



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**PADRÕES DE BELEZA E TRANSTORNOS DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM MULHERES NEGRAS
DE SALVADOR / BAHIA**

Liliane de Jesus Bittencourt

Salvador, 2013

Liliane de Jesus Bittencourt

**PADRÕES DE BELEZA E TRANSTORNOS DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM MULHERES NEGRAS
DE SALVADOR / BAHIA**

Tese defendida e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Mônica de Oliveira Nunes de
Torrenté

Salvador, 2013

B624p Bittencourt, Liliane de Jesus
Padrões de beleza e transtornos do comportamento alimentar em
mulheres negras de Salvador / Bahia / Liliane de Jesus Bittencourt. –
Salvador, 2013.

199f.;il.

Orientadora: Prof^a. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da
Bahia, Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva,
2013.

1. Transtorno alimentar 2. Imagem corporal – mulher negra 3.
Comportamento alimentar I. Torrenté, Mônica de Oliveira Nunes de
II. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação do
Instituto de Saúde Coletiva III. Título.

CDD 616.85



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

LILIANE DE JESUS BITTENCOURT

Padrões de Beleza e Transtornos Alimentares em Mulheres Negras de Salvador / Bahia

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 01 de março de 2013

Banca Examinadora:

Profª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté – Orientadora – ISC/UFBA

Profª. Kia Lilly Caldwell – The University of North Carolina at Chapel Hill

Profª. Maria Lúcia Magalhães Bosi – Faculdade de Medicina / UFC

Profª. Jorge Alberto Bernstein Iriart - ISC/UFBA

Profª. Leny Alves Bonfim Trad – ISC/UFBA

**Salvador
2013**

Ofereço esse trabalho a todas as pessoas que, conscientemente ou não, primam pelo respeito ao ser humano, no que ele possui de mais rico e belo, a diversidade.

AGRADECIMENTOS

A todos os Deuses, fonte de luz e energia vital;

À minha família, essencial naquilo que tenho de melhor;

Ao Instituto de Saúde Coletiva, por me acolher e permitir continuar caminhando pela estrada do conhecimento;

À Professora, companheira e amiga Mônica de Oliveira Nunes, por aceitar compartilhar comigo o seu saber; pelo carinho e paciência com minhas inseguranças, inquietações e limitações. Seu nome é gentileza;

À equipe que fez desse trabalho algo possível, pela amizade, parceria, compromisso e colaboração, direta ou indiretamente, em longo ou curto prazo:

- * Adailton Conceição de Souza
- * Bárbara Galvão
- * Elder Vargão Borges
- * Eloísa Solange de Magalhães Bastos
- * Fernanda Montero Landeiro
- * Isabela Ayumi Kesen Araújo
- * Juli Joi Ferreira de Oliveira
- * Maíra Passos Santana
- * Maurice De Torrenté
- * Nadja Gomes Santana
- * Rafaela Andrade Almeida

Aos professores do ISC, pela colaboração e compartilhamento do saber;

Ao Professor Jean Caron, que muito gentilmente aceitou me orientar na parte quantitativa do trabalho;

À Carlos Teles pela colaboração na análise estatística dos dados;

A Georges Antoine Coly, meu professor de inglês e amigo, que me ajudou nas leituras e nas traduções dos textos;

Aos colegas de doutorado, companheiros nessa trajetória, em especial Patrícia Vieira Martins, que também se tornou uma amiga muito especial;

A todos os funcionários do ISC, pela ajuda necessária e imprescindível, em especial Dirlene dos Anjos e Maria Anunciação Dias, pelo carinho e amizade;

Aos meus amigos, que colaboraram nesse processo sendo pacientes com as minhas ausências e obstinação em priorizar a realização dessa empreitada;

Aos meus colegas de trabalho e alunos, pelo apoio e compreensão nos momentos de definição de prioridades;

Às jovens estudantes, que participaram dessa pesquisa e compartilharam conosco suas histórias.

SUMÁRIO

Pág.		
	LISTA DE TABELAS E QUADROS	vii
	LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	viii
	LISTA DE APÊNDICES E ANEXO	ix
	APRESENTAÇÃO	x
	I. INTRODUÇÃO	1
	II. OBJETIVOS	3
	2.1. Objetivo Geral	3
	2.2. Objetivos Específicos	3
	III. O CAMINHO PERCORRIDO	4
	3.1. Fase Quantitativa da Investigação	4
	3.2. Utilização da Internet como Fonte de Informação	7
	3.3. Revisão Bibliográfica	8
	3.4. A análise Qualitativa	9
	3.5. Aspectos Éticos	15
	PARTE 1 – REVISITANDO A PROBLEMÁTICA E TEMAS RELACIONADOS	16
	IV. O RACIALISMO INFLUENCIANDO A IDENTIDADE DA MULHER NEGRA NO BRASIL	16
	V. CONCEPÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO: REPERCUSSÕES NO CORPO DA MULHER NEGRA	24
	5.1 Os Padrões de Beleza Influenciando as Concepções de Corpo entre as Mulheres	26
	5.2. Imagem Corporal e Autoimagem na Contemporaneidade	28
	VI. TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: UMA REVISÃO	34
	6.1. Corpo, Espaço Social e Transtornos do Comportamento Alimentar	38
	6.2. Transtornos do Comportamento Alimentar em Grupos Diversos Etnicamente: uma Revisão	43
	VII. TRANSTORNOS ALIMENTARES: PATOLOGIA OU ESTILO DE VIDA?	60

PARTE 2 - COMO SE CONFIGURAM OS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM SALVADOR?	73
8.1. Risco para Transtornos Alimentares entre Estudantes de Salvador/Bahia, considerando a dimensão raça/cor	75
8.2. Satisfação com as Características Fenotípicas e Transtornos do comportamento Alimentar em Estudantes de Salvador/Bahia	85
8.3. Ideais de Beleza e Imagem Corporal entre Estudantes Negras de Salvador	94
8.4. Transtornos do Comportamento Alimentar em Estudantes Negras de Salvador: a relação com a imagem corporal	116
8.5. A Influência de Alguns Fatores no Desenvolvimento dos Transtornos do Comportamento Alimentar	131
IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
APÊNDICES	168

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Págs.

Características sociodemográficas e nutricionais da amostra de escolares. Salvador, 2009	76
Comportamento alimentar desordenado (EAT) por raça/cor em escolares de Salvador – 2009	77/91
Fatores Associados a Comportamentos Alimentares Desordenados (EAT) em escolares de Salvador, 2009	78
Frequência de preocupação com a imagem corporal (BSQ) por raça/cor em escolares de Salvador – 2009	79/89
Depressão por Raça/Cor em escolares de Salvador, 2009	79
Insatisfação com as características fenotípicas segundo raça/cor	87
Perfil antropométrico, preocupação com o corpo e satisfação com a imagem corporal entre as estudantes negras	107
Perfil antropométrico, preocupação com o corpo e satisfação com a imagem corporal entre as estudantes não negras	108
Perfil corporal, satisfação com a imagem corporal e risco para transtorno do comportamento alimentar nas estudantes negras	117
Perfil corporal, satisfação com a imagem corporal e risco para transtorno do comportamento alimentar nas estudantes não negras	121

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AF	Autoflagelo
AM	Automutilação
AN	Anorexia Nervosa
APA	Associação Psiquiátrica Americana
ASPERS	Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde
BA	Estado da Bahia
BDI	Beck Depression Inventory
BED	Binge-eating Disorders
BLOG	site cuja estrutura permite a atualização rápida
BN	Bulimia Nervosa
BSQ	Body Shape Questionnaire
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CHATS	Neologismo para designar aplicações de conversação em tempo real
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAT-26	Eating Attitude Test – versão resumida com 26 questões
EDI	Eating Disorders Inventory
EDNOS	Eating Disorders not otherwise specified
GOOGLE	Empresa multinacional de serviços online e software dos Estados Unidos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I.C.	Intervalo de Confiança
IES	Instituição de Ensino Superior
IMC	Índice de Massa Corporal
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LILACS	Índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe
LF	Low food
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NF	No food
NISAM	Núcleo Integrado de Saúde Mental
OR	Odds Ratio (Razão de Chance)
ORKUT	Site de rede social e discussão operado pelo Google
PVC	Cloreto de Polivinila
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STATA	Data Analysis and Statistical Software
TA	Transtorno Alimentar
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
χ^2	Qui-quadrado

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

	Pág.
Equipe de Pesquisa do projeto “O Padrão de Beleza Socialmente Construído na Gênese de Transtornos do Comportamento Alimentar em Mulheres Negras de Salvador / Bahia”	169
Lista de sites, blogs e comunidades de Orkut visitados	170
Relação de Instituições de Ensino Elegíveis para Coleta de Dados	171
Bloco de Questionários Fase I	173
Convite para o grupo focal	182
Roteiro Grupo Focal	183
Roteiro entrevista com história de vida	185

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutoramento é fruto de uma pesquisa mais ampla, financiada pelo CNPq (Projeto nº 409718/2006-8) e desenvolvida pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental – NISAM, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em parceria com a Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde – ASPERS, da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, da qual fui integrante até o ano de 2009 e onde trabalhei, buscando elucidar as especificidades relacionadas às características e assistência à saúde da população negra deste município.

Esta minha trajetória, aliada às experiências como docente do curso de nutrição de uma faculdade privada, na qual alunas me confidenciavam suas dificuldades quanto à satisfação com seus corpos e como isso implicava em comportamentos alimentares não usuais, bem como da percepção do racismo como estruturante dos valores sociais e das relações estabelecidas dentro da sociedade, fez suscitar o questionamento de como esse fator poderia estar influenciando nos padrões de beleza e imagem corporal de jovens negras na cidade de Salvador, e conseqüentemente, no desenvolvimento de comportamentos alimentares desordenados, visto que eu, enquanto mulher negra, também sofria cotidianamente a violência de ser confrontada frente às escolhas estéticas por mim assumidas. Foi assim que surgiu a pesquisa *“O Padrão de Beleza Socialmente Construído na Gênese de Transtornos do Comportamento Alimentar em Mulheres Negras de Salvador / Bahia”*.

O crescimento dos transtornos do comportamento alimentar entre as jovens é um fenômeno inegável no mundo, e Salvador, uma cidade praieira, na qual a relação das pessoas com seus corpos tem uma característica peculiar, não somente por uma questão geográfica, mas também cultural, não possuía ainda um estudo específico que abordasse esta questão. A busca de informações locais sobre o tema permitiu conhecer outros trabalhos desenvolvidos nesta área, mas nenhum que investigasse a relação entre estes transtornos com o pertencimento racial, a cor da pele, os padrões de beleza existentes na cidade, bem como na relação com o corpo, oriundas desta diferenciação racial/étnica.

O trabalho de investigação partiu de uma exploração da dimensão dessas desordens entre mais de 600 jovens estudantes, de ensino médio e universitário, de instituições públicas e privadas. A partir desse cenário foi realizada uma investigação de abordagem qualitativa, na qual informações mais profundas sobre os padrões e ideais de beleza, na perspectiva dessas estudantes, a imagem corporal que possuem, o risco para o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar e os fatores de risco envolvidos nesse processo foram acessados através da realização de grupos focais e entrevistas com histórias de vida.

Parte das informações obtidas na etapa quantitativa foi analisada juntamente com as respostas oriundas das narrativas da fase qualitativa de investigação. Este processo de análise deu origem à tese que vos apresento, *“Padrões de Beleza e Transtornos do Comportamento Alimentar em Mulheres Negras de Salvador / Bahia”*.

Esta tese está dividida em duas partes, a primeira que fornece um quadro geral dos temas envolvidos com esta problemática complexa, com base na literatura científica, principalmente na perspectiva do pertencimento étnico racial, a segunda parte é produto da investigação

iniciada muito antes do processo de doutoramento. Alguns desses produtos já são artigos aceitos para publicação e há um texto em fase de avaliação. Segue, abaixo, um resumo sucinto das respostas obtidas nesta investigação.

- O capítulo **Transtornos do Comportamento Alimentar em Grupos Diversos Etnicamente: uma Revisão** proporcionou o entendimento de que estes transtornos estão presentes entre asiáticos, negros e latinos, mas a diversidade de valores e costumes entre esses grupos interfere no seu desenvolvimento e prevalência. A identidade étnica e o processo de integração sociocultural têm um papel importante nos fatores de risco e forma de manifestação dessas desordens. A busca e acesso por tratamento são influenciados por características sociais, culturais e raciais.
- No artigo **Transtornos Alimentares: patologia ou estilo de vida?**¹ compreendeu-se que os transtornos são considerados estilos de vida, nos quais busca-se fugir ao sofrimento através do controle dos corpos e dos desejos. Há uma trama entre controle, poder e dominação, no qual as jovens pleiteiam autonomia e independência, a sociedade define e normatiza seus corpos, e dessa forma, impõem uma dominação, e os profissionais, baseados nos discursos da saúde, tentam ensiná-las como controlá-los, buscando exercer de certa forma um poder sobre o outro. As comunidades virtuais aparecem como redes sociais significativas na sociabilidade das jovens estudadas.
- No artigo **Risco para Transtornos Alimentares entre Estudantes de Salvador/Bahia, considerando a dimensão raça/cor**² encontrou-se que as estudantes que se identificaram como amarelas ou indígenas têm 3,6 vezes mais chances de comportamentos alimentares desordenados e 4,8 vezes mais possibilidade de estarem insatisfeitas com sua imagem corporal. As mulheres pardas possuem 2,5 vezes mais risco de apresentarem esta insatisfação. A depressão é uma comorbidade que deve ser considerada, apesar de não estar associada significativamente com a raça/cor.
- No texto **Satisfação com as Características Fenotípicas e Transtornos Alimentares em Estudantes de Salvador/Bahia**³ percebeu-se que as estudantes pardas, de um modo geral, apesar de afirmarem uma satisfação com a sua aparência, expressam um conflito em relação aos traços que a identificam com uma parcela da população que é considerada socialmente menos valorizada. No entanto, não eram mais propensas a desenvolverem transtornos do comportamento alimentar, o que pode ser explicado por possuírem um referencial de beleza diferente do propagado pela mídia e valorizado socialmente.
- No capítulo **Ideais de Beleza e Imagem Corporal entre Estudantes Negras de Salvador**, a análise dos grupos focais e entrevistas possibilitou entender que tanto para as estudantes negras quanto para as não negras a magreza extrema e o excesso de peso não se refletem muito nos desejos das jovens de Salvador. Parece que, apesar de também existir uma perseguição de um corpo perfeito, ideal, este corpo, necessariamente teria o equilíbrio

¹ Artigo a ser publicado na revista *Psicologia e Sociedade*.

² Artigo a ser publicado na *Revista de Nutrição da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS*.

³ Artigo enviado para integrar o livro: *Tranças e Redes: tessituras sobre África, Brasil e Relações Étnico-raciais*, a ser publicado pela editora da UFRB.

como tônica importante. A insatisfação corporal esteve presente nos dois grupos, independente de apresentarem ou não preocupação com o formato e tamanho corporal.

- Ao avaliar as narrativas, no capítulo **Transtornos do Comportamento Alimentar em Estudantes Negras de Salvador: a relação com a imagem corporal** percebeu-se que sinais e sintomas dos transtornos alimentares estiveram presentes na vida de sete jovens negras, mesmo o resultado do EAT-26 tendo sido negativo, levando-se em consideração o ponto de corte de risco para tais comportamentos. Entre essas, quatro possuíam insatisfação em relação aos seus corpos.
- Os fatores que podem ser considerados protetores ou fragilizadores em relação à manifestação desordenada de comportamentos alimentares foram relacionais, estruturais e os próprios da personalidade e estão discutidos no capítulo **A Influência de Alguns Fatores no Desenvolvimento dos Transtornos do Comportamento Alimentar**.

I. INTRODUÇÃO

O projeto da modernidade - cientificista e tecnicista - é veloz, adoecendo o meio ambiente e a humanidade. A racionalidade é um de seus pilares e oculta o sofrimento humano. Toda essa dinâmica altera nosso sentido de identidade e coletividade (ANDRADE E BOSI, 2003). Para estes autores, o “sentimento” de vulnerabilidade está relacionado ao fenômeno social originado na globalização, na qual a desterritorialização leva ao descentramento de subjetividades e pode traduzir-se em uma busca humana de referentes, com o intuito de nortear a construção de um sentido de “ser-no-mundo”. Nesta lógica, o ser humano recorre ao corpo como referência central de identidade. “O individualismo narcísico e hedonista elege o corpo e as sensações como os depositários dos valores pessoais na atualidade.” A supervalorização do corpo, monitorado e regrado pela obsessão narcísica com a saúde e a longevidade (LIPOVETSKI, 2004) nos leva a não refletir sobre a perda da espontaneidade, da interioridade e da liberdade criadora, valores afeitos ao projeto da modernidade (TAYLOR, 1989).

Segundo Andrade e Bosi (2003), vivemos em uma “cultura da sensação” onde se difunde a pseudoverdade de que a felicidade e o conhecimento são adquiridos via consumo. A imagem corporal feminina é objeto de massivos investimentos, com ênfase da mídia no quesito beleza e aquisição do corpo perfeito.

Ao mesmo tempo, os valores e as crenças culturais moldam social e historicamente a relação com o corpo, terreno de significados simbólicos e, neste sentido, quaisquer alterações artificiais no formato, tamanho e aparência têm importante função social, principalmente levando em consideração que o mundo social discrimina indivíduos considerados não atraentes, o que pode ter como consequência atitudes e comportamentos de reforço social e modelagem (SAIKALI et al, 2005), como no caso das cirurgias plásticas e transtornos do comportamento alimentar, como a anorexia nervosa.

Segundo Marion Minerbo e colaboradores (apud SCAZUFCA, 1998), o limiar entre o cuidado da mulher consigo mesma, saudável, e a obsessão da preocupação com o corpo, que pode levar à morte, está na fantasia contemporânea que diz: “escolha seu estilo de vida, sua imagem, o rosto e o corpo que deseja, a tecnologia torna seu sonho possível” (SCAZUFCA, 1998, p.16).

Para a psiquiatra Sílvia Wainstein (apud SCAZUFCA, 1998), a anorexia é um mal estar ligado à valorização do consumo de imagens, que tende a propiciar o surgimento de uma obsessão por estas. As mudanças corporais e as fantasias sobre o corpo, próprias da puberdade, abrem um campo para a idealização dessas imagens, possibilitando aos adolescentes pertencer a um conjunto de sujeitos semelhantes, que possuem uma imagem aceita socialmente.

Respondendo a este cenário, a incidência dos transtornos alimentares dobrou nos últimos 20 anos e a prevalência de anorexia nervosa tem variado entre 2 a 5% em mulheres

adolescentes e adultas. No final dos anos 1980, a anorexia nervosa chega a aparecer como uma *culture bound syndrome*, tamanha a particularidade e extensão da sua presença na sociedade norte-americana. Nos Estados Unidos é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes. A crença tradicional de que os transtornos do comportamento alimentar eram próprios de um grupo de mulheres jovens, brancas, pertencentes à elite e residentes em países ricos, no entanto, vem sendo contestada pelo aumento desses comportamentos em países em desenvolvimento e em diferentes etnias. Esse crescimento reforça a ideia do papel da mídia e da urbanização na mudança de hábitos, principalmente os alimentares, o que predispõe a esses transtornos (DUNKER, 2003; MORGAN et al, 2002).

Além da mídia e da globalização proporcionando a mudança de hábitos, o racismo, que parte do pressuposto de superioridade de uma raça em relação à outra, estabelece também construções sociais de ser/estar no mundo, particularmente inscritos em experiências de corporeidade, que sustentam esta ideia de superioridade e também interferem no comportamento dos indivíduos, determinando suas formas de relacionamento consigo, com o outro e com a sociedade de modo geral.

As mulheres negras são uma parcela da população para a qual as determinações sociais se impõem de forma mais agressiva, dificultando a autoestima, as relações, e fomentando a ideia de que são seres hierarquicamente de menor valor social, estando atrás do homem, branco ou negro, e da mulher branca. Essa classificação está presente não só no imaginário das pessoas, mas também nos indicadores sociais de desenvolvimento humano (NOGUEIRA, 2000).

Renegar as características das mulheres negras e fazer com que o modelo de beleza preferido seja o das loiras, magras, sem quadris, com seios pequenos, “lábios e narizes finos”, foi um dos grandes ganhos do racismo vigente. Em se tratando dos vários tipos de mulheres negras, a gorda certamente fica num dos patamares mais baixos de valorização social. Este tipo de percepção foi imposto por uma cultura que gera exclusão social (NOGUEIRA, 2000).

Portanto, avaliar o impacto de padrões de beleza construídos socialmente no desenvolvimento de comportamentos destruidores e agressores, e que inferiorizam tipos fenotípicos diversos, como o das mulheres negras, excluindo-as ou dificultando sua inserção social, é uma forma de contribuir para a definição de meios e instrumentos eficazes de melhoria da saúde desse grupamento populacional.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral - Compreender a relação entre os padrões de beleza construídos socialmente, o desenvolvimento da imagem corporal, os comportamentos de risco para transtornos alimentares e as experiências corporais e significados relacionados a esses transtornos entre mulheres negras de Salvador/Bahia.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar a influência dos ideais de beleza na construção da imagem corporal das mulheres de Salvador/Bahia levando em consideração o pertencimento étnico/racial;
2. Analisar a percepção da imagem corporal das estudantes de Salvador/Bahia em função do seu pertencimento étnico/racial;
3. Conhecer a relação entre a imagem corporal dessas mulheres e o desenvolvimento dos transtornos alimentares;
4. Identificar e compreender os fatores protetores ou fragilizadores para o desenvolvimento dos transtornos alimentares entre essas mulheres.

III. O CAMINHO PERCORRIDO

3.1. Fase Quantitativa da Investigação

Este trabalho faz parte do projeto “*O Padrão de Beleza Socialmente Construído na Gênese de Transtornos do Comportamento Alimentar em Mulheres Negras de Salvador / Bahia*”, desenvolvido por um dos grupos de pesquisa do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental - NISAM/UFBA, financiado pelo CNPq (Nº do Projeto: 409718/2006-8) e aprovado pelo comitê de ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (parecer 033-07).

Para atingir o objetivo proposto nesta pesquisa iniciou-se pela investigação da prevalência de transtornos do comportamento alimentar na cidade de Salvador, visto naquele momento não haver esta referência, nem mesmo um centro específico para tratamento desta desordem. Era preciso estabelecer um ponto de partida para seleção das jovens que fariam parte do estudo qualitativo e esta foi a forma eleita para tal.

A falta de um centro específico para tratamento, bem como a necessidade de estabelecer uma análise tendo a dimensão étnico/racial como variável chave foi preponderante na escolha de jovens sem diagnóstico estabelecido da doença. A escolha por estudantes de ensino médio e universitárias se baseou nos estudos epidemiológicos, os quais evidenciavam a precocidade cada vez maior dos transtornos do comportamento alimentar e a prevalência em cursos e profissões específicas.

Foi utilizado, então, um instrumento de investigação, composto de quatro questionários autoaplicáveis, em jovens na faixa etária entre 15 a 30 anos, estudantes do ensino médio e dos cursos de nutrição, psicologia, medicina, enfermagem e educação física, de instituições de ensino superior, públicas e privadas, por serem os indicados na literatura como os que mais abrigam jovens com transtornos do comportamento alimentar ou jovens que possuem uma relação diferenciada com o corpo e que, por essa razão, buscam cursos onde o corpo ocupa um lugar especial de reflexão e de prática (MORGAN, VECCHIATTI e NEGRÃO, 2002; VITOLO, BORTOLINI e HORTA, 2006; BOSI, UCHIMURA e LUIZ, 2009; RECH, ARAÚJO e VANAT, 2010; ALVARENGA et al, 2010).

Para definição da amostra, partiu-se de um estudo piloto realizado com 81 estudantes de nutrição, oriundas de duas faculdades, uma pública e outra privada, devido à inexistência, na época, de estudos nacionais ou locais que levassem em consideração a diversidade étnico/racial. Neste, o resultado foi de 8,6% para comportamentos de risco para transtornos de ordem alimentar, não oferecendo discrepância em relação aos resultados encontrados nos estudos de prevalência para este transtorno. Assumiu-se 0,036 como erro absoluto máximo aceitável, um poder de amostra de 80% e nível de significância de 95%. O tamanho da amostra estimado ficou em torno de 411 mulheres, mas foi ampliado para 822, devido à

aplicação do desenho de efeito (2,0), a fim de dar conta do possível efeito de conglomeração em função do procedimento de amostragem aleatória em dois estágios.

A seleção das instituições ocorreu de forma aleatória, utilizando como critérios as escolas de ensino médio, situadas no centro da cidade, devido à confluência de estudantes de diversos bairros para estas, e todas as instituições de ensino superior que possuíssem os cursos eleitos para o estudo. Desta forma, tentava-se garantir a diversidade étnico/racial e social, bem como a existência de jovens com comportamento de risco para os transtornos, ou com experiências particulares de corporeidade que, eventualmente, incluíssem as vivências de transtornos corporais. Foram selecionadas aleatoriamente 12 escolas de ensino médio (4 públicas e 8 particulares) e 8 instituições de ensino superior (2 universidades públicas e 6 faculdades particulares). Entre as escolas de ensino médio particulares, 5 não autorizaram a realização da investigação. No segundo estágio da amostragem, se procedeu ao sorteio de ao menos duas turmas, com média de 20 alunos, em cada uma das instituições de ensino selecionadas no primeiro estágio.

O instrumento de investigação havia sido avaliado pelo grupo de pesquisa, antes de ser utilizado no piloto, e foi ajustado após aplicação no mesmo.

O primeiro questionário coletou informações sobre identificação das jovens, dados sociais, peso e altura referidos, satisfação corporal, vivência do racismo e percepção de existência de rede de apoio social e familiar; o segundo foi um questionário validado no meio científico e clínico para risco para os transtornos do comportamento alimentar (Eating Attitude Test – EAT-26); o terceiro (Body Shape Questionnaire - BSQ), utilizado conjuntamente com o EAT-26 para diagnóstico destes transtornos, visava caracterizar a imagem corporal destas mulheres; e o último questionário (Beck Depression Inventory - BDI), avaliava possíveis graus de depressão presentes nas mesmas.

A identificação da raça/cor ocorreu por autodeclaração, seguindo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - branca, preta, parda, amarela e indígena - o que favorece a comparação com outros estudos; portanto a coleta de informações se deu com todas as estudantes que atenderam aos critérios estabelecidos para a pesquisa, independente da percepção fenotípica dos pesquisadores em relação ao pertencimento étnico/racial das mesmas.

O Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) é uma versão em português, resumida, validada no meio científico, que avalia a possibilidade de desenvolvimento de anorexia e bulimia. É um questionário autoaplicável, com 26 questões, com 6 opções de respostas. Cada questão divide-se em 3 escalas do tipo Lickert, conferindo 0 a 3 pontos, de acordo com a escolha: nunca, raramente ou às vezes = 0; frequentemente = 1; muito frequentemente = 2; sempre = 3. Um escore > 20 revela risco para transtornos do comportamento alimentar (FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002; CORDÁS & NEVES, 1999; NUNES et al, 1994; MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; BIGHETTI et al, 2004).

Apesar de ser um dos instrumentos mais utilizados para revelar características que sugerem distúrbios de ordem alimentar, apenas o EAT-26 não confere um diagnóstico preciso quanto aos transtornos. Seriam necessários outros instrumentos e uma avaliação clínica para chegar a tal definição. Portanto, para ter uma estimativa mais apurada das jovens em risco para desenvolver tais desordens, foi empregado o BSQ - Body Shape Questionnaire - para avaliar as preocupações com o formato e tamanho corporal, que configuram a insatisfação corporal, um dos principais fatores relacionado com transtornos como bulimia e anorexia.

