulando ao longo da vida, por várias razões. E aí, quando tu vê, daqui a pouco a coisa estoura. Claro que a coisa vem de uma maneira insidiosa. Vai viver meio escondida. Quer dizer, quando tu vê, a menina está muito magra, mas, na verdade, ela estava emagrecendo antes, não foi do dia para a noite. Vem de mais tempo, geralmente. É muito comum tu ver um momento da família se dar conta “Bah, olha ali”. Mas geralmente vai se dar conta de que tem um problema quando a coisa estoura de fato, quando tu tem uma coisa mais grave. Supondo: “A menina desmaiou uma vez, bom, é uma questão grave. Bah, mas como é que desmaiou? Ah, também, ela está magra demais”. Aí vão ver, ela está com um IMC de dezessete/dezesseis, sei lá estou chutando um número aqui. Está superbaixo, está nível de desnutrição. Entende? Então, talvez seja por aí. Que aí a coisa rompe, né?! Tem coisas graves que podem acontecer dentro da anorexia. Também uma outra coisa que transforma a anorexia em especial, mais que bulimia. A anorexia é um dos poucos

transtornos, talvez o único dentro da psiquiatria, que tem uma mortalidade associada a ele, que é independente de suicídio ou de violência. Quer dizer, o transtorno alimentar, ele pode matar, sim. As pessoas podem morrer de inanição, podem morrer de falência de órgãos, podem morrer de questões cardíacas que podem ser ocasionadas pela desnutrição. Então, assim, é uma coisa grave e muitas vezes a gente recebe paciente ali, o IMC é de treze. Já tivemos, por exemplo. Não lembro qual foi o mais baixo que a gente teve. Tem casos muito graves nesse sentido. E aí, quando rompe, bom... Aí tu tem um monte de consequências, mas aí, geralmente, como eu te disse antes, tu tem certa fórmula... Uma participação da família que ficou cega para isso por um tempo, não conseguiu observar que tinha uma menina/um menino definhando na frente deles. “Mas ela está se cuidando, porque ela não quer ficar gorda e tal”. Sempre tem uma justificativa meio racionalizada. E tem aquela coisa, muitas vezes a família não vai fazer nada a respeito se é para ficar mais magra. E se fosse para ficar ao contrário, né? Com mais peso eles teriam feito alguma outra coisa? Enfim, acho que são essas as nuances principais.

11. Como costuma ser o cotidiano das crianças com o transtorno?

Bom, o histórico é muito variado. A tendência eu vou te dizer... O mais comum dos quadros, geralmente, por exemplo, em relação à escola, é tu ter meninas com bom desempenho escolar de histórico. Nunca é assim: “Tem relatos a repetir o terceiro/quarto ano”. Não costuma acontecer. Pelo contrário, vão muito bem e se esforçam muito, porque tem essa questão com o perfeccionismo. “Tudo certo, tudo ótimo”. Então esse aspecto acaba sendo preservado. A não ser nos casos que já não conseguem mais frequentar a escola. Porque tem casos que já não conseguem, porque está fraca, não consegue se locomover adequadamente. Ou foi proibido que fizesse o deslocamento a pé até a escola, porque gasta muita energia etc. Então, às vezes tu tem questões que perdeu funcionalidade, já não consegue frequentar a escola normalmente. Também é difícil dizer “normalmente”, porque tem vários níveis, né? Tu tem níveis de anorexia não tão graves. Tu tem algumas que são fanáticas por atividade física e fazem demais até. Só que quando tu passa pra IMCs mais baixos, geralmente isso já não é mais uma opção. Não consegue mais fazer da mesma forma ou de uma maneira saudável, digamos assim. Então fica isso do cotidiano. Fora isso, diria que, no geral, quando se tem um quadro de anorexia, ele é grave, tem na verdade um cotidiano que ele é praticamente tomado pela questão alimentar. Quer dizer, tu tem uma pessoa que fica a maior parte do tempo pensando em comer e não comer, e evitar comer ou ganhar e perder peso. É o

que a gente chama, esse fenômeno a gente chama, estreitamento de repertório, quer dizer, existem para várias coisas na psiquiatria, uso de drogas e tal. A pessoa fica obcecada com uma questão só na sua vida, a vida acaba ao redor daquilo. Acho que isso faz parte do cotidiano também.

12. Tu falou da questão familiar... Como isso acontece dentro do ambiente familiar?

Como eu disse, frequentemente se exerce uma função ali dentro da família e aquilo ali acaba se encaixando dentro do funcionamento familiar de alguma forma. Por exemplo, tu pode ter dentro de uma família um pai ou uma mãe que sempre ficou muito em cima da menina para que ela não ganhasse peso por N razões... Porque, sei lá, tem alguém na família que é obesa. E aí, fica muito em cima daquilo. Quando está emagrecendo está tranquilo... Digo assim, para não ver que isso possa ser um problema. É como anorexia também. Não é uma coisa, assim, amplamente difundida e, às vezes, quando é em mídia e tal, às vezes é de uma forma meio caricata. As pessoas, às vezes, descartam essa possibilidade mentalmente. Tipo assim: “Não é anorexia. Ela está bem. Como é que eu a vi comendo? Como que ela tem a anorexia se eu vi ela comendo aquele dia?”. Mas o cenário, depois... Fez um mecanismo compensatório e, na verdade, não comeu. Porque é uma doença, digamos assim, que ela engana. Ela faz parte do comportamento do paciente com bulimia, enganar a respeito da comida. Fazer de conta que está comendo quando não está. Não é incomum as meninas com anorexia que, vamos dizer uma coisa meio caricata, cozinhou pra família inteira. Fez lá um monte de comida boa para todo mundo. E aí, assim, “Ah, tu não vai comer?” “Não, eu comi quando eu estava fazendo ali, estou até meio cheia já”. Essa relação com a comida de até dar para os outros a comida, mas pra si não. E a família “Ai, ela está também, né?!”, acaba não percebendo. Então, a família, de certa forma, adoce um pouquinho junto. Vai e embarca junto nessa viagem. Tem uma outra maneira que isso se manifesta. A criança ou adolescente demonstra muito sofrimento relacionado a isso. Tu imagina o seguinte: a criança está lá, mas não precisa comer. “Não, eu não posso comer, eu vou ficar muito mal. E me tranca aqui, é horrível”. Eu vou pensar: “Não entra comida no meu filho.” Então, eu acho que realmente não entra comida. “Não come hoje, então”. Às vezes eles acabam entrando junto na loucura, mas não é loucura. Dentro daquela construção de conceitos, de tipo “Ai, eu não posso comer que eu vou ficar mal. Eu não posso comer porque a comida não me entra, não me faz bem, é proibida para mim”, às vezes a família embarca nisso, de que tem uma razão real para a paciente não comer. Isso tem uma coisa engraçada, porque dificilmente tu tem uma situação

física de que alguém possa não comer. Caso de grávidas tem que cuidar até a maneira de realimentar e tudo. Mas, assim, as pessoas acham que isso existe muito. Mas adiante isso aí, mesmo dos casos que a gente teve, contando nos dedos qualquer caso que tenha tido alguma questão fisiológica que atrapalhasse a alimentação. Geralmente não tem nada, mas as pessoas acham que isso é muito comum, por alguma razão. Isso também não é incomum dentro da própria família. Isso, em outras patologias, também acontece. As pessoas, os pais, eles têm um pouco daquilo. Não talvez o diagnóstico completo, mas eles têm quase isso. Então eles são um pouco mais flexíveis de reconhecer o seu comportamento no outro e achar que aquele organismo é normalidade. Às vezes tu, a mãe ou o pai não têm anorexia, mas são eles são extremamente *fitness*, digamos assim. E fica aquela coisa de preocupação com peso e estão ali sempre se cuidando no limite e tal. E aquilo ali passa a ser uma espécie de valor familiar. E aí, quando tem alguém que extrapola, fica mais difícil de perceber que a pessoa extrapolou. Então, tem isso tudo.

13. Podemos estabelecer um tipo de relação entre transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?

Sim, sim, com certeza. Muito embora não seja um achado fundamental do diagnóstico, ele frequentemente está junto, que é a distorção da imagem corporal. Tu tem casos em que a menina se olha no espelho, ela está esquelética e ela disse que continua sentindo e se vendo gorda. E a gente entende isso como uma construção. Ela construiu no corpo uma ideia idealizada, de que o corpo deveria ser de uma outra forma. Isso, às vezes, tem uma questão individual da pessoa, de querer buscar esse tipo de coisa. Mas também tem questões da sociedade, que impõe um padrão de beleza determinado, que é de magreza. E eventualmente a gente vê, hoje em dia tem visto bastante, questões muito extremas, até por difusão por mídias sociais e tudo mais. Aí as gurias super/hiper magras, que fazem, sei lá, variados desafios e têm lá o abdômen de tanquinho... De não sei o quê de rachadura, de ter a cintura que seja mais fina que uma folha A4, de ter o espaço entre as coxas que não podem se encostar... Tem um monte de bobagem, vamos dizer assim, francamente. As pessoas inventam para dizer que aquilo ali é um padrão de saúde ou de beleza. E essas meninas que estão vulneráveis acabam embarcando nisso. Não acho que seja propriamente uma coisa de “A questão alimentar é inventada pela mídia”. Não é inventado pela mídia. Não é uma coisa assim, “que se não tivesse mídia não existiria”, ou “que se não tivéssemos a nossa sociedade”... Porque ele existia em todas as sociedades, basicamente. O que muda um pouco é a justificativa para as

coisas. Essa questão com a imagem corporal é muito presente na nossa, mas com certeza tem a ver com essa formação de idealização da magreza.