Na pesquisa, utilizou-se a versão em português, também autoaplicável, com 34 questões que mensuram a preocupação com o corpo e o peso. Para cada questão eram oferecidas seis opções de respostas (nunca = 1; raramente = 2; às vezes = 3; frequentemente = 4; muito frequentemente = 5; sempre = 6). Um resultado menor que 80 indicava ausência de preocupação com a imagem corporal; de 81 a 110, preocupação leve; 111 a 140, preocupação moderada; acima de 140, grave preocupação com a imagem corporal (FREITAS et al, 2002, CORDÁS & NEVES, 1999; DI PIETRO e SILVEIRA, 2009; CONTI, CORDÁS e LATORRE, 2009).

Considerando a depressão como uma comorbidade importante de transtornos de comportamento alimentar, avaliou-se a presença de sintomas depressivos através do questionário autoaplicável BDI – Beck Depression Inventory. A versão em português consta de 21 itens, com quatro opções de resposta cada uma, variando de 0 a 3. Cada questão admite múltipla escolha. Caso o resultado seja menor que 11, não há presença de depressão; se o resultado for de 12 a 19 há uma depressão de leve a moderada; de 20 a 35, depressão moderada a grave; e de 36 a 63, depressão grave (FREITAS et al, 2002, CORDÁS & NEVES, 1999; GORESTEIN e ANDRADE, 1998).

Os questionários foram aplicados no período de novembro/2008 a junho/2009. Estes foram distribuídos pelos investigadores, em sala de aula, após explicação quanto aos objetivos e forma de preenchimento. As alunas levavam em torno de 20 minutos para responder completamente aos formulários. Foi possível obter um total de 626 questionários, representando aproximadamente 76% do número amostral definido estatisticamente. Uma das dificuldades em relação a esta coleta esteve relacionada com o tema da pesquisa, levando à recusa de algumas alunas.

A avaliação antropométrica foi realizada utilizando os dados de peso e altura referidos. A literatura corrobora esta prática quando revela que as avaliações baseadas apenas em dados referidos correspondem aos dados aferidos e, portanto são válidas, podendo ser utilizados quando há necessidade de oferecer maior praticidade ao estudo (BOSI et al, 2006; CACHELIN e STRIEGEL-MOORE, 2006). Para estimativa do Índice de Massa Corporal foram seguidas as orientações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), que recomenda a análise do IMC para adultos, de acordo com os valores de referência (< 18,5 kg/m² magreza; 18,5 a 24,9 kg/m² eutrofia; 25 a 29,9 kg/m² sobrepeso; ≥ 30 kg/m² obesidade). O IMC entre 17,0 e 18,4 kg/m² foi classificado como magreza grau I,

entre 16,9 e 16,0 kg/m² como magreza grau II e menor que 16,0 kg/m² como magreza grau III, de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde de 1997 (WHO, 1997). Para a avaliação dos percentis entre as adolescentes utilizou-se a curva de IMC por idade para meninas de 5 a 19 anos, da Organização Mundial de Saúde e adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Os dados coletados foram alimentados em dupla entrada e analisados com o software SPSS, versão 15. A revisão da digitação do banco de dados foi realizada pela supervisora da equipe e a correção pelos mesmos pesquisadores que haviam realizado a digitação. Inicialmente realizaram-se análises das variáveis sociais e demográficas, obtendo-se as medidas descritivas, número de casos (n) e prevalência dos agravos. Posteriormente, realizaram-se análises bivariadas (Teste Qui-quadrado de Pearson) bem como foi obtida a razão de chance (OR), com seu respectivo intervalo de confiança de 95% (I.C.95%), dos diversos fatores de risco (idade, raça/cor, tipo de instituição de ensino, tipo de curso, IMC) em relação aos desfechos considerados (Comportamento alimentar desordenado, preocupações com o corpo e depressão). Para a análise multivariada, aplicou-se o modelo de regressão logística multinomial (HOSMER e LEMESHOW, 2000) em decorrência da(s) variáveis dependentes (desfechos) serem, na sua maioria, politômicas. O nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) foi adotado em todos os procedimentos estatísticos aplicados. Utilizou-se para a modelagem o programa STATA V.9.0, mediante o qual se empregaram procedimentos que levaram em conta o efeito do cluster em decorrência do desenho amostral em conglomerado. Para permitir as análises estatísticas, algumas categorias foram agrupadas.

3.2. Utilização da Internet como Fonte de Informação

Com o objetivo de ter mais elementos que pudessem informar sobre a percepção das jovens sobre o transtorno do comportamento alimentar, o repertório utilizado por estas e como enfrentam a doença, foram realizadas visitas a sites, blogs e comunidades de redes sociais da internet.

Iniciou-se a investigação na internet através dos blogs, utilizando como descritores as palavras pró-anorexia, pró-bulimia, anorexia e bulimia. Nas páginas encontradas havia sugestões de outros blogs e sites que permitiam alimentar a busca. Outra estratégia utilizada foi visitar as comunidades de Orkut, uma rede social da internet, utilizando os descritores anorexia e bulimia. No período de maio a setembro de 2010 foram visitados 10 blogs, quatro comunidades de Orkut e um site de suporte para as pessoas com Eating Disorders (lista em apêndice). Este site é norte-americano e para ser possível acessar os meios de apoio utilizados, faz-se necessária a inscrição. Portanto, apenas algumas informações iniciais são oferecidas para quem não faz parte do grupo. Algumas comunidades de Orkut tinham mais de 1000 membros e estas possibilitavam fazer um passeio também pelas páginas dos seus integrantes e conhecer os perfis, comentários e depoimentos de alguns. Importante

salientar que não foi utilizado um perfil “fake”, portanto só as comunidades e páginas acessíveis, sem restrições às pessoas que não possuíam tais comportamentos ou que não haviam feito inscrição, foram visitadas.

A partir dos depoimentos, comentários e organização visual presentes nesses espaços, foi utilizada a interpretação de sentidos, que conjuga a hermenêutica (compreensão) e a dialética (crítica) para análise dos dados disponíveis. As informações foram analisadas utilizando as seguintes categorias: conceitos e definições sobre transtornos do comportamento alimentar, emoções e sentimentos expressos, objetivos e meios para alcançá-los. Este material empírico foi analisado a partir das teorias antropológicas e em comparação às concepções hegemônicas sobre o tema. Desta forma, foi possível ter uma ideia de como as jovens constroem e defendem um mundo próprio, no qual ter anorexia ou bulimia não significa ter uma doença ou fazer parte de uma classificação patológica; nos quais estas atitudes e estes comportamentos são o estilo de vida que elas adotaram e não sinais e sintomas de um distúrbio psíquico.

3.3. Revisão Bibliográfica

Para entender como os transtornos do comportamento alimentar se configuram em grupos com características culturais e étnicas diferentes foi realizada uma busca de artigos e documentos que explorassem a relação da diversidade étnico/racial com o desenvolvimento, fatores de risco, epidemiologia, busca por e acessibilidade ao tratamento de transtornos do comportamento alimentar, em bases de dados nacionais e internacionais.

As buscas foram realizadas na SciELO, LILACS, Periódicos CAPES, Medline e Google acadêmico, utilizando os termos transtornos alimentares, eating disorders, anorexia, bulimia, raça, race, etnia, ethnic.

Foram encontrados 75 trabalhos sobre o tema, mas apenas os publicados a partir do ano 2000 foram utilizados para fins deste artigo, totalizando 47 publicações; 39 oriundas de pesquisas científicas de cunho epidemiológico, quatro de pesquisas qualitativas, três trabalhos de revisão e um que associa métodos quantitativos e qualitativos. Os trabalhos que só eram acessíveis para os assinantes das revistas ou jornais não foram incluídos nesta revisão. Foi encontrado apenas um trabalho publicado no Brasil explorando a relação entre etnicidade/raça e transtornos do comportamento alimentar, dando enfoque para a população de origem asiática.

Foi realizada uma leitura sistemática de todos os trabalhos, organizando-os por categorias, quais sejam, os que avaliavam os transtornos do comportamento alimentar nos diversos grupos étnicos/raciais, separando-os em asiáticos, negros, latinos e outros, e os que enfatizavam as questões relacionadas a acessibilidade e qualidade do tratamento.

3.4. A análise Qualitativa

Na fase qualitativa foram utilizadas duas estratégias metodológicas, os grupos focais e as entrevistas individuais com história de vida.

Segundo Neto, Moreira e Sucena (2002, p. 5) grupo focal é “uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre elas, informações acerca de um tema específico”.

Técnica considerada importante na pesquisa em saúde na perspectiva social, pois permite inferir o sentido oculto, as representações ideológicas, os valores e os afetos vinculados ao tema investigado. Parte-se do pressuposto de que os pequenos grupos tendem a reproduzir o discurso ideológico das relações macrosociais (GONDIM, 2002).

A história de vida é uma técnica que busca compreender o desenvolvimento da vida do sujeito, recuperando as experiências, crenças, mitos, tradições que permitam compreender melhor a história do entrevistado. Esta pode ocorrer através de uma entrevista, na qual há uma interação com o entrevistador. É um instrumento privilegiado para interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas e das experiências subjetivas (MINAYO, 2000; VÍCTORA *et al*, 2000).

Nas entrevistas é possível obter dados mais subjetivos, relacionados a valores, atitudes e opiniões do entrevistado, através de um roteiro prévio (método não estruturado) que permite ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema proposto (MINAYO, 2000; VÍCTORA *et al*, 2000).

Os grupos focais foram realizados aos sábados, devido à dificuldade de horário durante a semana para viabilizar a reunião de pesquisadores e pesquisadas. No início, a proposta era realizar o grupo nas instituições de ensino, favorecendo um ambiente mais acolhedor e confiável para as alunas.

Para garantir a presença de alunas de todos os cursos universitários, resolveu-se fazer os grupos focais com alunas convidadas de todas as instituições particulares e, em relação às públicas, foram convidadas a participar as alunas da Universidade Federal da Bahia, pois esta IES possuía todos os cursos priorizados no estudo.

Com esta orientação, se fez necessário definir um local de maior conforto e liberdade de expressão para a realização dos grupos, o que levou à modificação da estratégia proposta e o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, por ser o local de desenvolvimento da pesquisa e possuir toda a estrutura necessária, tornou-se o lugar de escolha.

A diversidade de instituições fez optar por realizar quatro grupos focais, dois grupos com jovens de instituições de nível médio e dois com estudantes de instituições de ensino superior, público e privado respectivamente. As instituições de nível médio selecionadas foram o Colégio Estadual Severino Vieira e o Colégio Salesiano do Salvador, por serem as instituições mais representadas, durante a primeira fase de investigação.

A separação dos grupos por nível de escolaridade se justificou pelo entendimento que as estudantes estavam em momentos de vida, conhecimento e experiências diferentes, e que a junção dos diversos grupos poderia causar inibição ou retraimento para algumas.

Toda a equipe de pesquisa passou por sessões de discussão sobre grupos focais, sua aplicabilidade na pesquisa qualitativa, bem como por um treinamento, baseado em manual de operacionalização organizado para tal fim. Elaborou-se também um roteiro com temas centrais e subtemas para a condução dos trabalhos.

Cada grupo focal contou com uma equipe de cinco pesquisadores, com funções definidas: um para mediar a discussão e ficar responsável por conduzir o grupo, um relator para registrar as emoções, expressões faciais, gestos, bem como fazer as transcrições das fitas, uma pessoa responsável pela marcação do tempo e gravação dos diálogos e mais duas pessoas responsáveis pela organização estrutural e verificação de peso e estatura das alunas, que ficavam fora da sala quando do início da discussão do grupo. Peso e estatura foram aferidos para todas as alunas que participaram dos grupos focais e das entrevistas individuais. Para tal, utilizou-se balança digital Magna ZM 1000 Good Life 150 kg e estadiômetro Seca, de PVC rígido com fita métrica.

As alunas foram selecionadas para participar dos grupos focais a partir da análise do banco de dados da etapa quantitativa, levando em consideração os seguintes critérios: indicação para transtorno do comportamento alimentar, preocupação com imagem corporal, raça/cor, religião e renda, de forma a favorecer uma diversidade quanto a estas categorias, e IMC em extremos (magreza, sobrepeso e obesidade).

Estas foram convidadas, por e-mail, através de um convite elaborado especificamente para tal fim, e por telefone. Foi definido que cada grupo focal seria realizado com um máximo de 12 estudantes e para tentar garantir esta presença foram convidadas aproximadamente 40 alunas (respeitando uma proporção aproximada de 3:1).

Em se tratando das estudantes de nível médio, foi necessário, em alguns casos, não só conversar com as meninas, mas também com as mães e/ou pais, bem como com o coordenador pedagógico da escola, para que estas se sentissem seguras para participar da atividade.

Como estratégia de acolhimento, foi oferecido um lanche de confraternização no final de cada grupo, composto de frutas, sucos, água de coco, biscoitos, café e água. Levando em

consideração que algumas alunas tinham uma condição econômica pouco favorável, foi pago um auxílio transporte para quem compareceu ao encontro.

Dos primeiros quatro grupos focais agendados, apenas em dois houve êxito, mesmo assim com um número de estudantes menor do que se havia proposto. As alunas de nível universitário, tanto das IES privadas quanto da UFBA, não compareceram ao encontro em número suficiente para favorecer a discussão (em cada um dos encontros, só compareceram duas alunas), mesmo havendo confirmado antecipadamente a participação. O grupo focal com estudantes das IES privadas foi agendado por duas vezes. O grupo focal com as estudantes do ensino médio público foi realizado com cinco alunas e do grupo com as estudantes da instituição privada participaram quatro alunas.

Devido à dificuldade de comparecimento ao encontro agendado, era dada uma tolerância de uma hora para o início da discussão, que dependeria do número de estudantes presentes. Ficou definido que o número mínimo de alunas, para possibilitar uma discussão proveitosa, seria de quatro estudantes.

Antes de começar a discussão e de certa forma apresentando o tema, foi distribuída uma série de figuras de mulheres de diversos tipos fenotípicos quanto à composição corporal, cor da pele, tipo de cabelo, expressões faciais, etc. e solicitado que as alunas escolhessem algumas para montar um painel. Foi dado um prazo de 10 minutos, após o qual estas teriam que apresentar o painel, explicando o porquê da escolha das figuras. O produto dessa primeira parte foi o disparador do início do debate, além de ter sido usado na análise, realizada posteriormente. Toda a atividade foi registrada em gravador analógico e as fitas foram marcadas com data, nome da instituição e sequência de gravação. Além disso, todas as expressões ou informações que não poderiam ser gravadas foram registradas pela relatora. Cada grupo levou em média 1h30min.

Na segunda tentativa de efetivação do grupo focal com as universitárias das instituições privadas, decidiu-se pela realização de entrevistas individuais com as duas estudantes que compareceram. O mesmo ocorreu com as duas alunas da universidade pública que se fizeram presentes para o grupo focal.

As outras entrevistas foram realizadas com alunas selecionadas a partir dos relatos durante o grupo focal e da análise do banco de dados, levando em consideração o risco para transtorno do comportamento alimentar ou alguma característica que indicasse uma suspeição em relação a algum problema alimentar ou corporal. Procurou-se garantir a diversidade racial, de faixa etária e pertencimento social. No total, foram realizadas doze entrevistas.

As alunas foram convidadas por telefone, momento em que era combinada a data, o horário e o local para realização das entrevistas, de forma que as estudantes se sentissem confortáveis para participar. Era sugerido o ISC como um dos locais, devido ao conforto e

garantia de privacidade do ambiente, mas caso não aceitassem, a entrevista era realizada em local de escolha da aluna.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro elaborado pela equipe. Foram registradas em gravadores analógicos e/ou digitais e depois transcritas por pessoas contratadas para tal fim. Cada entrevista era conduzida por dois pesquisadores da equipe e durava em torno de 2h.

Das estudantes selecionadas, de acordo com os critérios descritos acima, nove estudantes de nível médio participaram dos grupos focais. Segue abaixo caracterização dos grupos:

Grupo focal 1 – grupo com cinco alunas do ensino médio de uma das escolas públicas de Salvador, localizada no centro da cidade. As estudantes tinham entre 18 e 26 anos e se definiram como preta. Quanto à avaliação antropométrica, duas tinham magreza, duas, eutrofia (peso normal em relação à altura e idade) e uma, obesidade. Uma das jovens foi acompanhada pela mãe e outra pelo pai. Das cinco estudantes, três são evangélicas/cristãs (duas praticantes), uma é católica e a quinta não referiu a religião (apesar de afirmar que era evangélica até os 16 anos e que a família ainda é). Duas se referem insatisfeitas com seu corpo. Uma admite comportamentos bulímicos, outra, comportamento alimentar compulsivo. Duas delas referem comportamentos anoréxicos em familiares (irmã e prima). Duas admitem querer mudar algo em sua aparência física. Ao avaliar os resultados do instrumento aplicado na primeira fase da investigação, quatro delas responderam ter apoio social no cotidiano e estarem satisfeitas com suas características físicas; três se sentiam discriminadas por causa da sua cor. Nenhuma delas tinha risco para os transtornos alimentares, de acordo com o EAT, uma tinha preocupação moderada com a imagem corporal (avaliado pelo BSQ) e duas tinham algum grau de depressão (BDI).

Grupo focal 2 - grupo com quatro alunas do ensino médio de uma escola particular de Salvador, localizada no centro da cidade. As estudantes tinham entre 14 e 16 anos, uma se definiu como parda, duas como brancas e uma como amarela. A avaliação antropométrica mostrou que uma tinha magreza, duas apresentavam eutrofia e uma, sobrepeso. Uma delas foi acompanhada pela mãe e duas foram levadas pelo pai de uma das jovens. Duas são católicas, uma é cristã e uma é espírita. Apenas uma delas referiu comportamento bulímico (relatou sintomas deste distúrbio, mas denominou de anorexia) em uma amiga. Todas revelaram alguma insatisfação com o corpo, vontade de mudar algo, mas nenhuma assumiu já ter tido comportamentos anoréxicos ou bulímicos. As respostas dos questionários aplicados na primeira fase evidenciaram que todas recebem apoio social no cotidiano e não se sentem discriminadas por causa da sua cor; apenas duas estão satisfeitas com suas características fenotípicas. Nenhuma possuía preocupação com a imagem corporal, risco para transtornos do comportamento alimentar ou depressão.

Foram entrevistadas 12 estudantes, das quais duas também participaram do grupo focal, mas uma das entrevistas foi perdida por problemas operacionais. As alunas tinham entre 18

e 26 anos; oito eram estudantes universitárias e três estudantes do nível médio. Quanto ao pertencimento étnico/racial, seis se definiram como preta, três como branca, uma amarela e uma parda. A religião foi indefinida para três delas; cinco são católicas, duas espíritas e uma budista. Em relação ao estado antropométrico, cinco se encontravam com eutrofia, uma com magreza, quatro com obesidade e uma com sobrepeso. Segundo o instrumento aplicado na primeira fase, oito delas refere possuir apoio social no cotidiano, quatro se sentem discriminadas ou já vivenciaram situações de discriminação por causa da sua cor e nove diziam estar satisfeitas com suas características fenotípicas; uma apresentou comportamento de risco para os transtornos de ordem alimentar, oito têm preocupação com a imagem corporal e cinco possuem algum grau de depressão.

As narrativas dos grupos focais e das entrevistas foram submetidas à análise, através de uma abordagem hermenêutica, que, neste caso, se configura como a compreensão dos sentidos atribuídos à experiência vivida pelos sujeitos integrantes do estudo. Interessa-nos captar o sentido atribuído às vivências de jovens que ou desenvolveram ou estão no limiar de desenvolvimento de transtornos de origem alimentar.

Para tal, a hermenêutica, ou a compreensão que advém da interpretação dos sentidos da vida quotidiana, das experiências ou da realidade, é a maneira de se aproximar dos significados que estas assumem num contexto de desordens, que estão na base do sofrimento de várias mulheres.

Para compreender é preciso interpretar os signos que refletem a realidade, que perpassa pelo social, pelo cultural, pelo humano. Segundo as teorias hermenêuticas, esses signos são os da linguagem, que chegam até o interlocutor através do diálogo. O diálogo é a maneira pela qual a interpretação da linguagem e a compreensão do sentido do mundo real são possíveis. É nesse diálogo, ou nessa interação hermenêutica, que há o compartilhamento de sentidos entre dois mundos, onde passado e presente, o eu e o outro, assumem significados, a partir da realidade social e histórica envolvida no contexto da interação. É neste “círculo hermenêutico” que a compreensão se efetiva (CASAL, 1996).

É importante considerar que neste processo de compreensão de sentidos, ou de interpretação do mundo simbólico, os sujeitos envolvidos nesta interação hermenêutica resgatam e reconstróem o passado para dar significado ao presente, fundem contextos históricos e referenciais diversos. Isto significa que o sentido é sempre contextual e que a compreensão se dá em referência ao horizonte do intérprete e do interpretado, o que foi chamado por Gadamer de Fusão de Horizontes (CASAL, 1996; THOMPSON, 1995).

Para compreender os sentidos atribuídos por jovens escolares às suas experiências corporais e alimentares foi preciso uma aproximação da *doxa*, ou conjunto de crenças, opiniões e compreensões do mundo social ao qual elas fazem parte. A interpretação da *doxa* necessitou estar associada ao conhecimento das condições sociais e históricas de

desenvolvimento e construção das formas simbólicas, bem como das interações existentes num contexto espaço/temporal determinado (THOMPSON, 1995).

A revelação desses sentidos dependeu também da análise de como as narrativas surgidas do processo de relação entrevistador(a)/entrevistado foram organizadas. Narrativa aqui tomada como uma forma de ressignificar a experiência, na medida em que ela sai do domínio particular e se torna pública, através do diálogo possível com um outro, que se dá através da linguagem (CARVALHO, 2003). É também através das narrativas que os significados atribuídos pela cultura tomam sentido, onde a relação entre as formas simbólicas, dadas pela cultura, e a experiência são problematizadas.

Desta forma, procurou-se compreender as relações entre os diversos padrões de beleza existentes na sociedade, a imagem corporal e o desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar, para jovens estudantes soteropolitanas, a partir da análise das seguintes categorias:

Identificação racial/étnica – informações que permitiram caracterizar o pertencimento racial/étnico assumido pelas estudantes e os significados atribuídos a esse pertencimento.

Personagens presentes na história de vida – sujeitos presentes na narrativa das estudantes e que assumiram um papel relevante na sua história de vida.

Ideais de Beleza – atributos físicos ou não que revelavam os ideais de beleza assumidos pelas estudantes.

Padrões de Beleza – atributos, físicos ou não, percebidos pelas estudantes como valorizados pela sociedade como ideais de beleza.

Imagem corporal – percepção pelas estudantes do próprio corpo e, conseqüentemente de si, bem como os sentimentos em relação a essa percepção.

Sinais e sintomas de transtornos alimentares – vivências, sentimentos, experiências, próprios, de familiares e/ou amigos, manifestos diretamente ou indiretamente, relacionados com os transtornos do comportamento alimentar.

Satisfação com a Imagem corporal – expressões de sentimentos, opiniões, valores, crenças que denotavam satisfação das estudantes com suas características corporais.

Insatisfação com a imagem corporal – expressões de sentimentos, opiniões, valores, crenças que denotavam insatisfação das estudantes com suas características corporais.

Fatores Protetores contra os transtornos alimentares – situações, personagens da história de vida, sentimentos, atividades que exerceram um papel protetor em relação ao desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar.

Fatores fragilizadores para os transtornos alimentares - situações, personagens da história de vida, sentimentos, atividades que vulnerabilizaram para o desenvolvimento de sinais e sintomas de transtornos do comportamento alimentar.

As informações obtidas através da análise dessas categorias e do enredo presente nas histórias de vida das estudantes foram interpretadas também à luz dos resultados obtidos nos instrumentos quantitativos. Informações como preocupação com o formato e tamanho corporal, comportamento de risco para os transtornos de característica alimentar, presença de graus de depressão, presença de apoio social e familiar no cotidiano foram considerados. Na análise foram utilizadas não somente as informações obtidas através das narrativas, mas também fez-se uma interlocução com os dados obtidos através dos resultados quantitativos obtidos nos testes, bem como as respostas dadas pelas estudantes nestes testes foram avaliadas de uma perspectiva qualitativa, fornecendo informações mais específicas sobre os temas abordados.

3.5. Aspectos Éticos

Para realização desta pesquisa, foram encaminhadas cartas solicitando autorização para o secretário municipal de educação, para os reitores das universidades públicas, para os coordenadores e diretores das faculdades e escolas de nível médio.

O termo de consentimento informado foi solicitado para as alunas maiores de 18 anos, após explicação sobre o objetivo da pesquisa e o procedimento metodológico que seria utilizado. Para as alunas menores de 18 anos, era solicitada uma reunião, ou então a permissão para participar da reunião de pais, organizada pela escola, para explicar os objetivos e metodologia de pesquisa utilizada. Caso não fosse possível, o termo de consentimento informado era enviado para a residência, através das próprias alunas. Na situação de pais ou responsáveis analfabetos, a leitura do termo de consentimento informado era feita por alguém de sua confiança, e, posteriormente, solicitada a impressão do polegar. Alguns coordenadores pedagógicos e professores auxiliaram neste processo. Os termos de consentimento foram elaborados de acordo com a Lei 196/96 do Ministério da Saúde.

Para garantir o sigilo quanto à identificação das jovens que aceitaram participar da fase qualitativa da investigação, foram estabelecidos codinomes utilizando o seguinte código: as estudantes de nível médio receberam nomes relacionados ao mar e as universitárias foram identificadas com nomes associados ao céu.

PARTE 1 – REVISITANDO A PROBLEMÁTICA E TEMAS RELACIONADOS

IV. O RACIALISMO INFLUENCIANDO A IDENTIDADE DA MULHER NEGRA NO BRASIL

O Brasil é um país formado por diferentes grupamentos humanos, originados dos primeiros habitantes, os índios, da ocupação pelos colonizadores europeus e pelos africanos trazidos no processo de escravização. Para justificar o sistema escravista e a comercialização de seres humanos como se fossem coisas, termos como raça e negros passaram a se constituir como elemento de identificação, no qual seres de determinadas raças, mais especificamente os negros, não tinham valor e podiam ser subjugados e tratados como sub-humanos (GUIMARÃES, 2008).

Segundo Guimarães (2008), somos uma nação que se formou com a escravidão, na qual pessoas sequestradas da África eram chamadas de negros e tinham um lugar na sociedade e este lugar era a escravidão. No Brasil vive a maior população descendente de africanos escravizados das Américas, sendo impossível dissociar aspectos da vida cultural e social brasileira da história, trajetória e peculiaridade dos negros e negras desta nação. Apesar disso, constata-se a precária situação de vida dos afrodescendentes brasileiros, através dos indicadores de escolaridade, emprego, habitação e saúde, não pondo margem a dúvidas sobre as consequências nefastas do racismo e preconceito de cor sobre estes indivíduos (PAIXÃO, 2003).

Entretanto, a despeito das condições de vida tão desfavoráveis dos afrodescendentes, ainda vigora, em amplos setores da sociedade e no meio acadêmico, a opinião de que se vive em uma democracia racial. Desta forma, mais de cem anos após a abolição da escravidão, os(as) negros(as) brasileiros(as) continuam vivendo em condições de existência marcadas pela exclusão social, desmentindo o mito de que em nosso país haja indiferença em relação à cor ou etnia das pessoas (PAIXÃO, 2003).

No entanto, a tendência em classificar os povos não se inicia com a colonização das Américas. Portanto, termos como raça, etnia e cor sempre foram usados para promover uma hierarquização entre os grupamentos (IANNI, 2004; GUIMARÃES, 2008). No ano 2000 a.C., negros não podiam atravessar determinados limites acima do rio Nilo, por razões econômicas e políticas; no século V a.C. havia distinção entre os Persas e os outros povos em termos de atributos e qualidades. Até mesmo no Velho Testamento há interpretações que sustentam a superioridade biológica de uma raça em relação a outra (OLIVEIRA, 2003). É importante então, entender que conceitos são esses, quais significados lhes são atribuídos e de que forma interferem na construção da identidade e percepção corporal de mulheres negras.

O termo raça possui significados que vão do biológico ao sociológico, do científico ao nativo (usando palavras de Guimarães, 2008), dependendo do uso atribuído ao mesmo, da sua utilização para justificar atitudes, comportamentos e tratamentos diferenciados dentro de uma sociedade, nação ou comunidade.