14. Tu acha que isso (idealização da magreza), está presente nas imagens midiáticas, atualmente?

Eu creio que sim. Creio que sim. Acho que tem iniciativas de corpo normal das pessoas, mas, assim, é por seleção que se faz das modelos, das atrizes, muitas vezes tem uma tendência a pegar aquelas que estão muito magras. E isso não quer dizer, eventualmente, que elas todas, as modelos, têm anorexia, por exemplo. Não é absolutamente verdadeiro. Muitas delas só vão ter um peso mais baixo do que a média, baixo que o normal, até sem ter um transtorno inteiro. Porque tem muito tipo de composição corporal. Agora nós temos um problema: quando tu escolhe um monte de gente com uma determinada composição corporal e diz que aquilo ali é o padrão de beleza. Especialmente o crescimento desse esse tipo de gente que está num extremo. Se fosse no outro extremo, da obesidade, seria um problema tão grande quanto, mas não é o caso. A gente pega no extremo da distribuição daquelas (imagens) que estão mais na área que diz assim “Ah, isso que é o bonito. Isso aqui é o que veste bem. Que dizem os estilistas...”. Mas tem iniciativas para tentar coibir esse tipo de coisa e eu acho que isso é importante.

15. Tu acha que o consumo dessas imagens, na infância, possa afetar algo?

Eu acho que sim, mas eu acho que a questão é um pouco mais ampla do que simplesmente o consumo de imagem de maneira individual. Digamos assim, se a gente pusesse uma espécie de filtro que a criança não pudesse acessar o Instagram das modelos supermagras, isso não ia adiantar nada. Porque é uma coisa muito mais ampla. É a imagem que está ali, a imagem que está na TV, a imagem que está na capa da revista, que está na banca... Isso aí está por tudo. Então, eu acho que é um movimento muito maior, com a sociedade, de reconhecer que a gente deve poder olhar a beleza de todos os corpos e não apenas o corpo magro, que é o corpo magro, branco, cisgênero, heterossexual. Não tem um padrão do que é belo e o que não é, e impor que é aquilo ali. Temos muitas maneiras de ser diferentes. E isso daí, eu acho, é o entendimento que talvez tenha em gerações mais adiantes. De que assim: “Eu não acho que é obrigado todo mundo ser igual”. Mas eu acho que não é só o consumo dessas imagens, é um fenômeno social muito maior. Pode até a criança não estar

nem consumindo nada de imagem, mas se ela tem exemplos assim dentro de casa ou de pessoas próximas, isso pode ser o suficiente também.

16. Quais seriam os fatores que favoreceriam a manifestação dos distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares?

Difícil de te responder isso de maneira mais apropriada. Porque eu acho muito difícil de separar uma coisa da outra. Mas eu acredito que essa situação da imagem para pacientes com anorexia às vezes é uma coisa muito patológica. Uma coisa muito da mente, daquele indivíduo também de se olhar e se enxergar diferente e poder olhar uma outra pessoa praticamente igual e dizer não, ela não está magra. Porque tem, assim, a respeito de si mesmo, da autoimagem, não da imagem corporal de todo mundo muitas vezes. Outros casos não. Outros casos têm assim: “Ela acha que todo mundo está gordo mesmo, está todo mundo feio”. Mas muitas vezes isso é engraçado. Tipo, a paciente claramente diz assim, por exemplo, pra terapeuta que “Não, ela tá bem, eu é que estou gorda demais”. E a paciente é muito mais magra. Isso pode acontecer, essas coisas meio dessincráticas assim. Acho que não é uma resposta muito simples. Acho que essa questão com a imagem corporal ela vem sendo carregada junto com outras. Às vezes tu já tem esse processo de adoecimento, que, como eu disse, é multifatorial, e tem relação com várias outras coisas que não dizem respeito à imagem corporal necessariamente. E que aí a imagem corporal vai junto. Mas eu vou te dizer, não necessariamente a questão com a imagem corporal precisa estar presente dessa forma. Até para tu fazer o diagnóstico de anorexia. Tu pode ter alguém que nem queria estar assim tão magra. “Acho que estou magra demais. Mas o problema é que a comida me faz mal...”. Problema que seria classificado como anorexia da mesma forma. E o tratamento provavelmente é o mesmo. A gente tem falado anorexia porque é o que mais surge, mas eu estudei bulimia, por exemplo. Às vezes não tenho situação de imagem corporal. Tu tem, na verdade, uma pessoa que come por compulsão alimentar e que tem mecanismos compensatórios depois. Mas que não necessariamente é porque ela acha que ela está gorda. Ela não quer, ela quer evitar que tenha prejuízos daquilo que aconteceu, de ter comido demais. Então, tem muita variedade dentro disto. Mas eu acho que, assim, se tivesse que apontar alguma coisa, eu acho que o consumo de muitas coisas relacionadas com essa questão do peso certamente devem influenciar. Assim como a gente vê de outros transtornos, consumir coisas falando de morte, automutilação também pode influenciar no pensamento de se automutilar, ou até mesmo de cometer suicídio.

APÊNDICE F – ENTREVISTA NUTRICIONISTA, SAFIRA

1. Qual o seu nome completo, a sua formação e como escolheu atuar nessa área?

Meu nome é Safira, eu sou nutricionista clínica, fiz o mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul em medicina e estou fazendo o doutorado também na medicina, na área de comportamento alimentar, na neurociência. E trabalho com transtornos alimentares há mais ou menos quinze anos, com adolescentes e adultos. Transtorno alimentar acaba sendo um pouco mais em adolescentes, até pela faixa etária de prevalência deles. Comecei a minha formação de transtornos alimentares no Hospital de Clínicas no CAPSi de transtornos alimentares da infância e adolescência. Hoje em dia, infelizmente, não existe mais esse específico. Os transtornos alimentares são tratados ali na psiquiatria infantil. Na época, foi uma formação muito boa. E acho que a experiência também vai acrescentando, mas teve muito estudo. Porque, realmente, é uma área bem específica. Então, uma área do conhecimento e da prática clínica muito específica.

2. Tu falou que tu atende mais adultos e adolescentes a partir de doze anos. Tu já chegou a atender crianças ou algum caso de transtorno alimentar na infância?

Só a partir dos doze anos. Não trabalho com crianças. A minha formação é nutrição do adulto. Então, a partir de doze anos, sim. Lembrando o caso de mais jovem mesmo foi com acho que treze anos. É criança, né?!

3. Qual o perfil deste público (faixa etária, raça e classe)?

A faixa etária para transtornos alimentares depende do transtorno, mas geralmente o da minha vivência fica bem dentro da prevalência mesmo, para anorexia, mais em criança e adolescente. A maioria dos pacientes tem treze, quatorze, quinze anos de adolescente com anorexia. Na bulimia já é uma faixa etária um pouquinho mais de acordo com a prevalência mundial. Mas também tenho com quinze, dezesseis anos de bulimia, de anorexia que são bem mais jovens. E de transtorno de compulsão alimentar, que é o terceiro transtorno alimentar, aí, sim, eu tenho adultos, muitos adultos. Mas de criança e adolescentes teria especialmente anorexia e bulimia. Também dá mais adolescentes. E etnia, a maioria caucasiana. Mas aí a gente tem também um viés de ser um tratamento particular. Então, tem toda essa questão

social, cultural. Mas de raça, a maioria de etnia caucasiana. Maioria meninas, grande maioria. Acho que nesses quinze anos eu tive uns três, quatro pacientes meninos com anorexia. Também tem esse viés de ser lá no hospital de clínicas que era SUS, até tinha a classe média para baixa renda. E hoje em dia no consultório particular, a classe é mais alta, tem poder aquisitivo maior, porque é um tratamento multidisciplinar, é um tratamento caro. Os pacientes têm acompanhamento com nutricionista, no mínimo, com nutricionista, com psicoterapia e com psiquiatra. Então, muitos não conseguem, infelizmente, fazer dar continuidade, por serem muitos profissionais, acaba ficando pesado. Então, os que fazem têm o poder aquisitivo um pouquinho maior, a família.

4. Quais seriam os diagnósticos mais frequentes?

No meu caso, anorexia.

5. Como é feito esse diagnóstico?

O diagnóstico, ele é médico. O psicólogo e o nutricionista não fazem esse diagnóstico, mas eles participam do diagnóstico. Então, geralmente o diagnóstico demora um pouquinho porque às vezes tem características de um transtorno, de outro, tem ansiedade da família em ter o diagnóstico (acho que em qualquer doença)... Mas às vezes demora um pouco. Quem faz, geralmente, é o psiquiatra, ou encaminhado pelo pediatra, ou pelo nutricionista. Alguém encaminha e quem faz o diagnóstico de acordo com o DSM cinco é o psiquiatra, que fecha o diagnóstico. Mas a equipe participa para que seja um diagnóstico adequado.

6. Quais seriam as causas do transtorno alimentar na infância?

Os transtornos alimentares, eles têm uma etnia, ele é multifatorial. Então, ele não tem uma causa. Ele é uma doença mental, de acordo com o DSM cinco, e ele tem causas multifatoriais. Então, a etnia multifatorial. O que seria esse multifatorial? Interage a parte genética, que existe uma herança importante na bulimia, por exemplo. A gente tem uma herança genética de cinquenta por cento de mãe para a filha. Bastante. Mas como é multifatorial não quer dizer que aquela pessoa tenha cinquenta por cento de chance e vai desenvolver. Precisa interagir com pelo menos mais um fator, que pode ser ambiental, né, que pode ser da mídia, que pode ser da família disfuncional, pode ser de experiências adversas, de

traumas... A gente tem muito na literatura e na prática clínica situações de abuso sexual, moral, de violência doméstica, bastante de abandono... Então, são várias as causas e elas sempre interagem. É raríssimo algum caso que tenha um fator isolado e que desenvolva um transtorno. Às vezes o paciente desenvolve um sintoma alimentar que não é um transtorno alimentar. Um sintoma que é tratado e melhora e não evolui para doença.

7. Tu disse que tu tem mais pacientes dos doze pra cima. Tu acha que nesses casos que tu já atendeu/trabalhou isso pode ter se iniciado antes, na infância?