Raça enquanto termo biológico já teve importância científica e política, quando se acreditava que existiam diferenças herdadas geneticamente, bem como similaridades, que permitiam classificar povos ou nações. Os primeiros passos nesse sentido foi dado por Karl Von Linneu (1707 a 1778) ao dividir os humanos de acordo com sua localização geográfica (africano, americano, asiático e europeu) e a partir daí a estabelecer características próprias a esses povos. Após ele, Blumenbach, em 1775 agregou à região de moradia a cor da pele como característica importante de classificação originando as cinco raças, branca ou caucasiana, negra ou etíope, amarela ou mongólica, parda ou malaia, e vermelha ou americana (OLIVEIRA, 2003).

Além da origem e da cor da pele, vários outros traços fenotípicos foram estudados para explicar a supremacia de uma raça em relação à outra e justificar atrocidades cometidas contra determinados grupos, como os judeus com o holocausto e os africanos com a escravização. Vários estudiosos como Francis Galton, Karl Pearson, Cyril Burt, Lombroso e, aqui no Brasil, Nina Rodrigues, dedicaram boa parte de suas vidas à comprovação da superioridade de uma raça em relação a outras, utilizando a medida do crânio, traços fisionômicos, sistema sanguíneo, avaliação genética, etc., colocando em prática a eugenia, termo cunhado por Galton para designar “o estudo dos instrumentos sob controle social que podem melhorar ou piorar as qualidades raciais de gerações futuras, quer física ou mentalmente” (OLIVEIRA, 2003, p.64).

A essa tendência de alguns em estabelecer associações entre as características físicas, herdadas geneticamente, com atributos relacionados com caráter, emoções, inteligência, alguns chamaram de racismo biológico (APPIAH, 1997; IANNI, 2004; NASCIMENTO, 2003), criticado nos meios científicos e carecendo de comprovações efetivas e racionais. A crença na existência de raças biologicamente definidas foi perdendo espaço, dando vazão a outras discussões para o significado das palavras raça, etnia, cor.

Para Appiah (1997) traços e tendências de uma determinada raça se constituíam em uma essência racial, a qual definia não só cor da pele, tipo de cabelo, mas, para além disso, características essenciais pertencentes a determinadas raças e não a outras. Esta era a base do racismo, que se distinguia do racismo, pois este seria a expressão de tratamentos diferenciados tendo o racismo como esteio.

Na visão de Elisa Larkin Nascimento (2003) esta distinção entre racismo e racismo não se sustenta, pois para ela o racismo, ou a classificação biológica da raça, é apenas constituinte do que ela define como “supremacismo branco”, que seria o processo ideológico de inferiorização e desumanização do outro, a partir da supervalorização dos

atributos, crenças e características brancas (europeias e norte americanas). Esta ideologia já existia muito antes das teorias científicas biológicas e se mantém até hoje, por outros meios, tecnológicos, históricos, econômicos, políticos, sustentados como verdades absolutas também pela ciência. Para a autora, o legado das teorias biológicas sobre a raça mantém seu impacto ainda hoje para o supremacismo branco, mesmo com a negação destas nos meios científicos.

A inexistência de raças humanas é uma verdade científica, mas o racismo é uma realidade cruel, segregacionista, excludente, que atinge a integridade corporal e/ou mental de grupos religiosos, nacionais, raciais ou étnicos. A discriminação racial se baseia na cor da pele e em outros traços fenotípicos, que ao longo da história se tornaram marcadores de raça e etnia (FIGUEIROA, 2004; OLIVEIRA, 2003).

Mas, o que seria raça então? Seria o conjunto de características físicas e biológicas que definem pessoas e grupos? Segundo Guimarães (2008) o termo raça pode ser entendido em termos analíticos ou em termos nativos. Analiticamente o termo raça está respaldado em teorias que o fundamentam e foi o que tentou fazer a biologia e a antropologia com a ideia de que existiam raças humanas diferentes. A falácia desta teoria, comprovada geneticamente ao definir que a raça humana é única, deu espaço para a discussão do termo raça enquanto constructo social, definido pelas relações dentro de uma sociedade (GUIMARÃES, 2008; IANNI, 2004; NASCIMENTO, 2003).

Para este autor a raça, enquanto construção social, estaria ligada a discursos que se referem à transmissão de características físicas, morais, intelectuais e psicológicas de geração para geração, por pessoas de uma mesma origem. Para ele, esta discussão relaciona-se a uma cultura simbólica, na qual as sociedades humanas constroem discursos sobre suas origens e sobre a transmissão de essências entre gerações. Neste sentido, o conceito de raça seria um conceito nativo, por fazer sentido no mundo prático, específico para determinado grupamento humano, mas ao mesmo tempo, deveria ser estudado pela sociologia e ciências sociais. Já a etnia, na sua visão, estaria ligada à origem, o lugar de origem dos grupos, enquanto que para Ianni (2004) seria uma condição biológica.

Este defende a ideia de raça como uma construção das relações sociais, políticas, ideológicas, nas quais há uma relação de poder e dominação. A racialização está na base das estruturas de poder, nas quais uns são estigmatizados, limitados, controlados, impedidos de ascender. Raça e racialização fariam parte de uma mesma conjuntura de relações, nas quais existiria uma tensão, crise de identidade e alteridade, jogos de poder, que evidenciaria a forma como a sociedade funciona. “A raça, a racialização e o racismo são produzidos na dinâmica das relações sociais, compreendendo as suas implicações políticas, econômicas, culturais. É a dialética das relações sociais que promove a *metamorfose da etnia em raça*” (IANNI, 2004, p. 22).

Para Ianni, ainda continuamos, no século XXI, a hierarquizar e classificar povos e nações de acordo com seus traços fenotípicos e suas características. Este processo de racialização do mundo atende à necessidade de manutenção da estrutura capitalista, que tem como referência de civilização as culturas europeias e norte americana. Desta forma, o que é etnia se transforma em raça e o que é signo se transforma em estigma. O segredo da raça enquanto construção social é que ela se vale de signos, marcas, características físicas para existir. São tais características que assumem valor ou uma desvalorização social, baseado em jogos da trama social, que têm por objetivo a manutenção do poder por aqueles que sempre subjugarão e tiraram vantagens desta posição. A racialização da sociedade se modifica ao sabor das mudanças sociais, políticas, econômicas, e é nesta conjuntura que o racismo se perpetua, enquanto expressão institucional e social do tratamento desigual de pessoas, grupos, nações.

Os perversos efeitos dessa programação social sobre a população negra são inúmeros e podem ser evidenciados, direta ou indiretamente, a partir da análise de alguns aspectos das relações interpessoais e das relações que o grupo estabelece com as instituições, da análise de sua situação socioeconômica, condições de vida e de desenvolvimento humano, participação no mercado de trabalho, acesso aos bens e equipamentos sociais e de sua morbimortalidade. O descaso em relação à saúde da população negra no Brasil tem sido uma das faces mais perversas do racismo, pois nega a possibilidade de promoção e manutenção de condições dignas de vida, perpetuando a presença deste segmento nos piores indicadores (FIGUEIROA, 2004; LOPES, 2005).

Mesmo com a assunção, nos meios acadêmicos, científicos e populares, de que não existem raças e que a raça humana é única, se mantém um racismo da sociedade, que se baseia na cor da pele, no tipo de cabelo, nas feições do rosto, e é a valoração destas características que se perpetua no subconsciente dos indivíduos e que é alimentada pelos meios de comunicação, pelas instituições (escola, família, religião), estabelecendo as relações entre indivíduos, as oportunidades vividas por eles e, no sentido mais amplo, recriando ou mantendo relações complexas e intolerâncias entre povos e nações (NASCIMENTO, 2003, PETRUCELLI, 2007; GUIMARÃES, 2008).

No Brasil, a cor assumiu o papel de definidor de identidade dos grupos e se constituiu na base da racialização social. Para Guimarães (2008), a sociedade moderna tomou a antiga classificação racial, nas quais os povos eram divididos em caucasianos, negroides, etc., e a associou a um espectro de cores, oferecendo uma classificação e hierarquia própria racista. No Brasil, a noção de raça foi relevante para a construção e manutenção da sociedade escravista. Essa sociedade racista foi se modificando e cedendo espaço para outro tipo de classificação, consequência da ação de resistência e luta dos escravizados, que ao serem libertos conformavam outro grupamento, que incluíam os mestiços ou mulatos. A categoria predominante em termos de classificação social passou a ser 'cor' e não 'raça', e está hoje na base do que se chama nação brasileira (GUIMARÃES, 2008).

A cor, diferente da etnia, é construída de forma relacional, não se constituindo nem em algo natural, muito menos inerente ao indivíduo. Ao contrário, a etnia estabelece ligação com a origem, seja real ou imaginária, incluindo não só a cor, mas outros aspectos da vida do indivíduo, como a religião, a língua, ancestralidade, etc. A classificação por cor se dá a partir de ideologias construídas socialmente. A cor só assume significado social no contexto de uma realidade histórica e cultural específica. A dimensão cor/raça se estrutura na conceituação social das aparências e assume significado simbólico, determinando como as pessoas se veem e veem os outros. No Brasil, os múltiplos termos que definem a cor dos indivíduos se abrigam na necessidade de fugir a uma identificação étnica, na qual há uma subjugação e subordinação de quem não esteja associado ao modelo valorizado, branco, europeu, norte americano, produzindo, na maioria das vezes um branqueamento social (GUIMARÃES, 2008; PETRUCCELLI, 2007).

Para Elisa Larkin Nascimento (2003), essa transformação da discriminação racial em discriminação por cor, que, segundo alguns acadêmicos e cientistas sociais, nada tem a ver com a origem africana e sim com uma questão estética e de classes, é uma forma de disfarçar a permanência do racismo, que se baseia no supremacismo branco e no etnocentrismo ocidental, que ela chama de “sortilégio da cor”. De acordo com esta teoria, os estudiosos acreditam que o fato das pessoas de pele mais escura se perpetuarem, na sua maioria, nos estratos mais baixos da classificação econômica e social, estaria relacionada a uma mera coincidência ou resquício do sistema escravista, mantendo uma discriminação social ou de classe, ao fixar os negros nos estratos mais inferiores da estrutura econômica, condizente com a sua condição social de ex-colonizados ou ex-escravos, mas que aconteceria de forma racialmente neutra. O sortilégio da cor então seria a desracialização ideológica, travestida de análise científica, com o intuito de mascarar a supervalorização da cultura branca ocidental.

Ao substituir o preconceito de raça pelo preconceito de cor, na verdade, disfarça-se o racismo simbólico existente no imaginário social e presente nas relações sociais, pois, como diria Nascimento (2003), a marca é uma expressão da origem. Classificar as pessoas quanto à cor da pele é uma forma de manter viva a discriminação da raça e a existência de raças simbólicas. A não assunção da palavra raça reforça e naturaliza este racismo simbólico e a ideologia que o sustenta.

A ideologia racial desenvolve diversos símbolos e manifestações que explicam, justificam e naturalizam as tensões e conflitos raciais e que mantêm a sociedade capitalista burguesa, caracteristicamente competitiva e individualista. Esta ideologia é transmitida através de gerações pelos meios de comunicação, pelas instituições religiosas e políticas, pela cultura de massa, definindo o que possui valor socialmente, o que deve ser aceito, e criando a falsa ideia de democracia racial para uma sociedade que não é uma democracia política e muito menos uma democracia social (IANNI, 2004).

A sociedade civil organizada, através dos movimentos negros, contesta essa ideia de democracia racial, na qual o preconceito que existe é puramente de classe, e na qual a cor é uma questão de escolha estética. Os integrantes desses movimentos defendem a posição de que o conceito de raça se mantém no imaginário social, e por isso, deveria ser utilizado nas investigações científicas e epidemiológicas que desvelam as desigualdades vividas na sociedade brasileira (NASCIMENTO, 2003; IANNI, 2004; GUIMARÃES, 2008).

Para os ativistas desses movimentos a assunção da identidade negra é fundamental para a legitimação da cidadania, mesmo que as instituições oficiais não a respeitem (GUIMARÃES, 2008). Como diria Neusa Santos Sousa (1990), no Brasil as pessoas não nascem negras elas se tornam negras, a partir do momento que fazem um resgate histórico da sua ancestralidade, suas raízes, aceitam suas características e desenvolvem uma identidade oposta à de dominação. É preciso tomar consciência da sua condição e da ideologia por trás dela, ressignificando seus valores e assumindo os riscos e dores inerentes a esse processo. Assumir uma identidade negra é assumir um posicionamento político, é assumir que faz parte de um grupo racial ou étnico, desvalorizado socialmente, e para a qual os modelos ou referências positivas nas quais se espelhar são pouco divulgados, por isso é um processo difícil e doloroso (OLIVEIRA, 2004).

Alguns estudiosos consideram esta necessidade de trazer a tona o conceito de raça para discutir as desigualdades enfrentadas por alguns grupos como um racismo às avessas (APPIAH, 1997; GUIMARÃES, 2008); no entanto para outros (NASCIMENTO, 2003; IANNI, 2004) a deslegitimação da luta reivindicatória dos dominados é mais uma forma de expressão da supremacia branca ou da dominação dos ideais brancos ocidentais. O racismo se cria e recria com as mudanças sociais, e na sociedade burguesa capitalista a questão racial continua presente, bem como as dualidades masculino/feminino e as desigualdades de classe sociais. A globalização do mundo tem permitido um novo processo de racialização, renovando as tensões e os conflitos, portanto naturalizar as desigualdades raciais é uma forma de manter o *status quo* para quem se beneficia com isso. Os movimentos negros nessa perspectiva, ao assumir a ideia de raça não biológica, mas construída nas tramas das relações sociais, constroem uma *identidade de projeto*, ao procurar se inserir na sociedade e transformar a estrutura social, solicitando o resgate da identidade negra, o estudo das desigualdades a partir da racialização construída no imaginário social e a construção de uma nova forma de sociabilidade, formatando, dessa maneira, um projeto de identidade social (NASCIMENTO, 2003; IANNI, 2004).

É também o movimento social, mais especificamente o movimento de mulheres, que traz à tona as diferenças da construção social de raça, e em consequência do racismo, para homens e mulheres. O movimento de mulheres negras salienta que a vivência do racismo é diferente para as mulheres, pois para elas as marcas e signos fenotípicos representam muito mais o lugar ocupado na sociedade. A violência da associação das características físicas

negras, como cor da pele e tipo de cabelo, com a feiura, o desleixo e a sujeira atingem mais as mulheres e a construção da sua identidade negra (FIGUEIREDO, 2008).

As representações do corpo das mulheres negras estão associadas a uma sexualidade exacerbada e desenfreada, que justificam os abusos sexuais sofridos por estas no cenário brasileiro, principalmente com o turismo sexual, ou a um corpo marcado pela história de serviços domésticos, desvalorizados socialmente, interferindo na construção de uma autoestima positiva, por falta de referenciais que a sustente (FIGUEIREDO, 2008).

Nascimento chama a atenção para o fato de que, no mundo contemporâneo globalizado, as imagens também são códigos através dos quais as sociedades se organizam e mantêm o poder e a dominação. Com base nessa perspectiva, os movimentos sociais de mulheres negras agem de forma a defender a valorização de outros códigos culturais, nos quais seus corpos se configuram como identidades autônomas, símbolo de resistência a um padrão hegemônico branco, europeu (NASCIMENTO, 2003; FIGUEIREDO, 2008).

A interiorização de uma autoimagem inferiorizada, devido a uma cultura patriarcal, na qual as características específicas do ser feminino representam e alimentam estereótipos e preconceitos, dificultam a construção de uma identidade e de uma autoestima positiva. A estas representações negativas se associam os efeitos das desigualdades raciais, justificadas no contexto do mito da democracia racial como naturais à essência inferior dos descendentes de africanos e escravizados, repercutindo nas possibilidades de desenvolvimento das mulheres negras (NASCIMENTO, 2003).

“Estabelecido o modelo do universal humano como masculino e branco, à medida que uma identidade se “desvia” desse padrão, distancia-se da condição humana. Desse modo, o racismo e o patriarcalismo se cruzam numa dinâmica de interação e dependência mútua na desumanização desses grupos subordinados (NASCIMENTO, 2003, P. 68)”.

Por mais que atualmente as mulheres negras venham construindo outras representações para si, ainda carregam em seu corpo o estigma que representa o corpo negro, associado ao repertório do desprezível e contrário aos atributos morais e intelectuais considerados naturais ao seu oposto, o homem branco. Por conta disso, ainda hoje se mantêm aprisionadas, no imaginário social, a um lugar relacionado à prostituição, à subserviência e à incapacidade (NOGUEIRA, 1999). As consequências dessa dupla desvalorização, enquanto mulher e enquanto negra, se expressam em vários indicadores, como escolaridade, emprego, renda e, principalmente, saúde.

Há razões mais que suficientes no debate sobre o processo saúde/doença para que se combatam as posturas racistas e as discriminações sexistas e de classe. A principal delas é a ideia equivocada e anticientífica de que há seres humanos superiores e inferiores. A história da humanidade está repleta de exemplos de danos causados pelas discriminações classicistas, sexistas e racistas na área da saúde, grande parte alicerçada em visões

biologizantes de hierarquização dos grupos populacionais raciais ou étnicos. Porém, na atualidade, é inaceitável e anticientífico não perceber a interpenetração das variáveis sexo/gênero, raça/etnia e classe social como informadora do processo saúde/doença. O processo sanidade/enfermidade é multifatorial e complexo e nele estão entrelaçadas influências do meio ambiente físico, social, político e cultural, em interação com as condições biológicas do ser humano (OLIVEIRA, 2003).

A mulher negra e o homem negro, ao longo da formação social brasileira, romperam com o imaginário de serem um EU puramente biológico, ao adquirirem, inclusive a partir de uma conquista política, uma identidade histórica, relacional, transcendente, na qual a saúde expressa uma significação subjetiva e simbólica. Portanto, ao falar de saúde deve-se levar em consideração que o corpo marca e recria gestos e culturas, que têm o sentido de afirmação da vida espiritual, herança de uma tradição afrobrasileira, fonte de aprendizado, apoio e sustentação da existência negra no Brasil (CARNEIRO, 2000).

Diversos indicadores demonstram que é a mulher negra a que mais sofre pela atribuição de um significado social negativo a determinados padrões fenotípicos, justificando um tratamento desigual e impondo barreiras que dificultam a mobilidade social. Neste sentido, falar de saúde, em especial saúde da mulher negra, é falar também do corpo estético-político, marcado por experiências pessoais de exclusão, pelos poderes sociais hostis (CARNEIRO, 2000; LOPES, 2005).

V. CONCEPÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO: REPERCUSSÕES NO CORPO DA MULHER NEGRA

Os cuidados com o corpo ou a relação deste com o processo de embelezamento sempre estiveram associados aos valores hegemônicos em cada cultura e em cada tempo específico da história. Falar do corpo é falar da cultura na qual ele se insere e que se expressa através dele. À medida que os ideais valorizados na sociedade se modificam, também se modifica a forma como as relações com o corpo se estabelecem.

As regras sociais, as relações normatizadas e legitimadas entre os indivíduos, os gestos valorizados, o que é considerado puro, correto, adequado, tomam forma e significado através do corpo. Quando se trata do belo, é o corpo feminino o que mais é influenciado pelos valores e ideais presentes na cultura ocidental.

As regras estabelecidas dentro de uma sociedade se baseiam nos dogmas e concepções dos grupos dominantes e hegemônicos. Existe uma relação de poder que perpassa o instituído culturalmente e que produz, de alguma forma, reações contrárias, comportamentos que procuram se afastar dos valores dominantes, evidenciando desigualdades e diferenças que também encontram no corpo a sua forma de expressão. Ao mesmo tempo, a tentativa de se ajustar a um padrão cultural pode induzir a comportamentos e manifestações corporais, nos quais o extremismo passa a ser a tônica, a característica primordial.

Segundo Le Breton (2006), o corpo é moldado pelo contexto social e cultural. A existência social se manifesta através do corpo, da sua forma, dos gestos, dos gostos. Ao tentar entender uma sociedade, os seus valores, é preciso fazer uma leitura do que o corpo exprime, de como a relação com o mundo se estabelece através do corpo. Para ele, *a existência é corporal*.

De acordo com este autor, este aprendizado do mundo através do corpo se estabelece desde a infância, à medida que as relações sociais vão se dando. Existe um conjunto potencial de disposições na criança, que vão se firmando e assumindo significado a partir dos valores percebidos no meio social em que vive. É a partir da identificação com os comportamentos do grupo social ao qual pertence, bem como da educação que se recebe quanto ao que é certo, digno, ajustado, que a existência individual vai se formando e a existência social vai se legitimando.

O corpo acaba sendo o locus onde as crenças, valores e sentimentos que fundamentam a vida social se reproduzem. Segundo Gomes (2002), as singularidades culturais se dão a partir das dimensões invisíveis das relações humanas e também pelas posturas, predisposições, humores e manipulação de diferentes partes do corpo.

Portanto, o pertencimento a um grupo não hegemônico da sociedade, também é evidenciado através das expressões corporais, refletindo nas relações e vivências individuais e coletivas. Esse é o caso, por exemplo, da população negra brasileira, que tem nas suas características corporais ou fenotípicas a marca da sua alteridade e os significados desta na formação da identidade e nos processos sociais.

Para Gomes (2002), o corpo fala a respeito do nosso estar no mundo, pois a localização de cada indivíduo no mundo se dá a partir da mediação deste corpo, sujeito a regras e normas culturalmente estabelecidas. Neste sentido, as manifestações corporais podem ser exaltadas ou inibidas, dependendo da correspondência com estas regras.

A experiência corporal é influenciada pela cultura, de acordo com padrões estabelecidos e que se relacionam com a afirmação de uma identidade grupal específica, por isso o corpo evidencia diferentes padrões estéticos e percepções de mundo (GOMES, 2002).

O modo de cada indivíduo se relacionar com o corpo, a subjetividade e a cultura dá-se em um contexto social, político e histórico específico, que aliado à experiência individual, vai compor o complexo terreno da identidade negra. Nas sociedades em que a questão racial é um dos aspectos estruturantes das relações sociais de poder, o cabelo e a cor da pele, sinais mais visíveis da diferença racial, são vistos como símbolo de inferioridade e fealdade (GOMES, 2002).

Esses construtos sociais de beleza e fealdade atingem com mais intensidade a mulher, que em todos os tempos sempre foi alvo de imposições sutis quanto à forma de entender, cuidar, expressar e viver o seu corpo, baseado nos valores legitimados em cada época. Fatores econômicos, religiosos, políticos e morais sempre estiveram na base das regulamentações e normatizações quanto à experiência corporal.

A cor da pele, o tipo de nariz e boca, a característica do cabelo são sinais diacríticos do corpo negro que informam sobre a identidade do negro no Brasil e a partir dos quais as relações, atributos, (des)valorização deste na sociedade são estabelecidas. A construção desta identidade se dá no âmbito coletivo e individual, pois a forma como cada indivíduo se relacionará com seus atributos físicos dependerá de como este reaja às manifestações coletivas sobre os mesmos e do grau de mecanismos internos para o enfrentamento de reações, que por ventura possam ser negativas ou de desvalorização. A família, em primeiro lugar, e a escola, enquanto primeiro espaço de socialização, assumem fundamental importância neste processo.

A naturalização com a qual se lida na sociedade brasileira com a desvalorização das características físicas das mulheres negras, através de piadas, músicas e brincadeiras, acaba por legitimar a ideia de superioridade branca, relacionada à feminilidade. Estabelece-se assim uma política anti-negritude, na qual a mulher negra é considerada um outro dentro da sociedade, inferior e indesejado, e pela qual a violência simbólica cometida contra essas mulheres é banalizada e a luta contra essa violência é deslegitimada. Essas práticas de

alteridade reforçam as configurações dominantes de gênero e raça, que consideram a branquitude como critério essencial para a feminilidade (CALDWELL, 2004).

As intersecções de raça, gênero, classe e sexualidade contribuem para marginalizar multiplamente as mulheres de descendência africana. Kia Caldwell (2004) diz que

“As experiências das mulheres afro-brasileiras indicam que elas enfrentam múltiplas formas de discriminação quando seus corpos são avaliados e valorizados de acordo com padrões estabelecidos pelo discurso dominante de raça, gênero, sexualidade e beleza (tradução própria)”.

E essas experiências são mais significativas pelo fato de, no Brasil, diferente de outras regiões da diáspora africana, estas mulheres também estarem sujeitas a um discurso de democracia racial, que procura minimizar e apagar as realidades do racismo, imprimindo um impacto subjetivo nas suas vidas (CALDWELL, 2004).

5.1 Os Padrões de Beleza Influenciando as Concepções de Corpo entre as Mulheres

O ideal de corpo feminino variou ao longo da história. Na pré-história, a Vênus de Willendorf representava o ideal, traduzido por predomínio de seios e nádegas que caracterizavam as mulheres como deusas-mãe, associadas à terra e rituais de fertilidade. Na Grécia antiga, a Vênus de Milo representava a mulher de proporções perfeitas e harmoniosas e a beleza era considerada uma virtude natural. No século XV, as mulheres deveriam ser altas, com cintura fina e quadris amplos; no século XVII, exaltava-se o corpo roliço, com covinhas e dobras. Já no séc. XVIII, as mulheres pálidas, flexíveis e de olhar lânguido eram as mais desejadas. No séc. XIX, as cinturas grossas, as coxas redondas, os braços roliços e os seios opulentos representavam alimentação farta, boa condição social e reprodutiva (ASSUNÇÃO JR, 2004).

No início do século passado, a fealdade era considerada como um problema de saúde que deveria ser tratado, garantindo desta forma a organização moral e social das famílias de elite. Não ter beleza se traduzia por não ter cintura fina, pele branca e lisa, mas o mais importante era estar apta para a reprodução, portanto os cuidados higiênicos e médicos eram a forma de garantir tal atributo. A beleza era considerada um dom natural, a aparência feminina deveria revelar uma alma pura, condição para manutenção do corpo limpo, belo e fecundo (SANT'ANNA, 1994).

Enquanto produto da natureza, a beleza nunca era exaltada como uma conquista feminina, baseada em cuidados, que não os higiênicos. Utilizar artifícios para exaltar a beleza não era algo moralmente aceitável. A mulher feia, neste caso, era resultado de uma degenerescência racial, fruto do acaso ou de uma vida de vícios e doença (SANT'ANNA, 1994).

Na segunda metade do século XX, a beleza passa a ser um atributo da mulher que se cuida, que se gosta, que utiliza de todos os artifícios disponíveis para alcançar o ideal de beleza, divulgado e valorizado, tomando como base a influência estética norte americana. A relação da mulher com o corpo, neste aspecto, torna-se mais íntimo, aliando aos cuidados com este a ideia de prazer (SANT'ANNA, 1994). Os meios de comunicação de massa são os grandes divulgadores dos modos possíveis de atingir esta estética sonhada, desejada. Os modelos variam entre a mulher esportiva, liberada, modelada nas salas de academia e a mulher magra, andrógina e infantilizada.

Na percepção de Andrade e Bosi (2003) a mudança de papéis assumida pela mulher, a partir da década de 60, criou um paradoxo, na medida em que a mulher ao mesmo tempo em que se tornou autônoma, emancipada, passou a ser escrava do seu próprio corpo e dos atributos de beleza idealizados.

Nenhum desses modelos de beleza era compatível com o tipo físico da mulher brasileira, mestiça, com corpos curvilíneos, muito menos com o biótipo da mulher negra, com nádegas grandes, tez escura, lábios carnudos e cabelo crespo. A estética valorizada era a das mulheres jovens, magras, loiras, devido à forte influência norte americana e europeia. Segundo Mauss (*apud* Goldemberg, 2006),

“Há uma construção cultural do corpo, com uma valorização de certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo com que haja um corpo típico para cada sociedade. Esse corpo, que pode variar de acordo com o contexto histórico e cultural, é adquirido pelos membros da sociedade por meio da “imitação prestigiosa”. Os indivíduos imitam atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito e que viram ser bem sucedidos”.