Sim, sim, sim, com certeza. Se iniciado ou a questão da causa. Da etiologia. Então, sim, desde a primeira infância, com certeza. E muitas vezes existe um fator pequeno no transtorno alimentar. A gente tem os aspectos que predisõem. Genética, trauma lá na pequena infância. Coisas assim. Tem os fatores que precipitam. Então, por exemplo, um paciente que sofreu abuso com dois aninhos, passou a vida e na adolescência teve mais um fator etiológico que interagiu (que foi, sei lá, a cultura da magreza — que é um dos fatores disso daí, né?!). Então esse abuso pré-dispõe e o fator da mídia etc. precipitou o transtorno, aí ele veio e apareceu. É sempre assim, então por isso que o mais comum é que vá acontecer no final da infância, indo para a adolescência. Mas, geralmente, é uma questão que já vem desde a pequena infância. E isso, claro, não sou eu que estou falando, é a literatura. Mas a gente observa na clínica exatamente isso.

8. Como costuma ser o cotidiano das crianças com transtorno?

Antes [do diagnóstico] é geralmente bem caótico. Geralmente tem alguma doença psiquiátrica na família, uma questão disfuncional, na verdade, de estrutura família, especialmente. E isso, no tratamento, a gente vai tentando organizar. Então, muitas vezes, na anorexia, por exemplo, a rotina muda bastante, porque quando o paciente está muito (eu vou tentar não falar no feminino, mas é porque é muito mais prevalente em meninas) desnutrido, ele está com risco de vida. Então, ele não se serve mais. A gente orienta que o pai ou a mãe, os pais, sirvam, vigiando até que coma tudo. E aí acontece: joga o prato na parede, grita, berra, esperneia. Mas o que a gente orienta é que não saia da mesa sem comer. E, se a situação está muito insustentável em casa, e tem risco de vida, vai para internação. Porque aí lá é muito pior. Eles ficam contidos (“contido” quer dizer “amarrado no leito”) e a dieta é por sonda. Fica amarradinho porque eles tentam tirar para não engordar. Então, é bem difícil de ver

assim, mas realmente é um risco de vida. Não adianta a gente pensar “Ai, mas aí os pais choram, ai, minha filha amarrada ali na cama”. Ela vai morrer se isso não acontecer. E, realmente, a taxa de mortalidade, a anorexia é a doença psiquiátrica que mais mata. Quando a gente fala isso para os pais, muitos deles estão nesse processo de negação. A maioria acha assim “Ah, isso é a mídia, que aparece essas blogueiras magrinhas e tal”. Não é só isso. Anorexia tem os primeiros casos lá na idade média, não existia nada disso. Então isso precipita coisas que já existiam na criança e que apareceram na criança ou adolescente. Então, assim, ou “Essa bobagem é porque ela quer ser magra”... Não é isso. Isso é a consequência. É onde aquela criança descontou, exacerbou essa doença, essas questões.

9. E o tratamento, falando mais especificamente na tua parte, que é nutricionista, como ele é feito?

O tratamento é multidisciplinar, então eu nunca trato sozinha. E, de acordo com o nosso conselho, a gente pode, sim, negar o atendimento se o paciente não for fazer um acompanhamento psiquiátrico, especialmente. Tem que ter pelo menos um nutricionista e um psiquiatra. Para que tenha essa parte alimentar e a parte de psicoterapia de medicação. Funciona assim: o paciente vem na primeira consulta comigo, eu avalio, converso, vejo os exames, converso com a família junto também (porque a maioria são crianças — treze anos é criança, e até quinze). E aí converso com a família e converso com a criança. Depois os pais saem, eu falo mais um pouco com o paciente, daí avalio a parte de antropometria (peso, altura, essas coisas). E uma semana depois tem mais uma consulta, que é onde eu vou prescrever o plano alimentar (a dieta, que eu chamo de plano alimentar, porque dieta já lembra muitas coisas, gatilhos para eles). Essa prescrição, nesse dia, o familiar está junto, o responsável. Está junto porque esse familiar vai ficar responsável. Meu tratamento é bem o que os internacionais preconizam. A gente tem, como profissional, o dever de seguir. Os pais têm que estar juntos, dependendo da gravidade do caso, em todas as refeições. Porque colocam alimento fora, eles escondem nos bolsos, eles fazem de tudo para não comer. No hospital, o pessoal da limpeza encontra bife dentro da fronha do travesseiro, aquelas coisas, assim, para não comer, né?! Qualquer coisa para não ingerir. E na bulimia, na questão da compulsão, eu tenho pacientes que acabam compulsivos, comendo comida do lixo, esse tipo de coisa. Então, nesse início, tem que ter algum familiar junto. E aí, geralmente as mães têm que pedir licença do trabalho ou os pais. Na minha experiência, geralmente são as mães mesmo. Raros casos que são os pais, que é o pai, né?! E depois, conforme a evolução,