Neste caso, o corpo negro esteve associado à inferioridade e pouco sucesso, devido ao passado histórico, no qual era tido como mercadoria, peça, desumanizado, objeto a ser avaliado para comércio e exploração, de acordo com suas características físicas. Por mais que tenha havido mudanças em relação ao lugar do sujeito negro na sociedade, o significado dos seus atributos corporais ainda está associado a este passado.

Para Isildinha Nogueira (1999), ser negro é trazer a marca do "corpo negro", que expressa o repertório do desprezível que a cultura afasta pela negativização. O corpo negro, para o negro, significa a marca que, a priori, o exclui dos atributos morais e intelectuais associados ao outro do negro, ao branco, considerado hierarquicamente melhor dotado, dessa forma, o negro vive cotidianamente a experiência de que a sua aparência põe em risco sua imagem de integridade.

Atualmente, no Brasil, as identidades construídas socialmente das mulheres brancas, negras e das miscigenadas, ditas mulatas, demonstram a associação das características físicas com a noção de gênero de superioridade racial. Estas construções, que mantêm as hierarquias de raça, gênero e classe na sociedade brasileira, reforçam a ideia da mulher branca como representante hegemônica dos padrões de feminilidade e beleza e as mulheres negras ou mestiças como adequadas para o labor doméstico e sexual (CALDWELL, 2004).

Segundo Kia Caldwell (2004), no Brasil, as interseções de gênero e raça têm promovido classificações hierárquicas, através da dissecação dos corpos das mulheres e atribuição de valores a certas características físicas, nas quais alguns signos tais como cor da pele, textura do cabelo, formato e tamanho do nariz e lábios são atribuídos à categoria beleza, e nádegas, quadris e seios à categoria sexual. Como os padrões de beleza assumidos predominantemente no país são eurocêntricos, as mulheres brancas são definidas como as belas e as negras como as sexuais.

A mesma também ressalta a importância de se explorar como as mulheres procuram desafiar esses valores estéticos anti-negritude e ressignificar a feminilidade negra, através do corpo. Essa relação entre o processo de racialização da sociedade e a beleza é mais complexo do que afirmar simplesmente que as mulheres negras sofrem a opressão de um padrão hegemônico, como se isso acontecesse de forma passiva, sem uma reação positiva por parte das mesmas. Enfatiza que, apesar das poucas imagens positivas de mulheres negras nas esferas públicas, há uma importante política de corpo na diáspora africana, que inclui discursos, práticas e estéticas que valorizam a beleza dos corpos negros e desafiam os padrões estéticos eurocêntricos.

5.2. Imagem Corporal e Autoimagem na Contemporaneidade

Coelho e Severiano (2007), no seu texto sobre os usos e desusos do corpo no capitalismo, analisa como a corporeidade se modifica ao sabor das mudanças e interesses no mundo ocidental. O corpo passa por um processo de “dessacralização” com o surgimento do capitalismo, perdendo seu status divino, enquanto ente da natureza, e tornando-se separado da mente. O corpo-máquina (objeto de posse do indivíduo) ou corpo-indivíduo (átomo social em busca de sua sobrevivência) é subjugado em relação às atividades espirituais e racionais da mente, verdadeira morada do indivíduo.

Com o avanço do capitalismo na modernidade, há uma necessidade de controle dos corpos, com o objetivo de manutenção dos interesses vigentes da burguesia capitalista. Neste sentido, se desenvolve uma nova “anátomo-política”, na qual aumenta-se a força utilitária do corpo e diminui-se a força política. O corpo passa a ser usado como forma de distinção social. Este biopoder exercido não apenas sobre o corpo, mas sobre a pessoa, em todos os

aspectos biológicos que regem a sua vida, é o que mantém a sociedade em situação de homeostase, e tem a medicina como a principal ferramenta (os autores comentando Foucault).

“Nos finais do Séc. XIX e início do Séc. XX assola-se a medicina higienista, que busca “esterilizar” todo corpo social de possíveis elementos nocivos à saúde pública. Nocividade esta associada às classes marginalizadas e aliada ao medo generalizado da “mestiçagem”, de uma possível degenerescência no biótipo da raça mais forte (o homem branco, consumidor – europeu ou descendente) pela mistura com outras menos “civilizadas” (imigrantes produtores, escravos, etc.) (COELHO E SEVERIANO, 2007)”.

A pós-modernidade traz consigo uma série de mudanças relacionadas à nova configuração do capitalismo, no qual o consumo passa a ser o objetivo primeiro. É preciso consumir. Segundo Bauman (1998), o principal teste do mundo pós-moderno é ser capaz de se deixar seduzir pelas infinitas possibilidades do mercado consumidor e, neste sentido, de vestir e despir identidades. Este processo é intensificado pela pulverização da dimensão simbólica do ser humano, através da globalização e da importação de hábitos e valores, que promove um desenraizamento cultural, e conseqüentemente, perda de liberdade (ANDRADE E BOSI, 2003). Para efetivar este sistema, a cultura e a publicidade assumem papel relevante no processo de educação para o consumo (COELHO E SEVERIANO, 2007) e o corpo o meio pelo qual este se efetiva.

Segundo estes autores, surge um novo *ethos*, baseado na autorrealização e na felicidade, orientada pelo simples ato de consumir. Consumir não por uma necessidade funcional ou pelos atributos do que está sendo consumido, mas pelo valor de signo publicizado, atribuído ao objeto consumido. A posse de determinadas mercadorias ou objetos passa a ser um fator de distinção social e alimenta a ideia de uma individualidade forjada na lógica da sociedade de consumo.

Os prazeres e necessidades do corpo passam a alimentar a sociedade de consumo, produzindo identidades, modelando e legitimando subjetividades, valores, crenças e comportamentos. O corpo fica submetido a cuidados contínuos e infinitos, com o intuito de salvá-lo de qualquer ameaça à sua juventude e beleza. Há uma transformação da saúde em uma experiência vinculada a ideais externos, no qual o controle sobre a vontade e o corpo é um imperativo para se atingir a qualidade de vida, e a fronteira rígida entre saúde e doença passa a desaparecer (COELHO E SEVERIANO, 2007).

Essa supervalorização do corpo, reflexo da perda de identidade, nesta cultura pós-moderna na qual se privilegia o consumo exacerbado, acaba por difundir uma pseudoverdade, na qual a felicidade é conquistada a partir do consumo, e a imagem corporal feminina torna-se produto de grandes investimentos, massificados pelos meios de comunicação. Andrade e

Bosi (2003), citando Costa afirmam que desta forma, “o corpo e todo instrumental utilizado como símbolo de poder passam a ser perseguidos como bens simbólicos, na tentativa de neutralizar o mal-estar gerado pela fragmentação da identidade”.

Para estes autores, a desfragmentação provocada pela importação de modelos globais, principalmente, em relação à imagem feminina, acaba por despersonalizar a cultura de um povo, levando a sentimentos de conflito em relação à identidade cultural, ao sentimento de pertença a um grupo ou comunidade, necessários à manutenção da saúde. Isto pode provocar a instalação de comportamentos patológicos, produzindo insegurança, vulnerabilidade quanto à identidade e a busca, através do controle do corpo, da integridade da existência.

Segundo Featherstone (2010) esta é a maneira como a imagem corporal é utilizada de forma instrumental, utilizando a aparência como meio de obtenção de status e aceitação social. Esta concepção se baseia na fisiognomia popular, na qual o corpo, principalmente a face, é reflexo do *self*, e a personalidade e o caráter de uma pessoa serão refletidos na sua aparência exterior. Neste sentido, as novas tecnologias à disposição da sociedade permitem que possam ser construídas belas aparências e, nesta linha de pensamento, belos *self*, para quem possa investir dinheiro e esforços para isso. A publicidade da cultura de consumo apresenta esse investimento como uma obrigação, um imperativo, e quem não consegue seguir tal lógica acaba por ser definido não somente como preguiçoso, mas com um *self* falho.

No entanto, o autor chama a atenção para o fato de que a imagem corporal possui outras dimensões, que não são consideradas nesta leitura da lógica da sociedade de consumo, e que impõem uma complexidade à análise desta na relação com a autoimagem. Essa complexidade tem sido cada vez mais apreendida a partir de uma perspectiva de análise fenomenológica do corpo para a qual a contribuição de Merleau-Ponty é inestimável. Para Featherstone, esta imagem corporal concebida em termos mais visuais, da imagem que os outros têm de si, que se ampara na aparência, na qual o aspecto visual do corpo é central, pode ser chamada de imagem-espelho.

Ele enfatiza que há uma dimensão maior da imagem corporal, definida pelo termo esquema corporal, que é o sentido não visual do corpo. Nesta concepção, os outros sentidos são também importantes (não somente o sentido de cheiro, audição e tato, mas também o sentido de movimento corporal interior), pois nos permite não somente ter uma percepção do mundo, mas também produz a maneira como sentimos os outros corpos.

De acordo com Paul Schilder (*apud* TAVARES, 2003), o esquema corporal é uma imagem tridimensional que temos de nós mesmos e que pode ser chamada de imagem corporal. Esta não é uma mera sensação ou imaginação, nem se baseia apenas numa mera percepção que nos chega através dos sentidos, mas envolve figurações e representações mentais, que dependem do contato com o mundo externo e com o corpo do outro.

Para Schilder, a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo, pois qualquer separação entre processos perceptivos e emocionais é artificial. Há um intercâmbio entre a nossa imagem corporal e a dos outros, nos quais emoções, pensamentos, ideias e representações estão envolvidas (TAVARES, 2003).

“Nossa imagem corporal representa uma experiência muito especial, uma vez que o objeto em foco corresponde ao nosso eu. Inclui aspectos conscientes e inconscientes. Vivencio de modo contínuo minha imagem corporal. Ela está totalmente vinculada à minha identidade e à minha experiência existencial. É tão espetacularmente dinâmica como são minhas relações com o mundo e a interação entre meus processos conscientes e inconscientes (TAVARES, 2003, p. 36).”

Nesta lógica, os afetos são importantes para propiciar a intensidade da experiência, do modo pelo qual as imagens são sentidas através dos corpos. Isto se aplica especialmente aos corpos em movimento ou imbuídos com a possibilidade de movimento, como oposto ao tipo de identificação narcisística ocular que nós temos com a imagem-espelho de um corpo-e-face estático e unificado (FEATHERSTONE, 2010).

A introdução do corpo afetivo, ou o corpo sem imagem (definição de Massumi, 2002 *apud* FEATHERSTONE, 2010), complica a assunção de uma imagem corporal na cultura de consumo. O corpo afetivo aponta para aspectos não vistos e não noticiados da interação interpessoal, que são mais difíceis de conceituar e articular. O autor enfatiza que o corpo afetivo tem o poder de afetar outros através da retórica corporal; enquanto corpo sem imagem, o corpo afetivo pode ser representado como um oposto da imagem corporal no modelo visual da imagem-espelho. Isto faz da relação entre imagem corporal e autoimagem algo menos simples do que a racionalidade visual que a visão do espelho implica. A imagem corporal que é concebida na maneira do antes-e-depois da fotografia ignora a imagem afetiva.

Para este autor, esta concepção de corpo não leva em conta a maneira pela qual o corpo na vida diária é vivido, de maneira habitual, o que significa não estar constantemente submetido ao olhar instrumental da cultura de consumo. O corpo pode ser objetivado, mas ele não é apenas um objeto, nem um sujeito-objeto, ele não é uma coisa com uma imagem fixada ou determinada. Ele não é apenas algo ocupando um espaço único, mas envolve-se em um movimento através de uma diversidade de espaços descontínuos. Ele não é uma unidade singular, mas múltiplo.

Isto sugere que nós necessitamos levar em conta o corpo em movimento, envolvido em um conjunto complexo de relações de espaço em torno dele. Não apenas operando como um objeto do qual nós temos uma imagem clara. Na cultura de consumo, este último é em muitos aspectos a imagem corporal predominante, baseada no corpo como objeto: a

imagem estática, na qual o movimento e desdobramento do corpo são capturados como ainda em uma fotografia.

Para Merleau Ponty, o corpo não é um objeto, e sim “um contexto em relação ao mundo”. Para ele o erro é objetificar o corpo, baseado na percepção, que é indeterminada por natureza, pois há sempre muito mais do que nos chega aos olhos. Segundo sua teoria, no corpo é onde começa a experiência de perceber, em toda a sua riqueza e indeterminação, pois não há objetos, simplesmente estamos no mundo, e esta, a percepção, termina nos objetos, um produto secundário do pensamento reflexivo (MERLEAU-PONTY, 1996).

Featherstone (2010) acredita que a importância exacerbada dada à aparência na cultura de consumo, a associação da imagem externa com o sucesso e o belo, nos desvia do fato de que sabemos relativamente pouco de como as imagens funcionam. Segundo ele, as imagens são frequentemente usadas para convocar e cristalizar utopias e desejos exóticos. Imagens convidam a comparações: reforçando quem nós não somos e quem nós gostaríamos de ser. Comparações que a cultura de consumo, através das novas tecnologias e da mídia é hábil em promover.

Tavares (2003) chama a atenção para o conceito de imagem, definido por Cabral e Nick. Para estes, o significado do termo imagem pode ser dividido em duas categorias: as imagens sensoriais e as imagens resultantes da transposição psíquica da percepção de um objeto interno. As primeiras são expressões mentais da realidade exterior, e nos chegam através dos sentidos óticos, olfativos, auditivos e cinestésicos. As segundas são resultantes da representação mental de objetos internos, são denominadas imagens de fantasia, e se baseiam na atividade inconsciente, estando apenas indiretamente relacionada aos objetos externos.

Na cultura de consumo, a possibilidade real (técnica e tecnológica) de transformação do corpo e da aparência oferece uma nova imagem corporal, associada a uma nova autoimagem mais positiva e com qualidade de vida. É difícil, portanto, separar esta imagem fotográfica da imagem relatada pela imaginação (não o que há, mas o que se imagina que deva ser e esforça-se para construir). Isto pode ser transmitido através da imagem corporal da pessoa, postura, ou conjunto de expressões faciais realizado no “olho da mente”: um modelo do que alguém deve ou pode ser. Eles não são apenas signos exteriores, a aparência construída do que se quer que o outro veja, mas também eles oferecem uma imagem exterior que procura confirmação nos olhares dos outros para uma narrativa interior do que se sente que deve ser (FEATHERSTONE, 2010).

Para Virgínia Blum (apud FEATHERSTONE, 2010), o perigo é que nos identificamos com esta imagem espacial bidimensional (a imagem no espelho e as fotografias antes-e-depois) e seguimos com a fantasia de que as imagens podem nos dar o que nós queremos e fazer-nos felizes. Como ela diz: *é a imagem ela mesma pela qual nós estamos apaixonados, e*

quaisquer que sejam as fotos, para nós pode no fim ser irrelevante no contexto maior do nosso anseio geral para identificação com as duas dimensões.

A cultura de consumo enaltece também os perigos do corpo fora de controle, vivendo a emoção de estar no limite, vivendo além das convenções. No entanto, embora seja um tema forte, espalhado por toda a publicidade, seus perigos são reconhecidos e circunscritos no hedonismo calculado da cultura de consumo. É esta capacidade de olhar e não olhar, ou alternar entre os dois, que é uma característica importante desta cultura (FEATHERSTONE, 2010).

Segundo Bordo (apud FEATHERSTONE, 2010), este maior potencial para modelar os corpos, existente hoje, fazendo com que rostos e corpos pareçam mais bonitos e perfeitos, afeta profundamente nosso padrão de julgamento sobre os corpos, a maneira que nós olhamos as pessoas reais e o senso de inadequação que muitas pessoas sentem. Isso ainda é imagem-espelho.

VI. TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: UMA REVISÃO

Os Transtornos do Comportamento Alimentares (TCA), enquanto foco de produção de conhecimento científico, obtiveram elevado crescimento nas últimas três décadas. De acordo com Claudino e Zanella (2005), as tentativas para conceituar “Transtorno do Comportamento Alimentar” foram poucas. Atualmente dois sistemas classificatórios específicos para transtornos mentais possibilitam o reconhecimento das manifestações patológicas, são eles: o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV e a Classificação Internacional de Doenças – CID.

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA), a principal característica desses transtornos é uma séria perturbação na imagem corporal e um medo intenso de ganhar peso. Esse medo intenso de engordar pode estar associado à construção de uma imagem do corpo feminino onde a beleza e a magreza extrema se identificam (APA, 2008).

Os transtornos do comportamento alimentar são definidos pela classe médica como distúrbios psiquiátricos caracterizados por alterações do padrão alimentar e por distorções relacionadas com os alimentos e com o peso corporal, resultando em efeitos adversos sobre o estado nutricional. São doenças que afetam adolescentes e jovens adultos, de ambos os sexos, levando a prejuízos psicológicos, biológicos, sociais e ao aumento da morbimortalidade (BORGES et al, 2006).

Esses transtornos possuem algumas categorias, a depender dos sintomas apresentados, mas as mais comuns e prevalentes são a anorexia nervosa e a bulimia. A anorexia nervosa é classificada, segundo o DSM-IV e o CID 10, quando há uma perda de peso acentuada à custa de restrições alimentares extremamente rígidas. Geralmente esta perda de peso ou falha no ganho de peso durante o crescimento pode levar a um peso menor do que 85% do esperado para altura e idade. Esta perda de peso está associada a uma distorção grave da imagem corporal e alterações fisiológicas em consequência deste regime alimentar, como a amenorreia secundária (ausência de no mínimo três ciclos menstruais consecutivos) (MILLER e GOLDEN, 2010; APA, 2008; BORGES et al, 2006; CORDÁS, 2004).

Estas pessoas negam a existência de um problema ou não têm insight sobre o mesmo. Muitos apresentam sintomas de depressão, frequentemente secundários às consequências fisiológicas da semi-inanição, preocupação excessiva com alimentos, transtorno de personalidade, medo de comer em público, características obsessivo-compulsivas, entre outras (APA, 2008). Segundo Sadock e Sadock (2007), a anorexia está associada à depressão em 65% dos casos, à fobia social em 34% e ao transtorno obsessivo-compulsivo em 26% dos casos.

Existem dois tipos de anorexia nervosa classificados pelo DSM-IV: o tipo restritivo, nos quais não há presença de comportamentos de compulsão alimentar ou purgativos, e a perda de

peso é alcançada por meio de dietas, jejuns e/ou exercícios excessivos; e o tipo purgativo/compulsivo, nos quais estes comportamentos estão presentes. A compulsão alimentar é caracterizada por uma ingestão excessiva de alimento em pouco espaço de tempo, acompanhada de uma sensação de perda de controle. Para compensar, o indivíduo pratica indução de vômitos e faz uso indevido de laxantes, enemas ou diuréticos (APA, 2008; MILLER e GOLDEN, 2010).

A bulimia se distingue da anorexia pela ingestão excessiva de alimentos (episódios bulímicos), acompanhada da sensação de perda de controle e utilização de métodos de compensação como uso de laxantes, provocação de vômitos, exercícios físicos exagerados, etc. Estes comportamentos ocorrem em média, no mínimo duas vezes por semana, durante 3 meses, sem necessariamente estarem atrelados aos episódios de anorexia nervosa. Estes são induzidos por uma autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso e formato corporal (MILLER e GOLDEN, 2010; APA, 2008; BORGES et al, 2006; CORDÁS, 2004).

Em relação ao estado nutricional, avaliado através do Índice de Massa Corporal (IMC), existe diferenciação entre a anorexia e a bulimia. De acordo com o CID-10, na anorexia, o IMC está menor que $17,5 \text{ kg/m}^2$ ou o peso corporal mantido no mínimo 15% abaixo do esperado (CLAUDINO e ZANELLA, 2005). Já na Bulimia, segundo o DSM-IV, os indivíduos comumente estão na faixa de peso normal (IMC entre 20 e 24), um pouco abaixo ou acima do peso adequado. Parece ser esta a diferença fundamental entre a anorexia do tipo purgativo (com momentos de comer compulsivo, seguidos de métodos de expulsão) e a bulimia (APA, 2008). Geralmente há uma flutuação do peso ao longo do tempo.

As compulsões periódicas ocorrem em segredo; um episódio pode, ou não, ser planejado com antecedência e em geral caracteriza-se por um consumo rápido e voraz. Este quase sempre vem acompanhado de um imenso sentimento de falta de controle e culpa. Em relação ao uso de comportamentos para prevenir o aumento de peso, a técnica mais comum é induzir o vômito, pois seus efeitos imediatos incluem alívio do mal estar físico e do medo de engordar (APA, 2008).

Na Bulimia Nervosa ocorre uma frequência maior de sintomas depressivos do que na anorexia. Na maior parte das pessoas, o distúrbio depressivo começa simultaneamente ou aparece ao longo do desenvolvimento da bulimia, sendo, com frequência, atribuída a esta a tristeza e irritação. Podem também apresentar transtornos do humor, sintomas ou transtornos de ansiedade e abuso de substâncias (APA, 2008).

Tanto na anorexia como na bulimia, a vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas. A maioria dos indivíduos que desenvolve esses transtornos acha que está gorda (SCAZUFCA, 1998). Alguns se veem magros, mas preocupam-se com algumas partes do corpo sentidas como muito gordas (barriga e nádegas, principalmente). A autoestima dessas pessoas depende diretamente de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista

como uma conquista e autodisciplina, enquanto que engordar é visto como um sinal de fraqueza e fracasso.

Existem outros tipos de desordens alimentares que não se enquadram em todas as características definidas pelo DSM-IV para bulimia ou anorexia e, por isso, são denominadas de “desordens alimentares não especificadas (EDNOS em inglês)”. Entre estas estão incluídas as desordens de compulsão alimentar (BED), nas quais não há comportamentos compensatórios para perda de peso, e a “tríade da atleta feminina”, que consiste em baixa disponibilidade de energia, com ou sem desordem alimentar, disfunção menstrual e baixa densidade mineral óssea, muito relacionada às expectativas quanto à performance atlética e à forma corporal (MILLER e GOLDEN, 2010).

Quando se tratam de crianças e adolescentes, muitos comportamentos alimentares não usuais, mas que não condizem com a classificação do DSM-IV para anorexia e bulimia, são caracterizados como EDNOS. Devido à importância que esta fase da vida tem para o desenvolvimento de transtornos como anorexia e bulimia, tais comportamentos precisam ser acompanhados e avaliados. Neste sentido, outros sistemas classificatórios podem ser utilizados, como o do Great Ormond Street Children’s Hospital, que elaborou uma lista própria, e o Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care, versão criança e adolescente, de 1996 (MILLER e GOLDEN, 2010).

A literatura já evidencia a dificuldade em realizar estudos que permitam estimar a incidência e prevalência dos transtornos do comportamento alimentar devido à complexidade destes distúrbios (HAY, 2002), no entanto tem sido verificado um aumento nestes, em ambos os sexos, em diferentes faixas etárias, classes sociais e etnia.

A anorexia nervosa é, geralmente, encontrada em mulheres jovens (cerca de 90% dos casos), tendo prevalência de 0,5% entre estas e de um décimo da mesma entre os homens. Seu início se dá principalmente durante a fase da adolescência, frequentemente associado a um evento vital estressante. Além disso, existiria um risco aumentado entre parentes de pessoas com o transtorno (APA, 2008). A taxa de incidência da anorexia nervosa (4,2 a 8,3/100.000 pessoas/ano) é mais alta em mulheres entre 15 e 19 anos de idade e vem aumentando na faixa etária que compreende os 15 a 24 anos (MILLER e GOLDEN, 2010).

A bulimia nervosa, enquanto um distúrbio mais novo (foi pela primeira vez descrita como um transtorno diferente da anorexia nervosa em 1979 por Russell) tem menos estudos estimando sua incidência, mas na Holanda e Estados Unidos esta foi relatada em 11,5 e 13,5 por 100.000 habitantes por ano, respectivamente (MILLER e GOLDEN, 2010). A prevalência da bulimia nervosa, tal qual a da anorexia, é maior entre as mulheres, estando entre 1 e 3% (e aproximadamente um terço disso entre os homens). Seu início também se dá entre o fim da adolescência e o início da idade adulta (APA, 2008).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar estão o gênero feminino, a etnicidade, as preocupações com a forma e peso

corporal, a alimentação infantil precoce e os problemas gastrintestinais, a autoavaliação negativa, o abuso sexual, ou outras experiências adversas e morbidades psiquiátricas (MILLER e GOLDEN, 2010).

Algumas pesquisas sugerem que a dieta pode ser um fator de risco para a bulimia, enquanto outras veem a dieta como uma resposta à patologia bulímica. Em um grande estudo com adolescentes foi encontrado que a massa corporal, a pressão para ser magra, a internalização do ideal de magreza, a insatisfação corporal e a compulsão alimentar são fatores correlacionados com a dieta (WALCOT, PRATT E PATEL, 2003).

Traços individuais da personalidade como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão, como também impulsividade, instabilidade e a baixa autoestima afetiva podem levar a comportamentos relacionados aos transtornos do comportamento alimentar (MORGAN et al, 2002).

Alguns pesquisadores defendem uma ligação entre a mídia, o papel de gênero assumido socialmente, estereótipos corporais e insatisfação corporal. Para estes a mídia, tanto impressa quanto eletrônica, exerce uma influência no ideal de beleza assumido pelas jovens, principalmente através das novelas e filmes. Algumas pesquisas sustentam que quanto mais as jovens adotam os valores de beleza da sociedade mais chances elas têm de ser infelizes com seus corpos e de adotarem padrões alimentares desordenados e comportamentos radicais para atingirem tais ideais de magreza (ANDRADE & BOSI, 2003; WALCOT, PRATT E PATEL, 2003).

Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que, ainda que a literatura científica apresente ampla caracterização dos fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos de comportamento alimentar, poucos estudos se detêm sobre a experiência concreta desses fenômenos e os significados atribuídos à mesma do ponto de vista individual e coletivo. Pesquisa recente desenvolvida pelo grupo da Professora Maria Lúcia Bosi (2006) tem se debruçado sobre esses aspectos, mas pouca ênfase tem sido atribuída às diferenças étnico-raciais dessa experiência e dessa significação social.

O padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social parece exercer um efeito marcante sobre as mulheres. O ideal de beleza feminina centrado na magreza e a ilusão de que o corpo é infinitamente maleável produz uma insatisfação corporal que também está na gênese dos transtornos do comportamento alimentar (MORGAN et al, 2002).

A gênese desses transtornos tem sido evocada por diversos autores a partir de tendências que vão desde a biomédica, passando pela abordagem psicanalítica até chegar às perspectivas sociológicas ou culturais. A abordagem feminista dessas questões chama a atenção para o fato de que o corpo anoréxico ilustraria uma exacerbação do controle sobre o corpo feminino, um corpo em transformação e exposto a um conjunto de valores em conflito (FRAAD, 1990). Para Szekely (1988), o corpo feminino seria o lócus onde uma

identidade é forjada e representaria um lugar de alienação, de dominação e de combates sócio-históricos. Os transtornos alimentares, em particular a anorexia, findariam por, medicalizando a questão, individualizá-la, retirando-a de um contexto coletivo, sobretudo aquele da sociedade de consumo, que tende à mercantilização dos objetos, inclusive do objeto-corpo (BOSI, 2006).

6.1. Corpo, Espaço Social e Transtornos do Comportamento Alimentar

Segundo Bourdieu (2005, 2007), a diferenciação e a divisão entre os agentes sociais se dão pelas disposições destes em relação ao espaço social. Essas disposições, às quais ele chama de *habitus*, se inscrevem no corpo, e conseqüentemente se expressam através dele.

“(...) os agentes sociais são dotados de *habitus*, inscritos nos corpos pelas experiências passadas: tais sistemas de esquemas de percepção, apreciação e ação permitem tanto operar atos de conhecimento prático, (...) como também engendrar (...) estratégias adaptadas e incessantemente renovadas, situadas, porém, nos limites das restrições estruturais de que são o produto e que as definem (Bourdieu, 2007, p. 169).”

As disposições ou *habitus* são estabelecidas através das incorporações das regras e estímulos do meio social em confronto permanente com as estruturas internas dos indivíduos, mas que os caracteriza como ser coletivo ou grupal (BOURDIEU, 2005, 2007). A construção das disposições ocorre através da dupla relação entre corpo e espaço social. O corpo interfere e molda o espaço social, da mesma forma que o espaço social o faz em relação ao corpo (BOURDIEU, 2007).

“(...) o *habitus* (...) constitui o lugar de solidariedades duráveis, de fidelidades incoercíveis, pelo fato de estarem fundadas em leis e laços incorporados, (...) adesão visceral de um corpo socializado ao corpo social que o fez e com o qual ele faz corpo. Por conta disso, ele constitui o fundamento de um conluio implícito entre todos os agentes que são o produto de condições e condicionamentos semelhantes, bem como de uma experiência prática da transcendência do grupo, de suas maneiras de ser e de fazer, cada um encontrando na conduta de todos os seus pares a ratificação e a legitimação (...) de sua própria conduta a qual, por sua vez, ratifica e (...) retifica a conduta dos outros (Bourdieu, 2005, p. 177).”

Cada espaço social produz os seus *habitus* e é produzido por eles. Neste sentido, os *habitus* são a forma de diferenciação dos agentes sociais e de classes de agentes. Diferenciações

estas expressas pelos modos, maneiras, escolhas, bens, que simbolicamente diferenciam e classificam as categorias sociais (Bourdieu, 2005, p. 21, 22).

Essas diferentes posições sociais, existentes no espaço social, são apreendidas pelo indivíduo biológico a partir da sua inserção ou imersão neste espaço através do corpo. As estruturas do mundo social conformam o corpo do agente social, bem como as estruturas do corpo individual emprestam significado ao mundo social (BOURDIEU, 2007, p. 172, 173, 174).

Este corpo, integrante do mundo social, está exposto, susceptível e condicionado pelos valores, culturas, crenças e modos de ser que definem o ser coletivo do qual faz parte, mas através das suas disposições absorve, reinterpreta tais signos, conformando a sua singularidade. Do mesmo modo, esta singularidade expressa no corpo se insere e molda o grupo social ao qual pertence.

Desta forma, a singularidade do corpo está sujeita a um processo de socialização contínuo, que depende e se estabelece nas relações sociais. Neste sentido, o espaço social se revela no espaço físico pela posição que o corpo ocupa no mesmo, através dos seus signos e características.

Através do corpo apreendemos e reinventamos o mundo. O estar no mundo permite ao corpo ser influenciado por ele e ao mesmo tempo influenciá-lo. Desta forma, podemos compreender o mundo e os seus significados simbólicos, regras de conduta, através das disposições adquiridas pelo corpo.

As atitudes e comportamentos individuais dos corpos socializados estão em relação direta com os *habitus* adquiridos através das experiências e os *habitus* atualizados no próprio processo de socialização (BOLTANSKI, 2005). Esse processo de socialização está diretamente relacionado com uma crença adquirida corporalmente de que as coisas são como são, e esta capacidade de aquisição deste conhecimento depende da disposição corporal, suscitada e ativada pelas necessidades impostas pelo mundo.

Os estímulos a que estão sujeitos os corpos no mundo social fazem com que estes estabeleçam estratégias de ação adaptadas às mudanças ocorridas neste mundo. Esta exposição do corpo ao mundo social, e suas possíveis modificações e alterações advindas da própria existência do corpo social no mundo, lhe confere a possibilidade de adaptação às e incorporação das estruturas do mundo social. Esse aprendizado da ordem social se dá no confronto entre o corpo e o mundo social (BOURDIEU, 2007). Aprendizado sujeito a tensões, conflitos, ou seja, que nem sempre se dá de forma harmoniosa, e que pode imprimir no sujeito, através do seu corpo, o sofrimento ou as emoções advindas deste aprendizado.

A manutenção da ordem social impõe uma regulamentação do que é permitido, adequado, aceito, através de ritos e comportamentos incorporados e manifestos através do corpo. Do mesmo modo, as classificações sociais e as posições ocupadas nesse espaço se inserem em

marcas corporais, condutas, num jogo social que favorecerá ou não as expressões das disposições potenciais individuais.

Esta relação com o ambiente social reforça e é reforçada por comportamentos e condicionamentos que se traduzem em comportamentos do grupo. Ao mesmo tempo em que se mantém enquanto corpo socializado, constrói e, neste sentido, controla o mundo através da modelação do corpo.

A reação às mudanças que ocorrem no mundo socializado depende, em grande medida, das experiências vivenciadas, das expectativas estabelecidas em relação às experiências e ao possível descompasso entre elas. O significado atribuído a este descompasso dependerá das disposições de cada agente ou sujeito, imprimindo reações diferentes para experiências similares.

Neste sentido, poder-se-ia dizer que o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar, que imprime ao corpo uma modelação através de ritos agressivos (a restrição alimentar severa, os comportamentos purgativos após uma alimentação exígua, o jejum prolongado) seria um exemplo de resposta ao descompasso entre a experiência vivida e as expectativas de algumas mulheres, no seu contexto social?

O mundo social contemporâneo tem estabelecido, de forma regulamentada, o que é aceito e o que é adequado em termos corporais femininos, impondo ao sujeito um estar no mundo, um *habitus* reificado, valorizado, desejado, ao qual é atribuída a ideia de poder.

A modelação do corpo como expressão de socialização impõe às mulheres comportamentos, sujeitos ao reconhecimento e reforço dos outros sociais, necessários para identificação e sentimento de pertencimento a este grupamento social.

Para Bourdieu (2005), o grau de satisfação íntima dependerá em maior grau da possibilidade do modo de funcionamento do mundo social permitir o desabrochar do *habitus* dos diferentes agentes. Para aquelas mulheres em que as disposições não se ajustarem às exigências desse mundo contemporâneo, o seu corpo será a expressão da distância entre o vivido e o estabelecido no espaço social.

Como as estruturas do mundo social estão presentes no corpo e vice-versa, as imposições rituais para configurar a estrutura do corpo anoréxico são uma manifestação adaptada das estruturas do mundo social contemporâneo, ou uma expressão da menor aptidão destas mulheres para jogar este jogo social?

Na verdade, me parece que a resposta é positiva para ambas as opções, pois ao procurar adaptar a sua disposição ou *habitus* ao mundo do corpo perfeito, magro, exigido pela sociedade contemporânea, as mulheres que desenvolvem transtornos revelam um componente estrutural deste mundo, um *habitus* adaptado, que lhes permite constituir o seu lugar ou espaço social.

As mulheres com transtornos do comportamento alimentar, em especial as com anorexia, estabelecem novas regras e simbologias corporais e sociais, conformando valores e características próprias em um grupo, dentro de um grupamento maior, o das mulheres. Ao definir novas regras para o corpo social pode-se supor que elas desenvolvem uma maneira própria de controle do corpo e do mundo social, a partir de suas disposições e da relação com o mundo que se apresenta para elas.

Ao mesmo tempo, na medida em que o estabelecimento desta nova ordem social imputa um sofrimento ao agente social (a mulher com anorexia) e ao seu grupamento social mais próximo (a família e os amigos), talvez o responsável pelas primeiras aquisições de disposições sociais, evidencia-se uma fragilidade para se manter em relação com este mundo.

A saída estratégica, nesta lógica, é construir novos códigos e um novo grupo de pertencimento e identificação. O grupo mais íntimo passa a ser o das outras mulheres com os mesmos sinais, vontades, com uma compreensão própria do processo, e, por isso, capazes de oferecer reforço umas às outras. Nesta perspectiva, os blogs e comunidades da internet se tornam uma rede de apoio social e um universo particular de aceitação e compreensão.

Essa estratégia de inserção no espaço social ou de localização de um espaço dentro do mundo se assemelha ao conceito de impureza trazido por Bauman (1998), quando diz que o estar no mundo “fora da ordem” estabelecida é uma consequência desta mesma ordem, ou seja, da pureza.

Nesta lógica, o padrão de beleza valorizado na sociedade, que associa o belo ao ser magro, jovem e branco, se impõe como a pureza ou ordem social. Para manutenção desta ordem, têm sido desenvolvidos vários artifícios de modelagem do corpo, técnicas rápidas de emagrecimento, cirurgias, dietas milagrosas, crescimento das indústrias de cosméticos e medicamentos, bem como de espaços (academias, salões de beleza) onde este corpo desejado pode ser obtido, ou que oferece a ideia desta possibilidade.

O incentivo ao consumo destes artifícios com o intuito de construir um novo corpo, adequado, ajustado, inserido a esta ordem social, também produz uma insatisfação insondável, pelas infinitas possibilidades oferecidas neste mercado da criação da beleza, ou seja, quanto mais é oferecido em termos de opções mais se intensifica a busca pelo novo, pela nova probabilidade de assunção de uma identidade desejada.

As que não conseguem responder ao apelo consumista na tentativa de se conservar dentro da ordem estabelecida (as mulheres pobres, por exemplo) pela incapacidade de acessar todas as possibilidades de manipulação corporal, e em consequência acabam mantidas fora da ordem vigente, são as “consumidoras falhas” (BAUMAN, 1998).

Nem todas as mulheres possuem disposições (retornando a Bourdieu) que se adaptam a esta exigência social, e por isso acabam se transformando na impureza da ordem social, conformando novos *habitus*. É o caso das mulheres que possuem signos fenotípicos diferentes dos associados ao belo, como as negras, as gordas, as idosas.

Os sinais corporais das mulheres negras, lábios grossos, nariz arredondado, cabelos crespos e cor da pele escura, oposto ao que é valorizado e definido como belo, se traduzem em signos de inferioridade, de inadequação, de impureza social.

Estas mulheres, por não possuírem os signos valorizados socialmente estão sujeitas a um processo de marginalização, que não é individual, mas coletivo, pois dificulta para este grupo a participação nas relações sociais, culturais e políticas da sociedade (SAWAIA, 2008). É a partir desses signos que se justificam atitudes, comportamentos incorporados pelos outros sociais, não excluídos e considerados normais, naturais, regras assumidas como sociais.

Esse processo de normatização pode levar à “desinserção” de um grupo, ou seja, ao questionamento quanto à sua existência enquanto ser social, e à construção de uma identidade com base nesses valores, e no aprendizado de que o seu corpo configura o que não é adequado, aceito, regra, favorecendo a construção de subjetividades em resposta a este aprendizado.

Mesmo ao consumir os artifícios postos à disposição, com o intuito de se aproximar ao padrão da ordem vigente, este movimento de modificação fenotípica não o exime da sua condição de estranho, e, por isso mesmo, consumidor falho, objeto fora do lugar no processo social. Ou seja, não há lugar para estes indivíduos na ordem social estabelecida, e mesmo a tentativa de modificação dos sinais fenotípicos que as marginalizam no mundo social, de adaptação e construção de um *habitus* que se ajuste a esta realidade, possibilitam o questionamento desta ordem, pondo em cheque a sua existência.

Ao associar várias características fenotípicas consideradas fora da ordem, como o fato de ser negra e gorda, por exemplo, à pressão exercida por uma estrutura social organizada dentro de outros padrões, e que se pretende hegemônica, podem ser gerados os princípios para o desenvolvimento de estratégias de adaptação radicais, como é o caso dos transtornos do comportamento alimentar.

Tentando fugir às consequências da rejeição social, como a ruptura de vínculos, o isolamento social, a solidão; procurando uma integração com o mundo, o desenvolvimento dos transtornos alimentares pode ser um artifício de adequação, uma tentativa de estabelecimento de um espaço social para si, a viabilidade de se inserir em um grupo e ser reconhecido por ele.

Neste caso, as mulheres negras com transtornos alimentares seriam ao mesmo tempo expressão da impureza social, e uma consequência desta ordem segregacionista. Estariam incluídas no mundo social de uma forma diferente. A exclusão, então, seria uma expressão da

inclusão diferenciada, marginalizada, e que, a todo o momento, coloca em questão os valores concebidos e, ao mesmo tempo, os reforça (SAWAIA, 2008; WANDERLEY, 2008).

6.2. Transtornos do Comportamento Alimentar em Grupos Diversos Etnicamente: uma Revisão

Amplamente discutido, os transtornos do comportamento alimentar têm assumido repercussão e importância no meio científico pelos sérios efeitos psicopatológicos e clínicos (ASSUMPÇÃO e CABRAL, 2002; BORGES et al, 2006; SANTOS, 2006; MILLER e GOLDEN, 2010), sendo responsáveis por elevadas taxas de suicídio e mortalidade entre jovens, principalmente mulheres (BECKER et al, 2010a). A sua gravidade não está na incidência ou prevalência na população em geral, se comparada com outras morbidades, mas nas consequências severas e pela dificuldade de tratamento com êxito, o que os leva a condição de problema relevante para a saúde pública (COOK-COTTONE, JONES e HAUGLI, 2010; THOMAS et al, 2011).

São vários os fatores de risco relacionados com o surgimento destes distúrbios, tanto de origem biológica, quanto individual, familiar e social (MORGAN, VECCHIATTI e NEGRÃO, 2002). A literatura científica tem documentado com exatidão a classificação, as características, o tratamento, a epidemiologia, bem como esses fatores (HAY, 2002; PINZON et al, 2004; BORGES et al, 2006; MILLER e GOLDEN, 2010). No entanto, no Brasil, pouco se tem abordado sobre os aspectos étnico-raciais envolvidos com esses transtornos e na relação acessibilidade/busca por tratamento entre os indivíduos de várias origens étnicas ou raciais. Por outro lado, internacionalmente se tem discutido sobre se, e de que forma, as diferenças de valores, costumes, crenças e hábitos de comunidades diversas etnicamente e/ou racialmente podem estar influenciando no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos de origem alimentar.

6.2.1. Diversidade sociocultural, raça e transtornos do comportamento alimentar

Como dito anteriormente, os transtornos do comportamento alimentar possuem uma etiologia multifatorial, o que dificulta o estabelecimento de formas de prevenção, bem como um diagnóstico precoce. Entre os fatores relacionados ao desenvolvimento desses transtornos, os de origem cultural têm sido bastante discutidos nos meios científicos e profissionais na tentativa de entender estes fenômenos. Além disso, a força dos efeitos da globalização na mudança de valores e parâmetros que orientam a vida dos cidadãos faz com que questões como o capitalismo na modernidade e pós-modernidade, os entrelaçamentos transregionais, os padrões de beleza, a urbanização e a mídia, estejam intrinsecamente

envolvidos no crescimento dos transtornos do comportamento alimentar mundialmente (GEORGE e FRANKO, 2010; OLIVEIRA e HUTZ, 2010; CHENEY, 2011).

A crença inicial de que esses distúrbios são característicos de determinados grupos populacionais, nomeadamente, mulheres de classe social elevada, brancas e jovens, vivendo sob a égide da cultura ocidental, que define os padrões corporais e de beleza, associando-os à saúde e qualidade de vida, passou a ser questionada e discutida a partir do momento que os transtornos do comportamento alimentar apresentaram-se também como uma realidade em regiões e ambientes culturais diversos, entre homens, homossexuais e mulheres mais velhas (BHUGRA, BHUI e GUPTA, 2000; MELIN e ARAÚJO, 2002; WALCOT, PRATT e PATEL, 2003).

A anorexia e a bulimia nervosas são as mais comuns, mas estudos (COOK-COTTONE, JONES e HAUGLI, 2010; MILLER e GOLDEN, 2010) vêm demonstrando a existência também de desordem da compulsão alimentar, além de outras não especificadas, que parecem ser mais prevalentes em grupos não caucasianos. Outra questão que vem chamando a atenção é a existência de condições ditas subclínicas dos transtornos alimentares, ou seja, situações em que alguns sinais e sintomas estão presentes, mas não se enquadram na classificação definida pelo DSM para diagnóstico desta síndrome (STRIEGEL-MOORE et al, 2003; WAADDEGAARD, DAVIDSEN e KJØLLER, 2009). Estas formas menos conhecidas de manifestação poderiam estar mais presentes em comunidades ou conjuntos populacionais que divergem das mulheres brancas ocidentais em termos de costumes e hábitos de vida (GRILO, LOZANO e MASHEB, 2005; TAYLOR et al, 2007). Todas essas considerações têm levado diversos estudiosos a desenvolverem pesquisas para avaliar de que forma as assimetrias de raça/etnia e gênero podem ter influência não somente no desencadeamento desses transtornos, mas também na busca, acessibilidade e efetividade do tratamento.

Os estudos desenvolvidos até agora, na sua grande maioria, internacionais, pois no Brasil apenas um trabalho (SAMPEI et al, 2009) foi encontrado relacionando a diversidade étnico/racial com os transtornos do comportamento alimentar, têm provido informações contraditórias e ainda pouco elucidativas de como estes distúrbios se manifestam em diferentes culturas e grupos étnicos (WALCOT, PRATT E PATEL, 2003; COOK-COTTONE, JONES e HAUGLI, 2010; OLIVEIRA e HUTZ, 2010; GEORGE e FRANKO, 2010).

6.2.2. Identidade Étnica e Processo de Integração Sociocultural

Para uma melhor compreensão da influência cultural e étnica no desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar é preciso trazer a tona dois conceitos importantes nesta relação, a identidade étnica e o papel da aculturação neste processo.

Acredita-se que o entrecruzamento de culturas proporcionado pelo processo de globalização, e que tem os meios de comunicação de massa como propagadores de valores,

crenças e hábitos diferenciados, provoca uma sobreposição dos valores da cultura dominante sobre as culturas tradicionais, principalmente se os indivíduos estão expostos a esta cultura dominante fora do seu ambiente natural, onde a força da tradição pode ser menor e menos valiosa (BHUGRA, BHUI e GUPTA, 2000). É a isso que diversos autores, especialmente da epidemiologia, têm denominado de aculturação, ou seja, a forma como determinado grupo se relaciona com a cultura do outro, dominante na sociedade, e que possui dimensões cognitivas e afetivas (STOJEK, FISCHER e COLLINS, 2010; TALLEYRAND, 2010; CHAN, KU e OWEN, 2010). Vale dizer que, na antropologia, esse termo gerou fervorosos debates, nos anos 1980, que se opuseram ao mesmo pela sua implícita reificação e simplificação dos processos culturais e da negação da sua indiscutível condição interativa com dimensões sociais, históricas, políticas e subjetivas.

Estudiosos contemporâneos da aculturação a definem como um conjunto de atitudes, comportamentos e valores que se modificam quando pessoas estão em contato com culturas distintas. Admitem que este é um processo complexo, que não significa, como muitos pensam, desistência de sua cultura de origem e assimilação de uma nova cultura, pura e simplesmente (PHINNEY, 2001). Esses estudiosos, baseados nos trabalhos de Berry sobre aculturação e adaptação, defendem a ideia de que o processo da aculturação é bidimensional, pois existem dois aspectos dominantes envolvidos na questão. A manutenção da cultura de origem do indivíduo e a adaptação a outra cultura presente na sociedade. Segundo essa teoria, as pessoas podem se manifestar de quatro maneiras diferentes a esse choque de culturas; quando é valorizada unicamente a sua cultura de origem, sem o esforço de assumir também uma relação com a outra cultura, acontece o que se chama de separação; quando ao contrário, é apenas a cultura do outro que é valorizada, há então um processo de assimilação. Se há uma tentativa do indivíduo de se ajustar à cultura dominante, mas sem desvalorizar ou rejeitar sua cultura de origem, acontece um processo de integração, mas se este indivíduo não consegue se adaptar a essa nova cultura e também não valoriza a sua própria cultura, aí se estabelece um processo de marginalização (PHINNEY, 2001).

É preciso, no entanto, levar em consideração que este contato com a cultura do outro, seja este outro uma nação, uma região, um grupo ou indivíduo, não ocorre de forma “blindada”, sem a influência de outros aspectos da vida que se interseccionam e nesse processo de envolvimento darão a tônica de como uma pessoa ou grupo reagirá ou se manifestará frente à diversidade de contextos e situações, inerentes à sobrevivência e à integração dentro de um espaço social. O pertencimento a um gênero, raça e/ou classe, enquanto expressão de normas e regras construídas socialmente, é um exemplo de fatores que conjugam um determinado estar no mundo, mesmo dentro de uma mesma cultura (STOLCKE, 2000; WADE, 2008). Peter Wade (2008) chama a atenção para o fato de que

“É necessário entender o entrelaçamento da raça e o sexo dentro do marco da economia política, as relações de poder de classe, de raça e de gênero; mas

não se pode reduzir este entrelaçamento à simples operação do mercado e do poder, se este se entende como o mero domínio e a defesa de uma posição de superioridade. Há outros aspectos – como são os significados indelével e não alienáveis dos mercados raciais ou as dinâmicas psíquicas da alteridade – que há que se levar em conta (Wade, 2008, p. 49, tradução própria).”

Falar em aculturação é desconsiderar a complexidade que envolve as relações sociais, que vão além das questões culturais, apesar de incluí-las. Portanto a interação com diversas culturas promove um processo de integração, e não apenas de reação ao contato com outra cultura. Apesar da maioria dos autores aqui referenciados utilizarem o termo aculturação para se referir a esta questão, entenderemos que se trata do complexo processo de integração sociocultural que toma relevância quando falamos de diversidade étnica e saúde.

É nesse contexto que a identidade étnica, ou a identificação de um indivíduo com determinado grupo e seu sistema de valores, o sentimento de pertencimento e orgulho de fazer parte deste grupo, assume importância como parte da identidade social do indivíduo e o protege quanto à imposição de valores da cultura dominante e o sofrimento advindo desse processo (STOJEK, FISCHER e COLLINS, 2010, TALLEYRAND, 2010, SHUTTLESWORTH & ZOTTER, 2011).

As evidências teóricas e empíricas apontam para o fato de que a identidade étnica é um constructo multifacetado, pois inclui várias dimensões, e dinâmico, visto que muda ao longo do tempo e a depender do contexto. Entre esses fatores que compõem a identidade étnica estão a autoidentificação como membro de um grupo social particular, um comprometimento, ou forte sentimento de ligação e investimento pessoal nesse grupo, a busca de informações e experiências relevantes que permitiram a esse indivíduo se perceber como parte deste grupo, avaliação e atitudes positivas em relação a esse grupo, que possibilita ao indivíduo sentir orgulho de fazer parte dele, a assunção de valores e crenças específicas do grupo, bem como a relevância e importância dada a esse pertencimento (PHINNEY, 2007).

O que os estudos apontam é que há uma interação entre a formação da identidade étnica do indivíduo e o processo de integração vivido por ele, que é complexo e que envolve também outros fatores como, gênero, idade e geração de imigração, quando há um processo migratório. Outra conclusão importante é que este processo de integração permite um maior bem-estar aos indivíduos, principalmente os adolescentes, pois possibilita um multiculturalismo salutar (PHINNEY, 2001).

Fazendo parte também da identidade social do indivíduo está a identidade racial, importante no contexto, pois está relacionada à compreensão de si enquanto ser racial, ou seja, como o indivíduo percebe e reage às manifestações do racismo, vividas dentro da sociedade. Esta difere da identidade étnica, mas está implicitamente relacionada, visto que

compartilham alguns fatores como senso de pertencimento, comportamentos e valores associados a um grupo específico (PHINNEY, 2007).

O racismo da sociedade, que classifica e hierarquiza, se vale daquilo que é visível, palpável, perceptível, por isso as formas corporais, numa época em que beleza e magreza são associadas a sucesso, saúde e felicidade assumem importância fundamental, principalmente entre jovens em processo de formação e definição de sua identidade étnica (STOJEK, FISCHER e COLLINS, 2010, TALLEYRAND, 2010, SHUTTLESWORTH & ZOTTER, 2011). Nesse processo, os valores ocidentais, principalmente os norte americanos e europeus, têm se difundido enquanto padrões hegemônicos de normalidade. Modificar hábitos e assumir novos comportamentos se torna um processo de adequação ao social e, nesse processo, o desenvolvimento de comportamentos desajustados para atingir um corpo idealizado pode ser uma consequência que tem a probabilidade de levar a transtornos de origem alimentar (WOOD E PETRIE, 2010) e é por causa disso que se faz relevante compreender como essas questões se manifestam nos diversos grupamentos étnicos, sejam eles asiáticos, afrodescendentes, indígenas, etc.

6.2.3. Transtornos do Comportamento Alimentar em Asiáticos

Estudiosos têm relatado a pouca importância dada pela comunidade científica aos estudos sobre imagem corporal, comportamentos alimentares desajustados e transtornos do comportamento alimentar em populações asiáticas, vivendo em seus países de origem ou fora deles. No entanto, os trabalhos que existem evidenciam resultados contraditórios quanto à influência étnica/racial ou o processo de integração sociocultural frente a esses fenômenos.

Alguns estudos apresentam maiores índices de atitudes alimentares desordenadas e insatisfação com a imagem corporal entre as mulheres asiáticas, quando comparadas com as brancas (FURNHAM e ADAM-SAIB, 2001; LAU et al, 2006) ou com outros grupos considerados minoritários, como é o caso da população não branca na Inglaterra (GOODMAN, PATEL e LEON, 2008). Por outro lado, achados que corroboram o que a literatura científica vem apresentando, quanto à maior presença desses problemas entre mulheres brancas ou de origem caucasiana também são encontrados (WALCOT, PRATT e PATEL 2003; SAMPEI et al, 2009; NICDAO, 2010).

O grande questionamento frente a esses resultados contraditórios é o quanto o processo de integração, originado da exposição aos valores e padrões de beleza diferentes dos tradicionais asiáticos, poderia estar influenciando no desenvolvimento de sintomas relacionados com os transtornos do comportamento alimentar ou com a síndrome de um modo geral. Um estudo com Coreanos vivendo na Nova Zelândia mostrou que, para os homens, a menor identificação com a cultura coreana, que atribui grande ênfase a

aparência, e maior aproximação à cultura da Nova Zelândia pode protegê-los quanto à insatisfação corporal, o mesmo não acontecendo com as mulheres, pois nesta cultura o valor dado à magreza é maior para as mulheres do que para os homens (CHAN, KU e OWEN, 2010).

Alguns estudiosos defendem a ideia de que as mulheres asiáticas mais ligadas ao padrão de beleza tradicional estão protegidas quanto à insatisfação com seus corpos e conseqüentemente aos transtornos relacionados a ela. No entanto, ao fazerem tal avaliação desconsideram as diferenças existentes dentro desse grupo. Por exemplo, na Índia, tradicionalmente, não há uma pressão pela magreza e um corpo mais voluptuoso é bem aceito e comemorado (FURNHAM e ADAM-SAIB, 2001). Já no Japão, a tendência para uma magreza quase “anorética” é vista como algo natural (SAMPEI et al, 2009), na China seria indicativo de pobreza e doença (CHAN, KU e OWEN, 2010).

Além da diferença quanto ao que se considera belo em termos corporais, valores religiosos e sociais, a relação com a família, principalmente as mães, interfere na força da tradição para definição de comportamentos entre as jovens. A superproteção dos pais e a necessidade de corresponder ao que é esperado delas em termos de comportamentos podem tanto proteger quanto vulnerabilizar estas jovens em relação a atitudes alimentares patológicas (FURNHAM e ADAM-SAIB, 2001; BHUGRA, BHUI e GUPTA, 2000).

Um estudo qualitativo (PIKE e BOROVOY, 2004) realizado com jovens japonesas conclui que a vulnerabilidade e o aumento dos transtornos do comportamento alimentar nesse país podem estar muito mais associados com os conflitos vividos pelas jovens em relação aos papéis atribuídos às mulheres, quais sejam, o casamento e a maternidade, e às suas próprias expectativas de inserção no mercado de trabalho, conquista de autonomia e liberdade fora dos limites do ambiente doméstico, do que a uma absorção dos valores e ideais ocidentais quanto à beleza, magreza e fobia da gordura.

Outro fator considerado relevante é o quanto a exposição à mídia, e conseqüentemente ao forte bombardeio de imagens e valores que relacionam o belo (neste caso, idealmente relacionado às características fenotípicas europeias) ao sucesso e acesso a bens e serviços, principalmente para aquelas jovens que moram em países norte americanos ou europeus, podem se contrapor ao que tradicionalmente se é. De fato, as características asiáticas diferem em muito das características europeias, valorizadas no mundo ocidental. O que se questiona é o quanto esta exposição pode levar a um afastamento destas jovens da sua cultura de origem, como forma de adaptação a este mundo no qual vivem e às mudanças intergeracionais observadas, frequentemente, a partir de novas redes sociais, demandas de consumo e valores surgidos entre os jovens, ou se a adequação às expectativas sociais tradicionais e familiares exerce uma pressão maior do que a dos meios de comunicação.