conforme vai reduzindo o risco, muitas crianças e adolescentes acabam tendo também risco pra tentação [suicídio]. Até eu estou com uma paciente assim. Ela mudou de quarto, que tinha uma janela sem grade, e ela tem que ficar acompanhada porque é uma doença psiquiátrica que tem em o risco de muitos morrerem pela desnutrição e outros, pela questão do suicídio. Essa primeira fase é a mais complicada. O acompanhamento geralmente é de caráter semanal nesse início e fica por um tempo até a gente observar. Se for o caso da anorexia, o ganho de peso. Se for o caso da bulimia, a redução da compulsão e das purgas (do vômito), do uso de laxativos e do TCA também, da redução da compulsão. Do risco para o paciente e aí, sim, vai evoluindo pra quinze em quinze. Na equipe multidisciplinar, sempre depois da minha consulta, a gente tem um grupo no WhatsApp com o nome do paciente. Eu, o psicólogo/psicóloga que faz a psicoterapia, o médico psiquiatra, a gente sempre tem a equipe, tem um grupo com o nome do paciente. Para falar “O paciente ganhou tanto de peso, o paciente vomitou, não vomitou, paciente, isso e aquilo”, e eles também, dentro do caso, para que a gente, pra que a equipe se comunique e possa tratar de forma adequada esse paciente. Por isso tem que ter essa questão de ter um nutricionista que seja especialista nisso. Tem que ser um psiquiatra também que tenha experiência, que seja especialista. Porque senão dificilmente vai conseguir ajudar, vai saber tratar assim.

10. Podemos estabelecer algum tipo de relação entre o transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?

Sim, é uma das causas, né?! A forma corporal, o valor da forma como o valor errado, né?! Inclusive a gente tem esses pacientes que dão uma valoração à forma... É atribuída, por exemplo, ao sucesso, a ser bem-sucedido no colégio, nos relacionamentos, na família. Para tudo isso se precisa ser magro e quanto mais, melhor. Então, sim, tem, sim. É uma das principais causas e sintomas.

11. Quais seriam os fatores que favoreceriam a manifestação dos distúrbios de imagem corporal?

A manifestação, geralmente, ela precisa ter essa causa, que acontece lá na primeira infância. Uma família disfuncional, enfim... E aí o gatilho que é a manifestação. Pode ser a questão, hoje em dia a gente tem blogueiras muito magras, das modelos. Há um, quando não existia nada disso, existia também uma prevalência importante de transtorno alimentar.

Alguma outra questão a gente tem relatos na literatura. Mudança, mudança de escola e isso a gente vê muito no consultório. Mudou de escola, precipitou e manifestou o transtorno. Então, assim, essas coisas — mudanças de vida, separação dos pais etc. — essas questões assim.

12. Hoje que a gente vive numa sociedade que tem muitas tecnologias. Tu acha que as imagens midiáticas influenciam nisso?

Sim, sim. Influenciam, sim. Junto com a cultura da dieta. Que cada ano tem vários tipos de dieta milagrosa... Cetogênica, glúten etc. Junto com isso, a questão da imagem corporal é o que mais manifesta transtorno alimentar, mas nunca isolado (isso é bem importante da gente ressaltar). Nunca isolado. Nunca é só isso que vai fazer mal para cabeça de todas as crianças e adolescentes. Não vai manifestar transtorno alimentar se aquela criança não tiver outros fatores genéticos, ambientais, de família... Só que muitas têm, né?! Então, acaba, sim. Essa cultura do corpo, sim, é uma cultura de um corpo cada vez mais magro e muitas vezes uma questão dismórfica mesmo. De a gente ver mudança no rosto, no corpo, muita cirurgia plástica, muito procedimento estético, tudo que é demais. E o corpo cada vez mais magro, mais desenhado, mais perfeito possível. Com certeza é um dos, que a literatura fala, maiores gatilhos, sim, para manifestar o transtorno.

APÊNDICE G – ENTREVISTA NUTRICIONISTA, ESMERALDA

1. Qual o seu nome completo, a sua formação e como escolheu atuar nessa área?

Meu nome é Esmeralda, eu sou nutricionista, sou formada já há dezesseis anos. Eu atuo na área clínica, na verdade. E eu defendi o meu mestrado ano passado. Por isso que eu aceitei tua entrevista, porque eu sei o quanto é difícil. “Ai, eu vou ajudar ela”. E o meu mestrado foi nessa área. Foi a validação de um instrumento para avaliar tanto a questão alimentar quanto as estratégias dos pais na alimentação. Então, diretamente, eu não atuo especificamente com transtorno alimentar, mas, como eu atuo em consultório e também atendo uma escola de educação infantil, acabam surgindo casos de transtornos alimentares ou seletividade alimentar, essas questões. Então, assim, eu sempre quis atuar na área clínica. Eu comecei minha trajetória na área de alimentação coletiva, paralelo a isso, eu fiz uma pós em nutrição clínica e comecei a atuar como serviço de *home care*. Então, aquelas pessoas que surgiam eu atendia a domicílio. Depois de três anos atuando na área de alimentação coletiva, eu passei em um processo seletivo em um hospital de grande porte de Porto Alegre. Ali eu fiquei sete anos. Eu entrei pela área de alimentação coletiva e consegui um deslocamento para a área clínica. Então, ali, sim, eu atuei tanto com adulto, como com pediatria. Aí, depois que eu saí do hospital (que foi para fazer o mestrado, para ter essa disponibilidade), foi que aí eu comecei a atuar como prestadora de serviço de RT (responsável técnico). E aí eu abri o consultório e comecei a atuar em escola de educação infantil