As respostas são controversas em relação a esta questão. Por exemplo, um estudo realizado com universitárias asiáticas encontrou que mulheres que internalizaram em maior extensão

a imagem midiática de beleza americana/europeia se sentiram pior em relação aos seus corpos do que as que não internalizaram, reforçando a ideia da integração como fator importante deste processo. No entanto, ao mesmo tempo, mulheres menos ligadas aos valores sociais relataram pior sentimento em relação aos seus corpos, o que pode ser explicado pelas comparações dentro do próprio grupo, ou seja, as que não conseguem se ajustar ao padrão corporal asiático podem se sentir mais insatisfeitas quando se comparam àquelas que não encontram problemas quanto a isso (LAU et al, 2006).

Por outro lado, pesquisa desenvolvida na Índia (BHUGRA, BHUI e GUPTA, 2000) demonstra que a preocupação em corresponder aos valores sociais e familiares conta mais para as jovens do que a pressão midiática ou aspectos individuais, o que para os autores sugere que, o que eles chamam de sociocentrismo, que modula o processo de integração de novos valores culturais, tendo a coletividade de origem como fator relevante nessa construção muito mais do que fatores individualistas, explica mais as baixas taxas de bulimia entre as jovens indianas do que a assimilação. Mesmo no Brasil, onde a estética tem sido supervalorizada, principalmente entre adolescentes, as nipo-brasileiras, de terceira ou quarta geração nascidas fora do Japão, portanto mais adaptadas à cultura local, tinham menos tendência a desenvolverem transtornos alimentares do que as caucasianas sem nenhuma ascendência de outra raça/etnia, vivendo em São Paulo (SAMPEI et al, 2009).

Como evidenciado pelos dados acima, estudos mais aprofundados quanto à relação entre o processo de integração, tradição, valores sociais e familiares necessitam ser realizados, no sentido de esclarecer as contradições encontradas até então. Outro grupo que precisa de atenção quanto a esse aspecto são as pessoas de origem africana ou descendentes de africanos.

6.2.4. Transtornos do Comportamento Alimentar em Negros

A ideia de que os transtornos do comportamento alimentar são mais frequentes entre mulheres de classe média alta, brancas, com bom nível de escolaridade e de países ocidentais e industrializados é sustentada pelo fato de que culturalmente em todo mundo se acredita que mulheres africanas ou de origem africana, ou as chamadas minorias étnicas, têm um padrão corporal relacionado com corpos roliços, quadris largos e que este é o ideal de beleza desejado por estas mulheres (WALCOT, PRATT E PATEL, 2003; STRIEGEL-MOORE et al, 2003). Por conta desta tendência, as pesquisas sobre a incidência, prevalência, bem como fatores determinantes das desordens de origem alimentar são desenvolvidas, na sua maioria, em países ocidentais ou industrializados, com jovens caucasianas selecionadas em centros de tratamento (ambulatoriais ou hospitalares) ou então, em centros de pesquisa (universitários ou hospitalares) (CACHELIN, 2000; GRILO, LOZANO e MASHEB, 2005).

As pesquisas atuais demonstram que as mulheres negras são menos vulneráveis à anorexia nervosa, no entanto estão sendo mais diagnosticadas com bulimia ou distúrbio de compulsão alimentar (BED) (STRIEGEL-MOORE et al, 2000; PIKE, 2001; STRIEGEL-MOORE et al, 2003; TAYLOR et al, 2007; SHUTTLESWORTH e ZOTTER, 2011). Pesquisas realizadas nos Estados Unidos mostram que os negros têm taxas mais altas ou iguais de comportamento alimentar compulsivo em relação aos caucasianos (GRILO, LOZANO e MASHEB, 2005; TALLEYRAND, 2010). Um estudo com mulheres na faixa etária entre 18 e 40 anos, nos Estados Unidos, evidenciou que a prevalência de transtorno da compulsão alimentar é de 4,5% para mulheres negras e de 2,6% para mulheres brancas (MILLER e GOLDEN, 2010).

Striegel-Moore e outros (2000) em um estudo de acompanhamento de jovens estudantes americanas, nas quais usou o Eating Disorders Inventory (EDI) como instrumento de análise, percebeu diferenças quanto aos vários fatores que predispunham aos transtornos do comportamento alimentar e, entre eles, aqueles relacionados à personalidade e emoções das jovens. As garotas afro-americanas estavam mais pesadas, tinham maior índice de massa corporal e estavam mais avançadas na maturação sexual do que as garotas caucasianas. Elas também tinham mais altos escores em traços da personalidade como medo da maturidade, desconfiança interpessoal, altos níveis de perfeccionismo e mais perturbação com relação à consciência interoceptiva, que é uma confusão em conhecer e responder aos estados emocionais, bem como uma incerteza em identificar determinadas sensações físicas relacionadas à fome e à satisfação. Os autores conjecturam que as garotas negras podem ser especialmente vulneráveis para o desenvolvimento de desordens alimentares quando a compulsão alimentar é a característica central, já as garotas brancas são mais susceptíveis quando a restrição dietética está no centro do processo. Por outro lado, alguns estudos têm demonstrado que mulheres afro-americanas que idealizam a branquitude tendem a se envolver mais em formas restritivas de atitudes alimentares (TALLEYRAND, 2010).

No entanto, apesar das afro-americanas em geral serem mais obesas que as caucasianas, a insatisfação corporal é menor para essas à medida que a idade aumenta, o que, segundo os autores, pode ser explicado pelo maior desenvolvimento de maturidade e autonomia entre as pessoas deste grupo (STRIEGEL-MOORE et al, 2000). Outra explicação também é o fato de que quanto menos as mulheres absorvem os valores da cultura dominante, apesar de serem expostas massivamente às mensagens que associam a magreza ao sucesso, e são mais fortemente identificadas com seu grupo étnico, e internalizam menos os ideais de beleza norte-americanos, possuem mais autoestima e menos insatisfação corporal (WOOD e PETRIE, 2010). Shuttlesworth e Zoot (2011) demonstraram em seu estudo que a identidade étnica tem um papel protetor contra o desenvolvimento de patologias alimentares entre as afro-americanas, por valorizarem outras formas de beleza e atratividade.

Um estudo que comparou adultos e adolescentes negros Caribenhos e Americanos (TAYLOR et al, 2007) confirmou os achados de outras pesquisas quanto a raridade da anorexia entre pessoas negras e a maior tendência a desenvolverem bulimia ou compulsão alimentar. Para

as poucas pessoas em risco de desenvolver a anorexia neste estudo, os americanos estavam mais vulneráveis que os caribenhos, com a idade de início da síndrome mais precoce do que as pesquisas têm relatado. Os autores sugerem que as taxas de bulimia nervosa podem ser consequência do stress relacionado ao processo de integração, devido a uma necessidade de adequação à cultura dominante, o que leva a uma percepção negativa do próprio corpo e a insatisfação corporal. Quanto à compulsão alimentar, que teve uma idade de início mais avançada, o stress ambiental devido aos esforços de sobrevivência, muito mais do que a preocupação com o tamanho ou formato do corpo, pode ser uma justificativa plausível.

Para Pike (2001) a maior tendência para compulsão alimentar entre as mulheres negras e a menor probabilidade para bulimia nervosa também podem ser explicadas muito mais pelas condições culturais e socioeconômicas do que pela preocupação com o corpo. Há a suposição de que o racismo e o status socioeconômico, além do processo de integração, podem contribuir para sintomas relacionados aos fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar, por isso entender como as pessoas reagem às experiências de racismo, principalmente em condições socioeconômicas menos adversas, é importante para avaliar as manifestações desses sintomas (TALLEYRAND, 2010).

Em estudo realizado na África do Sul (SZABO e ALLWOOD, 2004a), não houve diferença significativa entre mulheres negras e brancas quanto à possibilidade de desenvolvimento de distúrbios alimentares. Este resultado reforça a ideia da complexidade de diversos aspectos da vida social influenciando neste processo, visto que a explicação dada pelos autores quanto a este fenômeno está ligada ao momento de transição vivido pelo país, no qual as culturas que antes eram excludentes tendem a uma integração, influenciando o estilo de vida das mulheres, com uma emancipação política e social acelerada, e uma maior tendência à absorção das preocupações com o corpo e os sistemas de valores característicos da cultura ocidental anglicana. Ao comparar os achados desse estudo com outro realizado em província rural Sul Africana, etnicamente Zulu, percebeu-se a menor tendência destas mulheres aos transtornos do comportamento alimentar, sugerindo a força da tradição cultural como um elemento importante de proteção (SZABO e ALLWOOD, 2004b). Em relação à insatisfação corporal, a comparação entre os grupos urbanos (brancas e negras) e o rural (negras) apresentou similaridade entre as mulheres urbanas e menor insatisfação das mulheres rurais. As brancas urbanas predominantemente queriam ser mais magras e as negras rurais estavam mais inclinadas a ser mais gordas. A diferença entre a percepção do corpo que possuíam e o corpo desejado foi significativa, sendo a maior diferença observada no grupo urbano e a menor no grupo rural. Houve uma relação consistente entre o desejo de ser mais gorda ou mais magra com o índice de massa corporal. O interessante é que para um IMC eutrófico, a amostra rural tinha o desejo de ser mais gorda e a amostra branca urbana um desejo de ser mais magra (SZABO e ALLWOOD, 2006).

Ao avaliar adolescentes hospitalizadas de várias etnias, White e Grilo (2005) perceberam que as características dos distúrbios alimentares manifestam-se diferentemente e são mantidos

por diferentes fatores psicológicos e comportamentais entre os grupos étnicos. Eles encontraram que as mulheres caucasianas tinham maior distorção da imagem corporal e restrição alimentar do que mulheres latinas e africanas. No entanto, para as africanas, a autoestima negativa, a insegurança entre os pares e a ansiedade foram preditores desta distorção, que levava à restrição alimentar e esta à purgação; a insegurança entre os pares predizia também o comportamento compulsivo.

Ao comparar mulheres negras e brancas de amostras clínicas e populacionais, percebeu-se que as mulheres negras tinham maior Índice de Massa Corporal do que as mulheres brancas e que entre as amostras de mulheres negras, as que estavam em clínicas de tratamento possuíam maior IMC e nível de psicopatologia alimentar, o que sugere que as mulheres negras não vivenciam insatisfação corporal até que estejam significativamente mais pesadas do que as mulheres brancas, levando-as assim a buscar tratamento (GRILO, LOZANO e MASHEB, 2005).

Quando à origem étnica se somam questões de geração ou orientação sexual, os estudos que investigam a incidência e fatores que determinam os transtornos do comportamento alimentar ficam mais escassos ainda. WALCOT, PRATT e PATEL (2003) relataram que um estudo realizado por Bradford e seus colegas em 1994 com o objetivo de analisar o comportamento alimentar de adultas lésbicas encontrou 4% de relatos de compulsão e episódios de purgação. As afro-americanas foram as que mais apresentaram este comportamento (19%) e estavam mais susceptíveis aos mesmos. Mais importante que os números é a constatação de que a ligação entre os transtornos do comportamento alimentar e a homossexualidade é negligenciada por fatores políticos que cerceiam as publicações e informações que possam beneficiar de alguma forma este grupo, bem como da dificuldade de formar amostras representativas para estudo, devido à necessidade que os jovens sentem de manter sua orientação sexual em segredo na sociedade norte-americana.

Muitos acreditam que as minorias étnicas e mulheres de culturas não ocidentais podem adotar um padrão corporal magro, ocidental, como única forma de alcançar a beleza, levando a conflitos com os valores culturais de beleza de sua origem étnica e consequentemente a padrões desordenados de alimentação que podem estar na origem dos transtornos alimentares (WALCOT, PRATT & PATEL, 2003). No entanto, é preciso avaliar com maior profundidade a relação entre identidade étnica, o processo de integração e o desenvolvimento de comportamentos alimentares desordenados, visto que uma crítica que se faz é que a maioria dos estudos assume as características e valores americanos/europeus como normativa para comparações entre grupos étnicos/raciais diferentes, o que pode levar a um viés de análise quanto aos fatores psicossociais envolvidos nesta desordem (WOOD e PETRIE, 2010).

Outra consideração importante é que com a globalização da sociedade, a mídia tem se tornado um veículo de divulgação e definição de como a atratividade é medida e alcançada. Neste aspecto, beleza e atratividade são comparadas aos padrões de beleza americana

caucasiana e europeia. Por conta disso, pessoas que estão longe deste ideal de beleza, especificamente as “mulheres de cor”, podem sofrer efeitos psicológicos de baixa autoestima, imagem corporal pobre e transtornos do comportamento alimentar. Estes ideais de beleza podem ter um efeito na manutenção dos valores culturais e de identidade étnica destes grupos populacionais (WALCOT, PRATT E PATEL, 2003; WOOD e PETRIE, 2010). Por outro lado, Para Rubin, Fitts e Becker (2003) assumir uma atitude política de rejeição da estética dominante e aceitação da estética natural pode gerar conflitos sociais e levar a riscos de insatisfação corporal e, conseqüentemente, alimentação desordenada.

6.2.5. Transtornos do Comportamento Alimentar em Latinos e Outros Grupos

A literatura científica vem confirmando a teoria de que a disseminação de valores ocidentalizados norte americanos e europeus, através da mídia, vem interferindo na cultura de países e grupos populacionais em desenvolvimento econômico e social e, portanto, mais propensos a um processo de transição, no qual o ideal de beleza também tem sido alvo (TORO et al, 2006; FANDIÑO et al, 2007). No entanto, apesar desta constatação, são em bem menor número as pesquisas desenvolvidas nestes países ou com esses grupos, incluindo aí os países da América Latina (TORO et al, 2006), principalmente avaliando as possíveis diferenças étnicas/raciais envolvidas neste processo. Alguns estudiosos chegam a sugerir que as inconsistências nos resultados das pesquisas que envolvem transtornos do comportamento alimentar em grupos diversos se explicam pelo fato da maioria se limitar a comparar populações negras e brancas, mesmo em países em que os hispânicos/latinos representam um contingente importante de adolescentes, como é o caso dos EUA (McLAUGHLIN, HILT e NOLEN-HOEKSEMA, 2007).

A Colômbia é um dos países da América Latina, no qual os transtornos alimentares parecem assumir importância, pela relevância dada à beleza nesta sociedade. Estudo realizado em 2005, em Cali (FANDIÑO et al, 2007), encontrou uma estimativa de 44,1% de prevalência de distúrbios alimentares em mulheres universitárias e de 9,6% nos homens, sendo a razão mulher/homem de 4,6. O mais sério é que apesar de 65,2% dos sujeitos pesquisados estarem com peso normal e 17,4% estar abaixo do peso, a insatisfação corporal, expressa pela necessidade de diminuição de peso era grande (52,1%). Já no Chile, ao contrário, o percentual de transtornos do comportamento alimentar em crianças e adolescentes foi de 0,4% (VICENTE et al, 2011).

Um estudo que comparou a prevalência de transtornos do comportamento alimentar entre mexicanas e espanholas, bem como os fatores de risco para estes distúrbios, encontrou que não havia diferença entre os dois grupos quanto à possibilidade de desenvolver tais transtornos, no entanto diferenças quanto aos fatores de risco foram percebidas. As garotas

espanholas expressaram mais insatisfação corporal e se sentiam mais influenciadas pelo corpo das mulheres, em público e em situações sociais envolvendo alimentação. Além disso, possuíam mais membros da família que haviam se submetido a tratamento psiquiátrico, especificamente mães e irmãs com transtornos do comportamento alimentar; a decisão de fazer dieta era individual, enquanto que as mexicanas eram levadas a fazer dieta por orientação familiar ou de médicos. No entanto, estas tinham maior probabilidade de pular refeições ou induzir vômitos, enquanto que as espanholas tinham maior tendência à compulsão alimentar e se sentiam mais gordas do que as garotas da sua idade (TORO et al, 2006).

Um estudo que avaliou a influência da imigração nos comportamentos alimentares compulsivos e nas desordens de compulsão alimentar verificou a presença destes problemas entre pessoas de origem mexicana, vivendo nos EUA ou no seu país de origem, no entanto o risco aumentava entre gerações de imigrantes nos EUA. Outra conclusão importante é que os fatores de risco vão além dos característicos dos transtornos do comportamento alimentar e também estão relacionados com as mudanças em geral provocadas pela condição de migração (SWANSON et al, 2012).

Apesar de essas desordens serem mais comuns entre mulheres jovens ou adolescentes, estudos vêm demonstrando a variedade étnica cada vez maior relacionada a este fenômeno. Um estudo multiétnico avaliou a prevalência de sintomas de desordens alimentares em mulheres de meia idade e as mulheres hispânicas foram as que apresentaram o menor número de sintomas. Estas tinham menor compulsão alimentar do que as mulheres brancas e negras, e possuíam menor preocupação com o peso do que as mulheres brancas. No entanto, apresentavam, juntamente com as mulheres negras, maior índice de massa corporal e circunferência da cintura. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas na prevalência de transtornos nos três grupos étnicos, o estudo mostrou que estes também estão presentes entre mulheres de meia idade e os fatores de risco para tais distúrbios foram IMC, circunferência da cintura, sintomas depressivos e maus tratos na infância (MARCUS et al, 2007). Ao contrário, no estudo de Mclaughlin, Hilt e Nolen-Hoeksema (2007) mulheres hispânicas e homens negros relataram maiores níveis de patologias alimentares do que outros grupos raciais.

Outros países, de cultura diversa da encontrada nos EUA, também têm investigado a presença de transtornos alimentares e quais fatores de risco estão envolvidos.

No Iêmen, país do sul da Península Arábica, o mais pobre da região devido às poucas reservas de petróleo, um estudo da prevalência de desordens psiquiátricas, através do DSM-IV, entre escolares de 7 a 10 anos de idade, não encontrou diagnóstico para os transtornos de comportamento alimentar (ALYAHRI e GOODMAN, 2008). Em San Andrés, uma das principais cidades de Belize, na América Central, característica pela indústria do turismo e rápida mudança cultural, as crenças das adolescentes quanto ao ideal corporal, imagem

corporal e alimentação parecem ser mais patológicas do que os comportamentos voltados para alcançar um corpo magro (ANDERSON-FYE e LIN, 2009).

No Hawaí, muitas jovens desejam um peso corporal menor do que aqueles que possuem, no entanto, as mulheres brancas são as que dão maior importância ao alcance do peso desejado e, por isso, usam de mais estratégias para o controle de peso. Ao contrário do esperado pelos investigadores, as mulheres havaianas/ilhéias do Pacífico não apresentaram atitudes positivas quanto ao tamanho do seu corpo, naturalmente maior, como acontece com as mulheres negras nos EUA, o que sugere que a pressão social para alcançar o ideal de magreza ocidental tem sido forte em todos os grupos raciais/étnicos do país (SCHEMBRE, NIGG & ALBRIGHT, 2011). Estudo realizado nos Estados Unidos confirmou que a insatisfação corporal media significativamente a relação entre IMC e o risco para distúrbios alimentares, tanto para as mulheres brancas quanto para as nativo-americanas. No entanto, a despeito de algumas poucas diferenças, ambos os grupos respondem de forma similar em relação à insatisfação corporal (LYNCH et al, 2008). Quando comparado com um estudo realizado com mulheres nativo-americanas/indígenas nos EUA, percebe-se que para esse grupo houve uma tendência maior para comportamentos alimentares característicos de transtornos do comportamento alimentar e um diagnóstico médico equivalente ao das mulheres brancas (STRIEGEL-MOORE et al, 2011).

WAADDEGAARD e seus companheiros avaliaram os fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar em mulheres dinamarquesas e as mais jovens (16-19 anos) e com maior IMC apresentaram maiores riscos para desenvolverem essas desordens. Ter sobrepeso ou obesidade aumentou em 2,5 vezes as chances de terem comportamento de risco para os distúrbios de origem alimentar. Como acontece em outros países, a ênfase da mídia no ideal de corpo magro não tem impedido o aumento das taxas de obesidade na Dinamarca. No entanto, as dietas restritivas com intuito de diminuição de peso podem estar disparando comportamentos alimentares patológicos. Apesar da pressão sociocultural em relação a essa imagem corporal magra afetar mulheres de diferentes gerações, parece que a maturidade é um fator de proteção em relação à autoestima, insatisfação corporal e tais transtornos (WAADDEGAARD, DAVIDSEN & KOLLER, 2009).

Esta relação entre sobrepeso e medidas extremas para controle de peso tem sido vastamente documentada na literatura científica. Em estudo realizado com quase 1700 escolares de Massachussets, estudantes ilhéus do Pacífico apresentaram mais comportamentos extremos para perda de peso do que seus colegas brancos e apenas os jovens indígenas, nativos do Alaska apresentaram diferenças de gênero (23,3% para meninas e 9,1% para os meninos) quanto a estes comportamentos (AUSTIN et al, 2011).

Como os dados anteriores demonstram, são controversos os achados sobre as desordens alimentares nos diversos grupos étnicos/raciais, sejam asiáticos, negros, latinos ou de outras origens. Como evidenciado no estudo de Cheney (2011) mulheres de outras etnias possuem um referencial de beleza diferente em termos físicos e, principalmente, que vai além das

características corporais, para absorver elementos da personalidade e de atitude. Rubin, Fitts e Becker (2003) perceberam que as mulheres latinas e afro-americanas participantes do seu estudo enfatizam uma ética corporal, que está relacionada à autovalorização e autoaceitação, e a interesses mais amplos relacionados à saúde e bem-estar, e rejeitam o ethos da cultura hegemônica, associado à aparência física euro-americana. Portanto, não há uma linha de raciocínio única que explique estes fenômenos e sua manifestação entre os grupos, e os estudos epidemiológicos não são suficientes para explicar as causas ou fatores de risco relacionados às diferenças quanto à etnia/raça, bem como a acessibilidade e formas de tratamento.

6.2.6. Busca e Acessibilidade ao Tratamento

É sabido que os transtornos do comportamento alimentar são desordens psiquiátricas de difícil tratamento, com uma recidiva grande, principalmente quando se trata da anorexia nervosa, síndrome na qual as pessoas utilizam os mais diversos mecanismos para esconder os sintomas, bem como fugir a quaisquer comportamentos que indiquem uma melhora no quadro apresentado (BORGES et al, 2006; COOK-COTTONE, JONES e HAUGLI, 2010).

Quando se avalia a possibilidade de tratamento em grupos etnicamente considerados minoritários, esta problemática se torna mais complexa, pois, ao estigma relacionado aos transtornos mentais, somam-se as dificuldades inerentes ao reconhecimento dos problemas alimentares em determinados grupos como um problema que necessita de tratamento especializado (CACHELIN, 2000; GRILO, LOZANO e MASHEB, 2005; CACHELIN e STRIEGEL-MOORE, 2006, TALLEYRAND, 2010).

A literatura indica que mulheres e homens com transtornos do comportamento alimentar, que fazem parte de grupos considerados minoritários, buscam menos por ajuda ou tratamento (MARQUES et al, 2011). As explicações para este comportamento se relacionam a características individuais, como também às questões próprias do sistema de saúde. Os estudiosos propõem desde a vergonha e o medo do estigma até a dificuldade de acesso, falta de seguro saúde e profissionais não qualificados para lidar com as especificidades culturais, diagnosticar e tratar pessoas que não são citadas na literatura como prováveis de sofrer com esse tipo de problema. Outra explicação também mencionada é o nível de integração sociocultural e o reconhecimento das desordens alimentares como um problema a ser lidado profissionalmente (CACHELIN, 2000; CACHELIN e STRIEGEL-MOORE, 2006; BECKER et al, 2010b). Uma questão relevante também para a baixa procura pelos serviços de saúde física e mental é a suspeita de poder ser alvo de atitudes racistas e preconceituosas devido a sua história sociopolítica (TALLEYRAND, 2010).

Em estudo multiétnico com 61 mulheres, das 85% que haviam buscado tratamento para transtorno do comportamento alimentar, apenas 14% haviam recebido tratamento para esta síndrome. A maioria recebeu tratamento para problemas relacionados ao peso,

principalmente as que tinham desordem da compulsão alimentar (CACHELIN 2000). Similarmente, em outro estudo com americanas de origem mexicana e europeia, as mulheres de origem mexicana buscaram menos por tratamento do que as de origem europeia. Entre as que buscaram tratamento, 36,5% tinham recebido diagnóstico para os transtornos do comportamento alimentar, no entanto, as mulheres de origem europeia foram mais diagnosticadas e tratadas, e as mexicanas foram mais tratadas por problemas relacionados ao peso (CACHELIN e STRIEGEL-MOORE, 2006).

Striegel-Moore e colaboradores (2003), em seu estudo longitudinal de 10 anos com 2046 mulheres brancas e negras, encontraram 76 mulheres que tiveram algum transtorno do comportamento alimentar na sua vida (19 eram negras) e destas, apenas 16 mulheres brancas e uma mulher negra receberam tratamento. A explicação dada pelos autores foi a menor probabilidade dos serviços em saúde mental avaliarem estas desordens em grupos minoritários étnicos.

A principal razão para a busca de tratamento para os transtornos alimentares está relacionada com a preocupação com o peso, no entanto outras razões também aparecem como sentimento de depressão e ansiedade, o encorajamento de amigos e familiares, se sentir fisicamente desconfortável e estar preocupada com a saúde (CACHELIN, 2000; CACHELIN e STRIEGEL-MOORE, 2006). No estudo de Grilo e companheiros (2005), as mulheres negras precisavam estar muito angustiadas com seu corpo ou sua alimentação para buscarem tratamento.

Quando conseguem ultrapassar as barreiras para a busca de ajuda, a sua manutenção dependerá do acolhimento e da confiabilidade no profissional. No estudo com mexicanas e europeias vivendo nos EUA, 42% de quem buscou tratamento alegou não voltar a fazê-lo devido à experiência no seu contato inicial com o profissional (CACHELIN e STRIEGEL-MOORE, 2006). Condizentes com isto estão as justificativas dadas pelas mulheres para não buscar tratamento: medo de ser discriminada, sentimento de vergonha, não saber quem procurar, a crença de que estava apta para ajudar a si mesma, medo de ser rotulada, não acreditar que um problema alimentar fosse sério o suficiente para buscar tratamento (CACHELIN, 2000; CACHELIN e STRIEGEL-MOORE, 2006; BECKER et al, 2010b).

Outra questão importante é a dificuldade profissional com as características étnicas de grupos minoritários. Becker e colaboradores (2010b) realizaram estudo para avaliar como fatores sociais e culturais podem influenciar no acesso aos cuidados das desordens alimentares e chegaram à conclusão de que estereótipos raciais podem afetar o reconhecimento dos sintomas e destaca a importância da educação médica para potenciais vieses clínicos que podem impedir a detecção dos transtornos do comportamento alimentar em minorias étnicas.

O mais sério nesse contexto é que muito diagnóstico errado ou tardio pode advir desta falta de conhecimento ou consideração da possibilidade da existência de transtornos do

comportamento alimentar em determinados grupos, levando a uma batalha mais dura e longa para tratar esta desordem. Não somente a falta de preparo profissional, mas também a ausência de critérios no DSM, sensíveis o suficiente para considerar diferenças culturais e étnicas, têm influência neste menor diagnóstico (TAYLOR et al, 2007; GEORGE e FRANKO, 2010; THOMAS et al, 2011). Portanto, é imperativa a compreensão pelos especialistas do impacto dos fatores culturais e das iniquidades sociais e étnicas na expressão do processo de saúde-doença dos indivíduos (CHENEY, 2011).

6.2.7. O que Esses Estudos Apontam

Os achados desses estudos confirmam o fato de que a anorexia é uma doença mais prevalente em mulheres brancas ou de origem caucasiana, no entanto enfatizam que os transtornos do comportamento alimentar de um modo geral podem estar presentes em outros grupos raciais/étnicos.

Nas mulheres asiáticas, os achados são contraditórios e indicam que a presença destes transtornos dependerá do processo de integração vivido pelas pessoas e o quanto este influencia na sua relação com o corpo. Também ficou evidenciado que as relações familiares e sociais, dentro do grupo cultural, podem ser um fator protetor para o desenvolvimento dessas desordens.

Entre as pessoas negras, os distúrbios da compulsão alimentar, bem como a bulimia, são mais frequentes e estão relacionados com o índice de massa corporal e com a satisfação com seus corpos. Caracteristicamente, as mulheres negras tendem a desenvolver mais sobrepeso e obesidade, e o desdobramento para um transtorno do comportamento alimentar dependerá da pressão sofrida socialmente para adequação dos seus corpos ao ideal estético hegemônico.

Os latinos/hispânicos parecem ser menos susceptíveis aos transtornos do comportamento alimentar, se comparados com os brancos e negros. Exceção parecem ser as mulheres da Colômbia, que possuem uma relação importante com a beleza, enquanto signo social relevante, predispondo desta forma às desordens de origem alimentar.

O processo de integração sociocultural se apresenta como um fator significativo, pois da mesma forma que alguns grupos estão mais vulneráveis à influência dos valores e cultura norte americana e europeia, outros como os lêmens e os Chilenos parecem estar mais protegidos pela sua cultura local. Além do mais, é possível que mesmo a exposição massiva a esses valores ocidentais, modificando ideais e crenças, não seja forte o suficiente para se traduzir em comportamentos diferentes dos tradicionais da cultura de referência.

O que parece relevante nesta relação do processo de integração com o desenvolvimento de patologias alimentares é a força da identidade étnica e a assunção dos valores de sua cultura

de origem como um fator protetor contra a opressão do ideal de beleza hegemônico ocidental. Como evidenciado no estudo de Cheney (2011), mulheres de outras etnias possuem um referencial de beleza diferente em termos físicos e, principalmente, que vai além das características corporais, para absorver elementos da personalidade e de atitude. Rubin, Fitts e Becker (2003) perceberam que as mulheres latinas e afro-americanas participantes do seu estudo enfatizam uma ética corporal, que está relacionada à autovalorização e autoaceitação, e a interesses mais amplos relacionados à saúde e bem-estar, e rejeitam o ethos da cultura hegemônica, associado à aparência física euro-americana.

O que não podemos ignorar é o menor diagnóstico desses transtornos nos grupos diversos etnicamente, e também a menor qualificação profissional para lidar com esta diversidade, levando talvez a uma subidentificação dos casos, a uma menor busca por tratamento, por medo de discriminação e do custo social que esta assunção do problema pode produzir, e a uma dificuldade maior para diminuir o sofrimento advindo destas desordens. É imperativa a compreensão pelos especialistas do impacto dos fatores culturais e das iniquidades sociais e étnicas na expressão do processo de saúde-doença dos indivíduos (CHENEY, 2011).

Fica evidente também a limitada condição dos estudos epidemiológicos para permitir a compreensão das diferenças no desenvolvimento e manifestação das desordens alimentares nos vários grupos étnicos vivendo em um mesmo país ou entre países culturalmente diferentes (RUBIN, FITTS e BECKER, 2003), principalmente porque as desordens alimentares, por sua prevalência, oferecem pequeno número de casos, o que interfere no poder para análises estatísticas. É latente a necessidade de pesquisas com métodos qualitativos ou que usem métodos quantitativos associados a qualitativos, que possibilitem desta forma aprofundar as pistas já dadas pelas pesquisas epidemiológicas e que possam elucidar os achados contraditórios em relação aos fatores de risco envolvidos nas patologias alimentares.

Vale ressaltar, que na maioria dos estudos há uma mistura do que se considera etnia e raça, ficando difícil, inclusive para este artigo, fazer uma divisão que possibilite uma avaliação adequada dos resultados encontrados. Dentro dos grupos denominados de asiáticos, negros e latinos há diferenças culturais e étnicas importantes, portanto as considerações advindas dos achados nos trabalhos pesquisados e aqui relatados precisam ser utilizadas com ponderação. Até mesmo a terminologia “minorias étnicas”, utilizada em muitos artigos, não se aplica a muitos grupos, os quais são maioria ou estão em número considerável em determinados países.

VII. TRANSTORNOS ALIMENTARES: PATOLOGIA OU ESTILO DE VIDA?⁴

O mundo contemporâneo tem assistido a uma nova forma de comunicação que tem revolucionado as possibilidades de relação entre as pessoas. A comunicação virtual, proporcionada pelo advento da internet, criou um novo espaço, através do qual, diversos tipos de interação ocorrem, o ciberespaço. Apesar de ser ainda um meio de comunicação não acessível a todos, é considerado como uma forma democrática de expressão, devido à possibilidade de falar e escutar, com o mínimo de censura, e que pode ser compartilhado por todo e qualquer indivíduo que possua algum conhecimento e habilidade para navegar neste espaço e que esteja em contato com um computador.

Esta rede de comunicação criada pela internet se baseia, entre outros princípios, no interesse comum dos seus membros. A partir de *chats*, *blogs* e *sites*, eu me conecto com um outro, não conhecido por mim, mas que comunga dos mesmos interesses, valores, aspirações, criando desta forma laços de afinidade que extrapolam as relações face a face. Por conseguinte, uma mudança de hábitos de socialização é proporcionada, criando um novo paradigma do que seja comunidade. Esta não se resume à agregação de indivíduos de um mesmo território, com interesses e realidades próximas, mas pode ser formada a partir, apenas, de um único laço, um interesse em comum, criando assim, segundo Reinghold, (1997 citado por RECUERO, 2000) relações sociais tão poderosas a ponto de serem classificadas como laços comunitários. É o que acontece com os blogs e comunidades da internet. Espaços nos quais grupos se solidarizam, compartilham ideias, reforçam comportamentos, e, para muitos, se tornam verdadeiras famílias, onde pode ser dito aquilo que não é permitido em outros lugares, a outras pessoas.

E é nesta linha de orientação que muitas jovens que desenvolvem distúrbios do comportamento alimentar vêm buscando a internet. Os transtornos alimentares são distúrbios que sempre estiveram presentes na sociedade, mas que têm crescido muito nas últimas décadas, devido às mudanças na organização social, nas relações interpessoais e na relação dos indivíduos com o corpo (o seu e o dos outros) (CORDÁS & CLAUDINO, 2002; WEINBERG, CORDÁS & MUNOZ, 2005). As pessoas com anorexia e bulimia criam um mundo próprio através das comunidades, dos blogs e sites da internet. Nestes espaços, estes jovens expressam seus desejos, ideias, sentimentos, vontades e reforçam atitudes, ao divulgarem estratégias, dicas e lições de como desenvolverem ou manterem comportamentos específicos destes transtornos. Desta forma, surgem os movimentos pró-anorexia (pró-ana) e pró-bulimia (pró-mia), bem como as comunidades nas redes sociais, com este mesmo fim.

⁴ Artigo publicado na revista *Psicologia & Sociedade*, vol. 25, n.1, 2013. Autoras: Liliane de Jesus Bittencourt e Rafaela Andrade Almeida.

O pró-ana, bem como o pró-mia, são movimentos que pretendem a defesa de um estilo de vida, no qual uma restrição alimentar importante é assumida com o objetivo de alcançar um padrão corporal de magreza extrema. De acordo com Lira (2006), esses surgiram no início deste século nos Estados Unidos (2000) e Inglaterra (2001) e ampliaram-se de forma exponencial, em todo mundo, criando uma rede transnacional.

A característica principal do espaço cibernético é a garantia do anonimato associada à livre expressão do pensamento. Isto configura para os que possuem comportamentos anoréxicos, bulímicos, compulsivos ou outros comportamentos semelhantes, o caminho ideal para estabelecer contato com outros, para poder ser ouvido, e ao mesmo tempo, a fuga da censura, da crítica pessoal. Mesmo para aqueles que se manifestam contrários ao que está exposto nas páginas da internet, há a possibilidade de refutação sem assumir uma identidade real. Na internet elas encontram um espaço para falar sobre aquilo que, embora seja o que mais ocupa suas mentes no momento, não podem confessar em suas casas ou outros lugares de convívio social.

A utilização destes espaços também como uma espécie de diário comentado favorece ao outro, ao que lê, a compreensão de quem é aquela pessoa, o que a interessa, quais seus medos, limites, e, além disso, uma associação por afinidade. Estes laços sociais se tornam fortalecedores da ideologia que permeia os comportamentos alimentares “desviantes”, criando uma gama de truques e estratégias para mantê-los.

Com base nesta percepção e no crescimento deste meio de interação entre as jovens com transtornos alimentares, este artigo pretende fazer uma reflexão sobre o entendimento, valores e significados destes comportamentos, a partir de blogs e comunidades na internet. Parte-se do pressuposto de que a compreensão desses transtornos alimentares para essas jovens é diferente do conhecimento biomédico, oficial e hegemônico. A questão que se pretende discutir aqui não é a diferença entre a *disease* (concepção biomédica) e *illness* (como as jovens vivenciam a experiência da doença, a partir da sua história, crença, cultura, e assim por diante), mas vai além disto, visto que para estas pessoas não há uma enfermidade em jogo. A proposta é evidenciar as concepções diferentes sobre estes transtornos, é compreender a diferença entre o discurso hegemônico sobre anorexia e bulimia e a compreensão que as jovens têm sobre estes distúrbios, a partir, principalmente, das teorias antropológicas sobre a influência da cultura na saúde e na doença, com base em Helman (2007), a teoria da bioascese de Ortega (2006) e o entendimento do corpo feminino, a partir de teorias feministas e antropológicas de Susan Bordo (1997).

7.1. Os Transtornos Alimentares nos Discursos Oficiais e Não Oficiais

Os transtornos alimentares são definidos pela classe médica como distúrbios psiquiátricos caracterizados por alterações do padrão alimentar e por distorções relacionadas com os alimentos e com o peso corporal, resultando em efeitos adversos sobre o estado nutricional.

São doenças que afetam adolescentes e jovens adultos, de ambos os sexos, levando a prejuízos psicológicos, biológicos, sociais, e ao aumento da morbimortalidade (BORGES et al, 2006).

Atualmente, estes transtornos têm atingido camadas cada vez maiores da população, em diferentes classes sociais e amplitude maior no que diz respeito à faixa etária. Esta relação conflituosa com a comida e o comer tem sido associada, entre outros aspectos, com uma necessidade crescente de atingir um modelo ideal de corpo, relacionado à magreza. A crença na possibilidade de formatação do corpo de acordo com seus desejos e necessidades está na base do crescimento contemporâneo desta patologia nas sociedades ocidentais (MARZANO-PARISOLI, 2004; IDA e SILVA, 2007).

Em alguns blogs sobre anorexia (espaços criados por jovens que possuem anorexia ou bulimia, nos quais defendem estes transtornos enquanto estilo de vida, reforçam, aconselham e dão apoio umas às outras, inclusive com dicas de como manter o comportamento), definidos como Pró Ana, estes transtornos são caracterizados por algumas jovens que os vivenciam como mecanismo para lidar com a depressão, o sofrimento interior e a autorrejeição. Não são considerados doenças, mas estilos de vida, que podem ter como fator causal uma predisposição genética, mas que estão diretamente associados à necessidade de ser amada, a relações familiares conflituosas nas quais há pouco amor, e à depressão. Ana ou Anna - como as jovens se referem à Anorexia nos blogs e comunidades do Orkut - e a Mia - referência à Bulimia - são consideradas seres exteriores a estas jovens, que se tornam suas melhores e mais exigentes amigas. Por isso, para algumas, o medo de “decepcionarem-nas” e de falhar é muito grande. É possível perceber este medo em vários excertos encontrados não só nas páginas e perfis do Orkut, como também nos blogs. As cartas de Ana e Mia são verdadeiros “contratos de compromisso”, nos quais há uma garantia de amizade sincera e perfeita, contanto que sejam seguidas todas as regras e normas que as mantêm presas aos comportamentos anoréxicos e bulímicos, afastando quaisquer pessoas que possam ameaçar esta relação, sejam familiares, amigos, namorados ou profissionais.

Apesar de concepções diferentes para um mesmo fenômeno, há em comum nas duas visões a relação conflituosa com a comida e com o corpo. O emagrecimento é o objetivo buscado entre as jovens que vivenciam estes transtornos. Para elas “viver gorda é pior que morrer”. Controlar o desejo de comer é assumir o controle, é ser vitoriosa. Quanto maior o tempo sem comer, maior a sensação de poder. Para estas meninas, admitir que precisam comer é admitir que precisam de outras coisas; acostumar-se a precisar é admitir que perdeu a batalha; se conseguem coibir sua necessidade e seu desejo de comer, conseguem controlar quaisquer outros desejos.

Marzano-Parisoli (2004) chama a atenção para o fato de que a anorexia e a bulimia seriam as consequências mais radicais dessa necessidade de controle sobre a vida a partir do corpo. A sociedade atual, com suas normas e exigências para alcançar sucesso e felicidade, continua aprisionando a mulher em um modelo; esta para ser aceita, precisa tornar seu corpo dócil,

dominar a fome e as outras sensações. Desta forma, a mulher, na tentativa de controle, perde a autonomia e a liberdade. Segundo a autora, as pessoas com esses transtornos não são simplesmente pessoas doentes, mas são modelos que expressam e nos fazem compreender a cultura e as sociedades contemporâneas.

7.2. Transtornos Alimentares na Sociedade Contemporânea

Ohrbach (citada por HELMAN, 2007) chama a atenção para o fenômeno da anorexia como uma possibilidade de manifestação de oposição à situação destas mulheres na sociedade, ou seja, como uma necessidade de se rebelar contra determinados valores sociais, nos quais os estigmas relacionados com a obesidade estão no cerne da questão. “... a anorexia não é apenas um fenômeno cultural, mas representa uma ‘greve de fome’ simbólica que algumas mulheres fazem contra a sua opressão na sociedade ocidental” (HELMAN, 2007, p. 26).

O medo de engordar para estas meninas é maior do que o medo de morrer devido aos regimes excessivos que fazem ou aos métodos de purgação que utilizam depois de comer, mesmo que este comer se restrinja a uma alimentação exígua durante todo o dia, como uma banana ou metade de uma bolacha do tipo cream-cracker light.

Quando questionadas ou criticadas por seus comportamentos, rebatem que não foram elas que criaram os padrões nos quais a gordura é vista como algo ruim. Defendem que a sociedade trata mal e estigmatiza os gordos e que por isso não podem condená-las por tomarem atitudes que as protejam deste estigma. “... *Aliás, não era eu quem ria dos gordos do colégio. Isso é culpa da sociedade em geral, que cria padrões, e depois, quando seguimos isso, nos chamam de loucos* (trecho retirado do blog ‘O diário de Ana Mia’)”.

Helman (2007) também salienta o fato de que grande parte da sociedade ocidental, em oposição a alguns países da África, demonizam a gordura e a obesidade, tomando como justificativa a ideia de saúde, mas que esta rejeição pode ser uma versão medicalizada da condenação da preguiça, da gula e da perda de controle, que tem raízes religiosas.

Marzano-Parisoli (2004) chega a fazer uma associação entre o jejum das santas anoréxicas, que levava à magreza extrema e à negação de si com o objetivo de se aproximar de Deus e ganhar a eternidade, com a magreza atual, símbolo de sucesso e felicidade, que faz desejar o total controle do corpo através da negação dos próprios desejos, emoções e apetite. Nos dois casos há uma negação dos desejos e do corpo. As jovens que desenvolvem anorexia “aprendem a querer o que se deve querer, em vez daquilo que elas desejam (Marzano-Parisoli, 2004, p. 60)”. A necessidade de se conformar a esse ideal de mulher, magra, ativa e feminina as incita a desenvolver a anorexia e bulimia, consideradas pela autora como doenças sociais. No entanto, na visão das jovens, expressa através da internet, este quadro só se torna patológico quando assumem comportamentos extremos, como o autoflagelo ou a automutilação, como se pode perceber pelo fragmento abaixo.

“AM (auto-mutilação) ou AF (auto-flagelo) são práticas comuns por anoréxicos e bulímicos doentes e não aconselho pra ninguém. É uma forma de fazer “a dor extravasar” por meio de cortes e dor física provocada. Algumas pessoas assim podem ser consideradas masoquistas. Além disso, NÃO ACONSELHO essa prática a ninguém. Pessoas com isso e anorexia não podem dizer que é um estilo de vida. Fica óbvio que uma pessoa assim é doente, com sérios problemas depressivos e se continuar assim, vai acabar se matando. Por favor. Não cheguem a esse ponto. Use a Ana a seu favor e não contra! (Blog Ana + Mia=perfeição)”

Usar a Ana a seu favor é manter um controle rígido sobre a fome e a necessidade de comer. Mesmo tendo completa consciência do que representa a anorexia no discurso médico, para elas “chegar a Ana é chegar à anorexia, ou seja, à falta de fome”. Esse controle, na opinião de Marzano-Parisoli (2004) leva à frustração e ao mesmo tempo a uma obsessão pelo alimento, que as faz entrar numa lógica do fracasso, pois os desequilíbrios provocados por essa restrição alimentar as afasta deste ideal normatizado aspirado, perdendo o controle da vontade e o domínio da sua vida.

“Chegar a Ana” é chegar num estado natural do corpo. Um mecanismo natural de defesa para épocas de escassez. ... Cuidado quando chegar a Ana para não ficar com a anorexia-doença e viciar-se em NF [Now Foods], ficar com a auto-imagem distorcida e querer chegar a um nível de magreza que a única forma de conseguir é com a morte. Ser Anna é viver com o mínimo e não com nada. Pois sem nada, o único lugar a se chegar não é a perfeição e sim, a morte. Ser Anna é encontrar um equilíbrio entre a vida, a magreza e a beleza (Blog Ana + Mia=perfeição)’.

É interessante perceber que a noção delas de anorexia enquanto doença é diferente da concepção médica, visto que para os profissionais de saúde estes comportamentos rígidos já se configuram como patológicos, no entanto para estas jovens há um limiar entre a anorexia, comportamento percebido como equilíbrio entre a vida e a beleza, na qual a magreza desejada é uma expressão corporal desse equilíbrio, e a anorexia-doença, comportamentos que elas entendem como patológicos, devido aos efeitos emocionais e à perda de liberdade que provoca.

Segundo Ortega (2006), a biossociabilidade contemporânea transferiu para a comida e o corpo o lugar exercido pela sexualidade na raiz dos problemas psicológicos e sociais. No controle das gorduras, do colesterol, no medo da obesidade reside o tabu antes orientado para a sexualidade. Para ele, a anorexia se apresenta como expressão da relação conflituosa entre dietética, moral e formas de ascese corporal, e o corpo o locus privilegiado de problematização moral.

Míriam Goldemberg (2005) salienta que, na sociedade atual, a emancipação do corpo feminino das suas antigas servidões, como a sexual e procriadora, deu lugar a outra coerção, a estética, muito mais imperativa e geradora de angústia e ansiedade. Ela chama a atenção para a repressão do desejo sexual em muitas mulheres contemporâneas pelo sentimento de não corresponder ao corpo idealizado. Paradoxalmente, a autonomia defendida e conquistada pelos movimentos feministas convive com a opressão promovida pelos ideais estéticos sociais.

E é vivendo este paradoxo, que para evitar engordar a qualquer custo, estas jovens desenvolvem estratégias, que são compartilhadas nos blogs e comunidades da internet. Apoiam-se umas às outras através de sessões de No Foods ou Low Foods coletivos (Concursos promovidos na rede, nos quais saem vitoriosas aquelas pessoas que conseguirem ficar mais tempo em jejum - no food - ou com a restrição alimentar mais severa - low food. Esta é uma das estratégias de motivação utilizadas por elas). Dão conselhos de como “driblar” a fome ou de como evitar que as pessoas (amigos, namorados, família) percebam que não estão comendo. Passam a exercer coletivamente um controle sobre seus corpos e desejos, num afã de manterem-se adequadas ao padrão proposto pela sociedade e visto por elas como sendo o da magreza sem limites.

A dona do blog “Tudo sobre Ana & Mia” dá 50 conselhos para facilitar o caminho para o corpo pretendido, como por exemplo: “(...) 7. *Disfarça a descoloração da pele debaixo das unhas por falta de nutrientes com esmalte escuro.* 8. *Tome comprimidos de azia se tiveres muita fome (...)*”. Elas repassam entre si informações, demonstrando haver até mesmo pesquisas de informações nutricionais no empenho de emagrecer, além de compartilhar as próprias experiências.

Para Ortega (2006), o imperativo da disciplina e do controle corporal, cria numa sociedade hedonista como a nossa um sentimento de ambivalência, devido à necessidade de repressão de qualquer desejo que possa prejudicar a busca desse ideal de corpo. A disciplina exigida ocupa um lugar central, relegando ao segundo plano os elementos hedonistas, impondo novas coações ao prazer pós-moderno.

Os corpos destas mulheres passam a ser corpos através dos quais o controle social é exercido, corpos sujeitados à transformação e disciplinas rigorosas, induzidas pela exigência social de adequação aos padrões estabelecidos. O que Susan Bordo (1997) chamaria de práticas de feminilidade, nas quais são impressos nos corpos a sensação de carência, insuficiência e inadequação, que levados a extremos podem causar inclusive a morte. A autora salienta que a normatização do corpo feminino, enquanto opressão de gênero, apesar de se exercer de forma diferenciada em termos de idade, raça, classe e orientação sexual, é a estratégia mais durável e flexível de controle social. As jovens relatam nas suas páginas essa opressão através das expectativas de pais, amigos e principalmente namorados, ou pelo menos as expectativas que acreditam que estes têm em relação a elas,

e em consequência disso a Ana é a única coisa que lhes sobra, quando se sentem infelizes e incapazes.

“(...) Sabem o que é seu próprio pai dizer durante toda sua infância e adolescência o quanto você é gorda e que logo logo se continuar a comer assim, que nem peão, você vai virar só ponto de referência pra homem, ou então "a amiga"? Sabem o que é querer morrer todos os dias porque não aguenta mais se olhar no espelho porque você sabe que tudo o que você vai ver é uma gorda feia que vai morrer sozinha? Sabem? Eles pensam que sabem. Mas não sabem. Essas dietas malucas são as únicas coisas com as quais as pró Anna e Mia podem contar. O resto todo é só um lixo de sociedade hipócrita que não quer admitir a realidade: Hoje em dia a beleza é sim mais importante que todo o resto” (Blog “Eu Vou conseguir – Tudo Sobre Ana e Mia”).

Para Susan Bordo (1997), a anorexia é uma expressão da construção da feminilidade contemporânea, a qual é alimentada por um ideal de corpo feminino, magro e esbelto, a despeito das diferenças étnicas, raciais, de idade e de classe, transmitidas culturalmente através dos programas de televisão, das revistas e propagandas, que induzem indiretamente quais as regras e normas deverão ser seguidas pela mulher moderna. Ao mesmo tempo, é propagada a necessidade de controle da fome e do apetite, e é criticada qualquer atitude que fuja a este comportamento, sendo caracterizada como algo vergonhoso.

Na análise desta autora, ao mesmo tempo em que ainda se afirma a posição social da mulher como nutridora, como alguém que deve estar voltada para o cuidado e alimento do outro, a fome feminina é algo que precisa ser controlada. Simbolicamente, esta fome representa a fome de poder, independência, autonomia e gratificação sexual. No corpo anoréxico inscreve-se a tentativa ou ilusão de cumprir com as exigências tradicionais de feminidade e, ao mesmo tempo, com as exigências contemporâneas de autocontrole e disciplina, ditos como masculinos, e que devem ser seguidos por aquelas mulheres que se pretendem modernas, mas que são vividos de forma sofrida.

Como citado anteriormente, feministas como Ohrbach (Bordo, 1997) avaliam a anorexia como manifestação inconsciente de rebeldia, de libertação da opressão social, uma tentativa de ser feminina de forma diferenciada do que suas mães foram. A opressão vivida por uma sociedade que condena a fome feminina é expressa no corpo através da recusa em comer e na debilidade deste, ao mesmo tempo em que alivia a culpa por ansiar por uma vida mais livre, diferente da vivida por suas mães. Giordani (2006) sugere que o medo de comer simbolicamente representa a negação da convivência social, da qual a comida é um ritual presente, é a rejeição da sociabilidade, e a anorexia uma transgressão social, na qual a experiência do corpo que se nega a comer seria uma metáfora dessa rejeição e uma forma singular de sociabilidade. O que acontece é que esta forma inconsciente de rebelião acaba por se transformar em perda de controle, em escravidão a um modelo ao qual se pretendia

(conscientemente ou não) se opor. Sobre a falta de liberdade e o sofrimento, o isolamento dos grupos sociais, o sentimento de culpa e o medo.

7.3. A Imagem Corporal neste Contexto

Uma característica importante dos transtornos alimentares é a imagem corporal distorcida, vivenciada por estas jovens. Isto está presente tanto entre os critérios clínicos definidos pelo DSM IV e pelo CID 10 para diagnosticar os transtornos, como nos relatos das jovens, retirados das comunidades na internet e nos blogs. Em uma comunidade do Orkut, duas jovens adolescentes referem continuar se achando gorda ao olhar no espelho, apesar da balança indicar perda de peso. As duas se recusam a acreditar que estejam doentes.

Da mesma forma, muitas pessoas com transtornos alimentares observam pelas roupas folgadas que emagreceram, mas não conseguem visualizar o mesmo no espelho ou em fotos. Muitas vezes, para perceber a distorção da imagem corporal basta pedir que desenhem com giz o seu corpo na parede, estratégia que alguns profissionais utilizam para confrontá-las com a realidade.

Mesmo quando a relação peso altura está normal, estas jovens continuam achando que estão acima do peso e que precisam emagrecer para alcançarem o peso ideal. O que é considerado o peso ideal muda quando o transtorno assume o controle, e elas passam a desejar um peso cada vez mais impossível. Para estas a “Anna” ou “Mia” passam a ser a estratégia de excelência, a única forma possível de alcançarem o que querem. Utilizam-se de dicas e conselhos partilhados nos blogs para reforçar os seus objetivos e atingir o sucesso no seu intento.

O trecho abaixo se trata de uma solicitação de ajuda de uma jovem que assina como anônima, não diz a idade, mas que está em tratamento psicológico desde que a mãe descobriu seu comportamento, após um desmaio. O seu índice de Massa Corporal – IMC (peso em relação à altura) é de 22 kg/m², considerado normal, tanto para jovens adultas, quanto para adolescentes acima dos 13 anos. No entanto, não é assim que ela se sente. O ideal para ela é um peso de 35 kg, o que faria com que ficasse com um IMC de 13,3kg/m², o que significa um grau de magreza até para crianças de 8 anos (Análise realizada a partir da Curva IMC por idade para meninas de 5 a 19 anos adotada pelo Ministério da Saúde, em 2007).

“... só para vcs saberem o quanto que eu tenho que imagrecer [sic] eu tenho 1,62 e peso 58 eu não sei mais o que fazer faço até terapia mais eu não quero engordar como diz minha psicóloga [sic] que quamdo [sic] eu estiver melhor eu irei engordar ai é o primeiro sinal da melhora eu não quero por Deus me ajudem como eu disse acima eu peso 58 e quero pesar 35 sei que está longe mais como vcs estão a mais tempo nisso eu pesso [sic] como posso fazer tudo

isso sem que minha mãe perceba bjss e vc são minha espiração [sic]...” (retirado do blog ‘O Diário de Ana Mia’).

A imagem que o indivíduo tem de si e de seu corpo se relaciona com as imagens que têm do mundo e da sociedade dos quais faz parte. A construção de uma imagem corporal está intimamente relacionada com os valores culturais da sociedade. Segundo Helman (2007) todo indivíduo tem um corpo individual, físico e psicológico, e um corpo social, necessário para sua existência em sociedade. Para ele, “o corpo social é a essência da imagem corporal” (p. 27), pois é a partir dele que é possível a cada indivíduo construir, distinguir e assumir valores sociais que permitem a vivência corporal, exercendo um controle político sobre o corpo físico.