2. Qual o público que tu atende e qual o perfil desse público (faixa etária, raça e classe)?

Hoje, eu atuo como RT (responsável técnico), sou de Canoas (não sei como é que tu me achou, se tu me achou pelo Google ou alguma indicação — eu anuncio ali, no *Google*, o consultório), então pela minha experiência clínica, eu acabo atendendo todas as faixas etárias no consultório. Assim, não restringe. Atendo criança, pela experiência do hospital, então não tenho restrição. Também sou RT em casos geriátricos... Então, assim, eu atendo todas as faixas etárias e também todas as classes sociais. Atendo pessoas que tenham um bom aporte financeiro, como também atendo pessoas que... Eu já tive situações até de atender uma paciente e a diarista dela está com uma condição de saúde e ela pagar para a diarista. Então, eu acabo atendendo. A gente tem que, não só na questão social, mas também na questão da faixa etária, tanto quando a gente atende idoso quanto criança, e mesmo o adulto... Quando a

gente atende alguém da área da saúde, ou da nossa área, a gente até consegue, até eles querem um atendimento mais técnico e tal. Mas normalmente a gente tem que procurar falar com uma linguagem bem simples.

3. Quais seriam os diagnósticos mais frequentes?

Mais frequente, o sobrepeso, agora. Vindo bem para a questão da alimentação infantil. Eu tive bastante demanda de crianças, dos pais procurando, pela questão da alteração de exames, principalmente colesterol elevado. Bastante casos de crianças até não de sobrepeso, talvez um pouco acima do peso normal, pouca coisa. Mas mais a questão pela falta de atividade, das crianças ficarem presas dentro de casa. Então, não tem aquela função de correr no pátio da escola, correr no pátio do condomínio, de brincar, de ser mais aquele espaço mais restrito com pouca atividade física, muito na frente da TV, videogame, celular. E alimentação, né?! Porque aí os pais também trabalhando em casa, essas crianças, a maioria, acabam ou grande parte da semana comendo ou *fast food*, ou tele-entrega. Mesmo que seja uma refeição de fora, nem sempre é uma alimentação adequada. Às vezes os pais acabam pedindo aquilo que a criança mais gosta e que é mais prático naquele momento. Então, a minha demanda infantil tem sido essa.

4. Há casos de transtornos alimentares?

Muitos transtornos eu não tenho pegado. Porque para a gente dizer que é transtorno, tem que ter um diagnóstico. Então, na escola há, assim, muitas questões de seletividade. Das crianças retornando para a escola e nas refeições querendo comer só arroz, digamos. Não querendo comer o restante da alimentação. Da gente chamar os pais para conversar e dizer que em casa também está assim, mas a criança não apresentar nenhum déficit, só essas restrições alimentares. E nenhum com diagnóstico de transtorno alimentar. Até ali na escola tem uma criança que está com suspeita de autismo, mas não tem um diagnóstico fechado ainda. Porém ele apresenta bastante seletividade, restrição, sensibilidade as texturas.

5. Como é feito esse diagnóstico?

Quem fecha o diagnóstico de transtornos alimentares, normalmente é um médico, apoiado por uma equipe multidisciplinar. A criança passa pela avaliação, não sei se chega a

passar por psicólogo, psiquiatra, mas às vezes acontece do próprio neurologista ou pediatra do desenvolvimento fechar esse diagnóstico. Porque os pais têm o acompanhamento no pediatra. Às vezes, se o pai não traz a queixa, não traz o relato, muitas vezes na consulta o pediatra não tem o tempo para perceber essas nuances e às vezes precisa de um especialista. Normalmente as crianças são encaminhadas ou para o neuro ou pediatra do desenvolvimento. Eu não atendo convênio. Então, eu normalmente recebo a criança encaminhada pelo médico. Então, pode ser que tenha profissional que faça o caminho inverso. Que em uma consulta nutricional detecte que a criança tenha distúrbio e pede uma avaliação, um fechamento de diagnóstico para o pediatra. Mas quando eu recebo uma criança com transtorno, eu já a recebo encaminhada do médico.

6. Quais seriam as causas do transtorno alimentar na infância?

As causas podem ser diversas. Pode ser da própria... É que aí tu tem que avaliar todo um contexto. A gente começa avaliando a questão familiar. Porque às vezes a criança é gordinha, o pai é gordinho, a mãe é gordinha e tu vê que já é uma herança genética e cultural. Às vezes, não. Às vezes pode ser algum distúrbio metabólico, da criança ter algum problema, tomar algum medicamento. Às vezes pode ser só da alimentação. Então, pode ser um conjunto de fatores. É complexo. Hoje a obesidade infantil é um dos maiores problemas epidemiológicos que o país enfrenta e não é uma coisa fácil de diagnosticar, de identificar a causa. Assim como, também, às vezes, é complicado de tratar. Porque vai muito dependendo da idade, não só da criança, da adesão da criança e dos pais. É toda uma mudança de comportamento. Esses exemplos que eu te dei, das crianças que eu atendi em consultório com alteração de exames, uma delas estava um pouco acima do peso, a outra estava dentro do peso. Então, a gente teve que reorganizar toda uma rotina familiar. A questão de lidar com a alimentação da criança, ela não muda só ali o mundinho da criança. É uma reestruturação familiar para conseguir ter um sucesso no tratamento.

7. Podemos estabelecer algum tipo de relação entre o transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?

Sim, eu acho que elas... Eu acho que também isso vai muito da idade. Eu atendi uma menina de oito anos e um menino de doze, onde, na escola, eles já começaram a perceber. Porque aí viram que, claro, aquele que é mais gordinho acaba sofrendo algum tipo de

bullying, de coisa. Então, quando ele começou a se perceber mais, assim, com aquela barriguinha que a criança engorda, engorda a circunferência abdominal, então, já quis, já procurou justamente por isso, para cuidar da alimentação, não queria ser gordinho. Mas porque essa criança já era um pouco maior, já estava na pré-adolescência ali e já tem uma percepção diferente. Então, eu vejo que essa percepção vem muito nessa faixa etária. Os menores ainda não têm essa percepção. Ao menos eu não observo isso.

8. Como tu apontou, mesmo que as crianças menores não tenham essa percepção, isso pode ser adicionado à personalidade/costumes/visão da criança desde cedo, a questão da relação com sua própria imagem, ou a partir de alguma idade específica?

Eu acho assim, a percepção dele vem muito acho que dessa relação escolar, deles terem essa certa vaidade. Porque, quando eu atendo crianças menores, acontece muito das vezes o pai, os pais, quererem controlar o alimento, a criança. Mas a criança passa muito tempo com os avós. E os avós, dentro daquele contexto de estarem cuidando do neto, acabam ofertando coisas que não são saudáveis. Às vezes, a própria criança tem essa percepção e relata: “Eu não queria, mas a vó ficou insistindo e aí eu comi”. Então, tem também isso, que às vezes depende muito do contexto. Se há uma família que o pai já tem, já é sobrepeso, a mãe é sobrepeso, os avós são sobrepeso, ela não se percebe diferente, porque ela é igual à família dela. Então, ela não tem essa percepção. Ela vai ter essa percepção de que ela é diferente quando ela entra em uma turma de crianças, da mesma faixa etária, e é onde ela percebe que a grande maioria é magrinha e só ela é gordinha. E que ela sofre, às vezes, por brincadeiras, por ela ser diferente, por ter um peso acima, por ser acima do peso. Então, por isso que eu percebo que essa preocupação venha mais tarde. Até porque esse adolescente que eu atendi, a mãe achava que ele estava super bem e ele não, ele achava que ele estava acima do peso.

9. Podemos estabelecer algum tipo de relação entre o transtorno alimentar e a construção da imagem corporal?

Eu acredito que sim. Na infância, então, eles estão ali na formação e eles esperam muito a aprovação dos pais e o apoio. Então, se os pais, avós, as pessoas próximas ficam ali referindo coisas sobre a imagem corporal deles, eles acabam se moldando e tendo essa percepção. Na infância eles não têm muito... Por mais que chame de “gordinho” ou de

“magrinho”, eles têm a referência da família e daqui a pouco, quando as pessoas ao entorno — que é o vínculo deles de pai, mãe, avós — começam a chamar atenção, eles começam também a reparar sobre isso. Então, eu acredito que sim, que tem, sim, uma relação nessa construção.

10. Hoje que a gente vive numa sociedade que tem muitas tecnologias. Tu acha que as imagens midiáticas influenciam as crianças nisso (nas questões com a sua imagem corporal)?

Eu acredito que sim, esses influenciadores, né?! Na nossa época, na minha época, eram as revistas que a gente comprava. Hoje já não existe mais isso. Então, tem muita coisa dos *youtubers*. Então, eu acho que esses *youtubers* que eles seguem, que se identificam e que ficam fãs e tal, eu acredito que eles têm uma influência sobre isso, sim. Deles quererem ser como eles, fazer as coisas que eles fazem. Então isso, isso também é uma forma de gerar algum transtorno. Porque a pessoa, ela de fato não sabe o que na verdade a pessoa faz ou não. Porque ela está vendendo ali uma imagem e algo que, daqui a pouco, é até comprado. Assim... Ela foi paga para fazer aquele *merchan*, né?! E a criança, o adolescente, não sabe. Ela diz que faz, enfim, e aí a pessoa quer fazer também. Isso é bem comum.