Considerando que esta influência ocorre nos dois sentidos, ou seja, a sociedade molda e controla os corpos e, ao mesmo tempo, a partir dos signos corporais podemos entender a sociedade, e levando em consideração também que diferentes sociedades promovem diferentes imagens corporais, até que ponto a imagem corporal distorcida das jovens com anorexia e bulimia é um reflexo dos valores sociais e dos grupos aos quais elas fazem parte?

A mídia que vende a imagem do corpo magro como o equivalente da saúde, assim como todo tipo de produtos para atingir este objetivo, é a mesma que exorta o sabor de alimentos cada vez mais gordurosos e menos nutritivos. Quando uma modelo morre por anorexia, a comoção gerada dura tanto quanto os comentários sobre uma modelo ou atriz que apareceu um pouco mais gorda ou com celulite.

Estas jovens buscam a magreza como a única forma de ser feliz, vendo ao longo de suas vidas as imagens de mulheres magras e bonitas sendo associadas à ideia de felicidade, sucesso e romance. Perder peso, como se pode ver em qualquer banca de revista, vem sendo usado como sinônimo para “ficar mais bonita”, enquanto o gordo é representado na mídia como um personagem cômico ou repugnante. Giordani (2006) salienta que é exatamente o valor que o atributo físico adquire na vida social de um indivíduo que pode estigmatizá-lo e desempenha um norte orientador para constituição de sua imagem corporal. Em um dos blogs, há um comentário sobre isso, que justifica, na opinião da pessoa que postou, motivos para emagrecer: *“As gordas sempre passam por despercebidas, por mais que esteja com a roupa mais linda do mundo, com o cabelo mais perfeito, ninguém repara! Você sempre será um zé ninguém para a sociedade”*. A beleza é percebida, segundo Costa (2004), como a única fonte existente de poder para as mulheres. O ideal de beleza que se baseia no corpo como único aspecto positivo do ser, do qual o autor fala, é regra entre essas meninas.

Giordani (2006) chama a atenção para o fato de que na teoria da autoimagem, desenvolvida por Schilder e reelaborada por autores como Dolto e Tavares, a imagem corporal se estabelece na relação com outra imagem, algo externo a ela e que a significa. Na construção da autoimagem, referências exteriores são apropriadas pelo indivíduo. A imagem corporal

construída, nesta perspectiva, revela uma identidade, gera uma imagem do sujeito nas suas relações concretas, portanto não há como dissociar o padrão de perfeição divulgado socialmente da imagem corporal desenvolvida por estas garotas e seu projeto de vida.

Na sociedade Brasileira contemporânea, o modelo de beleza valorizado e propagado pelos meios de comunicação é um modelo da classe média/alta, e as formas de atingir esse corpo dependem de comportamentos corporais não acessíveis a toda e qualquer mulher. Os padrões corporais e estéticos desconsideram as diferenças sociais, raciais e impõem às mulheres a responsabilidade por conseguirem alcançar ou não tais padrões. Exalta-se a todo o momento, através de uma linguagem não verbal, mas eficiente, dos meios de comunicação de massa, a importância da força de vontade para realizar as dietas necessárias, frequentar as academias, desconsiderando as diferenças individuais e grupais. Quem não consegue atingir tais objetivos é simbolicamente incapaz, fracassada, sendo estigmatizada socialmente.

Por outro lado, com o aumento dos casos de transtornos alimentares e a morte de modelos por conta disso, a mídia vem assumindo a posição de falar sobre o transtorno em matérias jornalísticas e em novelas. Pereira (2007) comenta que essa exposição, segundo os membros das comunidades ana/mia, transformou a anorexia e a bulimia em uma moda, levando mais jovens a recorrerem aos métodos inadequados utilizados para emagrecer. Parece que até mesmo as tentativas de esclarecer e alertar podem ter resultado oposto ao pretendido, na medida em que demonstra novos métodos (não saudáveis) para emagrecer a quem está propenso a este tipo de comportamento.

Os ídolos dos meios de comunicação de massa disseminam a cada geração novos modelos de ética e de estética que são perseguidos pelos consumidores, e ao mesmo tempo são um reflexo de nossos desejos, estimulam desejos latentes. Os meios de comunicação são imagens das estruturas capitalistas existentes, ao mesmo tempo em que funcionam para modelar novas estruturas. Os compromissos com a comunidade e a família são, cada vez mais, substituídos pelos compromissos com os prazeres e realizações individuais, que por sua vez encontram grupos e nichos com os quais se identificar. Se não somos acolhidos pela família, encontramos nosso lugar em um grupo de afinidade, que nos sustenta com apoio, vida social, aceitação e valorização (KEMP, 2005), este é o caso dos blogs e sites pró-anna e pró-mia.

Podemos observar que, por um lado, a mídia e a exposição ao seu conteúdo não leva necessariamente uma pessoa a ter um transtorno alimentar, assim como a exposição a um site pró-anorexia não leva necessariamente a este caminho. As pessoas afetadas são aquelas que já tinham alguma propensão a cometer atos perigosos em nome da magreza. A responsabilidade da mídia, na sociedade ocidental, está na exaltação da magreza e na associação perigosa entre esta e a felicidade. E o papel dos sites e blogs acaba sendo o de favorecer esse local de acolhimento e sentimento de pertença.

Para Helman (2007), os indivíduos incorporam a cultura no qual vivem; as experiências corporais são fruto dos padrões culturais. Vivemos numa cultura onde há uma associação entre o corpo magro, esbelto e o sucesso. Em contrapartida, a gordura e o corpo obeso são vistos como sinais de fracasso, de falta de controle. Pessoas que não conseguem manter um corpo magro são estigmatizadas e sofrem com o desprezo social. O que se percebe é que para jovens que não se sentem amadas, valorizadas, que se sentem rejeitadas, a busca por esta magreza se torna uma obsessão, da mesma forma como socialmente é obsessiva a imposição de comportamentos associados à saúde (dietas, exercícios físicos em academias, cirurgias plásticas, usos de remédios) para a aquisição do corpo tido como ideal. Elas têm consciência disso e expressam tais concepções sobre si mesmas e a relação com os comportamentos anoréxicos e bulímicos através dos depoimentos socializados com as companheiras, nos blogs:

“Há 1 Ano Atrás, Quem Era Eu? Há um ano atrás, eu comecei a me dar conta de que minha dieta era piração. Há um ano atrás eu chorava todas as noites pro meu namorado que eu não queria ser gorda daquele jeito, e ele me convenceu a ir ao médico. Fui mais por ele do que por mim, porque eu vi como ele ficava triste por me ver chorando. Eu precisava dele. Precisava saber que ele estava esperando eu me sentir bem. Então aconteceu. Finalmente, o tratamento me fez parar de emagrecer, e me desesperei. E as promessas se transformaram em mentiras, e minha razão de viver foi morar com outra minina [sic]. O que eu ganhei com isso? Que esperança o tratamento me trouxe? Nem emagrecer eu consegui... Não tudo que queria. Já que viver não valhe [sic] a pena, o que me resta é morrer aos pouquinhos e talvez no final ter a alegria de ver meus ossos de novo” (Blog cammy-ana.zip.net.).

Para jovens adolescentes, a consciência corporal está ligada ao desenvolvimento de peles simbólicas (fronteiras do senso de identidade que vão além dos limites da pele física) que as caracterizam como pertencentes a determinados grupos sociais. Dependendo das relações estabelecidas entre estas jovens e seus pares, bem como com os adultos, essas peles podem se tornar frágeis e romper-se com facilidade, dando origem a conflitos e distorções relacionadas à consciência de si e do outro (HELMAN, 2007).

Na adolescência, a opinião, o olhar do outro é importante na construção da identidade, na formação de valores, na relação consigo e com o outro. Ao se deparar com imagens de mulheres ditas ideais, como as modelos e atrizes, que exibem um corpo considerado esteticamente adequado, a necessidade de ajustamento a este modelo se torna fundamental na definição de quem são essas jovens. São as thinspiration (Fotos de mulheres jovens e magras, como modelos e atrizes, que são divulgadas nos blogs para dar apoio àquelas que estão com dificuldades de seguir com os comportamentos das Annas e Mias) que as mantêm fortes no propósito de que qualquer sacrifício de desejos é válido para alcançar tal objetivo estético. Ignoram-se os recursos tecnológicos moldando e formatando

corpos; esquece-se que mesmo para as modelos e atrizes aquele corpo não é real. Este ideal não real passa a ser almejado, o sonho a ser conquistado.

Até a forma como se referem umas as outras dão a ideia da imagem pretendida com o comportamento anoréxico ou bulímico. Elas se chamam de “boneca”, “princesa”, “anjo”, numa referência ao ideal imaginário não só de configuração corporal, mas de posicionamento social. Não importa o que mostra a balança; a opinião de pais e amigos incomoda se está distante do objetivo sonhado. Elas só conseguem compreensão entre elas mesmas. Só as outras “Mias” e “Anas” conseguem compreender como se sentem e o quão é importante o controle exercido sobre os desejos. Controle é o que todas querem atingir.

Controle em relação à comida e o comer. Esta é a meta que as fará atingir seu objetivo de magreza. Em alguns perfis no Orkut a comida chega a ser referida como a inimiga e o comer como algo nojento, repulsivo, algo que deve ser evitado. A maior parte das dicas nos blogs é de como evitar e controlar a fome, quais as dietas menos calóricas, que as farão perder peso dando a ideia de que estão se alimentando. Às vezes comer é um artifício apenas para evitar ficar doente, para evitar a fraqueza, pois assim elas seriam descobertas pelos familiares. A relação com a comida, em alguns momentos, é de desejo e repulsa ao mesmo tempo. Quando não conseguem controlar tal desejo, comem compulsivamente e “miam” depois. Miar significa provocar o vômito, comportamento que as desagrada geralmente, pelo mal estar que provoca (sensação de queimação na garganta, dores abdominais, entre outros). Por isso, controlar a vontade de comer é o comportamento desejado.

Como dito no início, controlar o desejo de comer é se tornar vitoriosa, pois para elas, se conseguem controlar este desejo, conseguem controlar qualquer outra necessidade. A necessidade de ser amada, de ser compreendida, de ser aceita. O controle do apetite dá a falsa noção de estarem no controle de suas vidas. Muitas vezes é a única coisa que elas acreditam que podem controlar. No entanto, ao tentar realizar este sonho através de comportamentos bulímicos e anoréxicos, estas acabam perdendo o controle de suas vidas. O sonho de liberdade se transforma em dor, sofrimento e escravidão. Como diria Marzano-Parisoli (2004), o fracasso da não aceitação da realidade do corpo e de suas realidades transforma o sonho em pesadelo.

7.4. A que Conclusões Chegamos

Aprendemos que não há ganho sem sacrifício. Quando se trata da anorexia, essa máxima é levada ao extremo: “no pain, no gain”. Somos exortados a ser bem sucedidos e, por outro lado, aprendemos inconscientemente a associar a magreza à felicidade e ao sucesso. As mulheres com anorexia querem essa felicidade e acreditam que não chegarão lá sem dor.

É por saber da dor desta cruzada que elas precisam umas das outras, e não há forma melhor de encontrar quem pense como elas do que nas comunidades da internet. É difícil encontrar

uma comunidade tão coesa e disposta a aceitar e ajudar novos membros. A comunidade das anas/mias é um submundo de compreensão e aceitação que estas pessoas julgam que não encontrariam nem mesmo em suas famílias ou entre seus amigos mais íntimos.

As comunidades pró-ana/mia, mais que servir como uma forma de compartilhar conhecimentos sobre dietas servem como uma rede de apoio social para pessoas que estão passando por uma situação extremamente estressante e que não conseguem compartilhar com quase ninguém. Principalmente quando os transtornos são descobertos, elas se sentem completamente incompreendidas por todos, e as comunidades são lugares onde elas podem expressar sua dor sem medo de serem repreendidas ou tidas como párias e ainda receberem apoio e carinho. Portanto, estes espaços se configuram como a oportunidade que têm de vivenciar o sentimento de pertencimento a um grupo, a uma comunidade, sem se sentirem rejeitadas ou inaptas.

A maior parte do tempo elas se recusam a acreditar que estão doentes, por isso preferem considerar um estilo de vida o que o conhecimento oficial e hegemônico chama de distúrbio, transtorno ou agravo. O fato é que os transtornos alimentares acabam por se tornar um estilo de vida, se considerarmos que elas tomam atitudes semelhantes, têm crenças semelhantes e praticam rituais baseados num mesmo objetivo, emagrecer, mesmo que estes sejam motivados por causas diferentes.

O que parece claro, ao associar seus depoimentos às teorias que avaliam o corpo como locus de expressão não só de emoções, desejos e sensações, mas também dos valores sociais, é que o que está em jogo nesse processo, é uma trama entre controle, poder e dominação. Nesta trama, as jovens pleiteiam autonomia e independência, a sociedade define e normatiza seus corpos, e dessa forma, impõem uma dominação, e os profissionais, baseados nos discursos da saúde, intentam ensiná-las como controlar seus corpos, tentando exercer de certa forma um poder sobre o outro.

Valorizar a percepção das jovens em relação ao que estão vivenciando se torna relevante, no sentido de propiciar uma ajuda adequada e condizente com a situação e momento de cada uma. As concepções biomédicas por si só acabam tornando-se apenas a ponta de um iceberg profundo, difícil de dar conta da complexidade deste fenômeno. A prova disso são as recidivas de pessoas em tratamento nos centros especializados e o número de jovens que não conseguem escapar da morte precoce, pelas consequências nefastas deste problema.

Como lidar com uma situação tão complexa sem considerar a concepção de quem vive o problema? O principal objetivo seria fazê-las engordar? Como lidar com um conflito que tem gênese não somente nas características individuais, mas também na ordem social vigente? Talvez um olhar mais aprofundado para os espaços cibernéticos, nos quais estas jovens buscam se comunicar, dê pistas de qual caminho seguir e quais mecanismos utilizar.

PARTE 2 - COMO SE CONFIGURAM OS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM SALVADOR?

Salvador é uma cidade litorânea, cercada por praias belíssimas e que tem o verão como período de efervescência de alegria e entusiasmo na cidade. Nessa estação, que extraoficialmente começa em setembro, quando o sol começa a brilhar e já ocorre uma mudança de comportamento, a cidade passa a receber muitos turistas, as pessoas se preocupam mais com a aparência de seus corpos, há uma maior procura por academias e se intensifica o número de pessoas fazendo atividade física nos espaços públicos da cidade. Tudo isso como uma preparação para a temporada de praia, sol e festas.

É uma cidade com mais de 2.600.000 habitantes, com um PIB per capita de R\$10.948,00, mas desigualmente distribuídos. A população negra, que representa 79,46% da população da cidade, é a que se encontra nos piores estratos quando se pensa nos indicadores de saúde, educação, habitação, renda, além de ser a mais exposta à violência (IBGE, 2011).

A desigualdade racial se manifesta não apenas nos indicadores acima mencionados, mas também quando pensamos nos valores estéticos difundidos e defendidos na cidade. Aqui também se percebe uma explosão de pessoas alisando seus cabelos, pintando-os de louro, utilizando-se de artifícios variados para manter um corpo desejável, principalmente quando começa a estação do calor, como se chama aqui o período que vai de setembro até pouco depois do carnaval.

Ao mesmo tempo, há na cidade uma intensa manifestação do povo negro, no sentido de afirmação e valorização da sua raça/etnia e combate ao racismo. Esta manifestação também se expressa através da valorização de uma estética, chamada de estética negra, na qual se apreciam o cabelo natural, o tom de pele preto, as roupas coloridas e com um corte e desenho todo especial, os acessórios que lembram a origem africana, etc.

Nesse contexto, o questionamento levantado foi como esta dualidade vivida na cidade, a valorização de uma estética euro-americanizada e a luta para a afirmação de uma estética negra, de origem africana, mas peculiar, influenciaria na imagem corporal percebida pelas mulheres, a vivência dessa imagem corporal e os comportamentos alimentares desordenados, que são consequência, entre outros fatores, dessa corporeidade.

Será que acontece aqui em Salvador o mesmo que acontece no Rio de Janeiro, cidade de condições climáticas semelhantes à da capital Baiana? A capital carioca é marcada pelo culto ao corpo. A cultura corporal assumida pelas pessoas no Rio de Janeiro se baseia no modo americano, do tipo californiano, de conceber a vida e os corpos. Um corpo que precisa ser exposto e para tal, precisa ser moldado nas academias, através das práticas esportivas, das dietas e das cirurgias e intervenções médicas (MALYSSE, 1998). Para alcançar a meta desse corpo esculpido, que configura a feminilidade da mulher carioca, foi preciso assumir a medicalização da beleza e, dessa forma, legitimar as intervenções para moldar os corpos de acordo com padrões estéticos, definidos socialmente e culturalmente. As justificativas

médicas e psíquicas serviram para referendar intervenções plásticas, nas quais há a rejeição da beleza natural e a assunção de uma estética artificial alcançada através do consumo, mais acessível a uma parte privilegiada da população (MALYSSE, 1998; POLI NETO e CAPONI, 2007), se afirmando como forma de distinção e, subliminarmente, de segregação social.

Será que o culto ao corpo e a ditadura da beleza levam as mulheres em Salvador a desenvolverem anorexia ou bulimia como acontece com as jovens em Porto Alegre, cidade famosa por possibilitar o surgimento de modelos de sucesso internacional (GOLDEMBERG, 2006)? Será que também na sociedade soteropolitana o culto ao corpo está levando meninas a assumirem um padrão alimentar desordenado como estilo de vida?

Em Salvador, Alves e colaboradoras (2012) investigaram a prevalência de transtornos do comportamento alimentar em escolares de 7 a 14 anos de idade e encontraram sintomas dessa desordem em 25% das crianças maiores de 12 anos, sem diferença significativa entre os sexos. A insatisfação com a imagem corporal se apresentou como um dos fatores relevantes para o desenvolvimento desses sintomas. Apesar da diversidade étnico/racial da cidade e da investigação ter sido conduzida em instituições públicas, que, não por coincidência, é onde o maior número de pessoas pobres e negras tem acesso ao ensino, nesse estudo não se privilegiou a avaliação da presença desses sintomas em relação à dimensão raça/cor, o que nos proporcionaria um quadro de como esse fator interfere no processo de desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar.

Os próximos capítulos se destinam a tentar elucidar como se configuram a imagem corporal, os transtornos do comportamento alimentar e os fatores que os favorecem ou que protegem contra os mesmos nas mulheres de Salvador, tendo como principal variável de análise a diversidade étnico/racial e tomando como sujeito amostral estudantes de nível médio e universitário.

Dos 626 questionários aplicados, 610 foram considerados válidos para uma análise estatística, oferecendo informações em relação ao quantitativo de estudantes preocupadas com o formato corporal, em seus variados níveis, as que apresentavam risco para desenvolvimento para transtornos de ordem alimentar e as que apresentavam graus variáveis de depressão.

A avaliação das informações obtidas nas narrativas, bem como dos questionários aplicados na primeira fase da investigação estão apresentadas nos capítulos a seguir. Os dois primeiros deles correspondem apenas à análise quantitativa dos resultados. Os seguintes são produto do cruzamento das informações oriundas das abordagens quantitativas e qualitativas.

8.1. Risco para Transtornos Alimentares entre Estudantes de Salvador/Bahia, considerando a dimensão raça/cor.⁵

Os Transtornos Alimentares são desordens que afetam a relação dos indivíduos com o alimento, gerando comportamentos restritivos, compulsivos e/ou purgativos, e estão relacionadas com a imagem que as pessoas têm de si e de seu corpo, bem como com o ideal de corpo que estas desejam para si (GEORGE e FRANKO, 2010).

As complicações clínicas relacionadas a essas desordens alimentares são vastamente documentadas na literatura, com alta morbidade e mortalidade, esta principalmente relacionada ao suicídio, devido ao comprometimento emocional (MILLER e GOLDEN, 2010). Neste sentido, a depressão se apresenta como uma comorbidade importante. Vários estudos relatam a relação entre comportamentos depressivos e atitudes alimentares desordenadas, podendo aparecer tanto como fator de risco quanto como consequência de distúrbios de ordem alimentar (MORGAN, VECCHIATTI e NEGRÃO, 2002; OLIVEIRA e SANTOS, 2006).

Apesar de entre os fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares estar a etnicidade (MILLER e GOLDEN, 2010), apenas foi encontrado um trabalho publicado no Brasil explorando esta relação entre etnicidade/raça e transtornos do comportamento alimentar, dando enfoque para a população de origem asiática (SAMPEI et al, 2009). Não foram localizados, até então, trabalhos que investiguem a presença ou fatores de risco na população negra, apesar de esta representar 51% da população brasileira (IBGE, 2011). Baseado nisso, estudos que avaliem a existência de comportamentos de risco para os transtornos de ordem alimentar em diversos grupos populacionais, levando em consideração diferenças de etnia/raça, gênero e cultura são importantes para prevenção, diagnóstico precoce e medidas adequadas de intervenção.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi estimar a existência de fatores de risco associados aos transtornos do comportamento alimentar em escolares de Salvador/BA, utilizando a dimensão étnico/racial como fator de heterogeneidade. Comportamentos alimentares desordenados, preocupações com a imagem corporal e condições depressivas foram categorias de análise relacionadas com estes distúrbios. A hipótese que sustenta este trabalho é que as mulheres negras em Salvador, mesmo sendo maioria, sofrem grande pressão para adequação ao padrão de beleza dominante na sociedade, branco e magro, o que as suscita aos transtornos do comportamento alimentar.

⁵ Artigo a ser publicado na Revista de Nutrição da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS. Autores; Liliane de Jesus Bittencourt; Mônica de Oliveira Nunes; Juli Joi Oliveira; Jean Caron.

8.1.1. Características das Estudantes Investigadas

Das 626 respondentes, 44,2% eram adolescentes (< 20 anos). Mesmo após informação dos limites de idade, uma aluna com menos de 15 anos e 41 alunas acima de 30 anos responderam ao questionário, sem impedimentos por parte dos pesquisadores devido ao risco de constrangimentos e estigmas associados ao tema da pesquisa. Quanto ao pertencimento étnico racial, quase metade das alunas (45,9%) se definiu como parda; as negras (somatório das que se definiram como pretas e pardas) representaram 78% da amostra. Em termos de escolaridade, 56,4% eram universitárias e 71,6% oriundas de instituições privadas. As alunas do ensino médio eram, na maioria, de escola pública (61,1%). Entre as universitárias, as mais frequentes faziam o curso de psicologia (25,0%). Para a avaliação do IMC houve 8,1% de perdas, devido às informações sobre peso e altura serem referidos. Para os 575 casos válidos, 69% das estudantes estavam eutróficas, ou seja, possuíam peso condizente com a estatura e com a idade; 14,6% possuíam algum grau de magreza, sendo mais prevalente a magreza grau I (Tabela 1).

Tabela. 1 – Características sociodemográficas e nutricionais da amostra de escolares. Salvador, 2009.

IDADE (ANOS)	NÚMERO	PERCENTUAL
< 20	277	44,2
20 A 25	229	36,6
26 A 30	66	10,6
> 30	41	6,5
NÃO RESPONDEU	13	2,1
RAÇA/COR		
Branca	97	15,7
Preta	196	31,8
Parda	283	45,9
Amarela	26	4,2
Indígena	15	2,4
NA/NR	9	-
ESCOLARIDADE		
Ensino Médio	270	43,6
Público	165	61,1
Privado	105	38,9
Ensino Universitário	349	56,4
Público	99	28,4
Privado	250	71,6
CURSO		
Nutrição	36	5,8
Enfermagem	113	18,3
Psicologia	155	25,0
Medicina	8	1,3
Educação Física	37	6,0
IMC (kg/m ²)		
Magreza Grau III (< 16,0)	2	0,3
Magreza Grau II (16,0 – 16,9)	19	3,3
Magreza Grau I (17,0 – 18,4)	63	11,0
Eutrofia (18,5 – 24,9)	398	69,2
Sobrepeso (25,0 - 29,9)	72	12,5
Obesidade (≥ 30,0)	21	3,7

8.1.2. Comportamentos Alimentares Desordenados, Insatisfação com a Imagem Corporal e Depressão

Para o total de 610 casos válidos para os resultados do EAT, a frequência de comportamento alimentar desordenado foi de 6,6%. Estratificando por fases da vida, 6,9% das adolescentes e 6,3% das jovens adultas (≥ 20 anos) apresentaram este comportamento. A análise estatística evidenciou que não houve diferença significativa entre a frequência de comportamento alimentar desordenado entre os grupos etários ($X^2 = 0,11$ $p = 0,734$). Quanto à raça/cor, o maior percentual foi para as que se identificaram como amarelas ou indígenas (15%). Ao aplicar a regressão logística, com modelo multivariado ajustado para as potenciais variáveis de confusão identificadas (grupo de curso e IMC), encontrou-se uma associação entre comportamento alimentar desajustado e o pertencimento racial ($X^2 = 11,65$ $p = 0,0087$) e as mulheres definidas como amarelas ou indígenas tiveram 3,6 vezes mais chances de desenvolver comportamentos de risco para transtornos alimentares quando comparadas com as brancas (Tabela 2).

Tabela 2. Comportamento alimentar desordenado (EAT) por raça/cor em escolares de Salvador – 2009.

RAÇA/COR	EAT > 20	EAT (%)	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
			OR	IC (95%)	P	OR ^a	IC (95%)	p
Branca	5	5,3	1			1		
Preta	12	6,2	1,2	0,52-2,60	0,705	1,17	0,45-3,09	0,744
Parda	17	6,1	1,2	0,45-2,97	0,758	1,25	0,46-3,45	0,655
Amarela/Indígena	6	15,0	3,1	1,11-8,90	0,031	3,59	1,02-12,64	0,047
Total	40	6,6						

OR^a = OR ajustado

Entre os fatores de risco para comportamento alimentar desordenado, neste estudo, estão tipo de instituição de ensino frequentado pelas alunas e o índice de massa corporal (Tabela 3). Estudantes de faculdades particulares (8,4%) estavam mais em risco de desenvolver esses comportamentos. Quanto ao IMC, ao aplicar a regressão logística, percebeu-se um sentido de proteção em relação ao desenvolvimento desses comportamentos, pois, à medida que o IMC aumenta, as chances de acontecer diminuem.

Tabela 3. Fatores Associados a Comportamentos Alimentares Desordenados (EAT) em escolares de Salvador, 2009.

INSTITUIÇÕES DE ENSINO	EAT ≤ 20		EAT > 20		OR	IC (95%)	p
	N	(%)	N	(%)			
Pública - nível superior	92	95,83	4	4,17	1		
Pública - nível médio	152	93,25	11	6,75	1,6	0,97-2,86	0,064
Particular – nível superior	185	91,58	17	8,42	2,1	1,45-3,07	0,000
Particular – nível médio	138	94,52	8	5,48	1,3	0,52-3,41	0,549
IDADE							
< 20	255	93,07	19	6,93	1		
≥ 20	315	93,75	21	6,25	0,9	0,47-1,70	0,734
IMC							
Magreza Grau I	65	98,48	1	1,52	1		
Magreza Grau II a III	24	96,00	1	4,00	0,04	0,00-0,37	0,005
Eutrofia	351	93,35	25	6,65	0,11	0,01-0,99	0,050
Sobrepeso	67	90,54	7	9,46	0,18	0,08-0,45	0,000
Obesidade	13	72,22	5	27,78	0,27	0,09-0,85	0,025

Neste estudo, a frequência de preocupação com a imagem corporal foi de 34%, variando em leve, moderada e grave. A distribuição por raça/cor indicou uma preocupação leve para as mulheres que se definiram como amarelas ou indígenas. A regressão logística evidencia ainda que as mulheres pardas têm 2,5 vezes mais chances de apresentar uma preocupação grave com a imagem corporal e as amarelas ou indígenas 4,8 vezes mais chances. Essa associação entre preocupação com a imagem corporal e raça/cor assume significância quando são controlados alguns potenciais confundidores (curso, instituição e idade) na análise multivariada ajustada (tabela 4). A preocupação com a imagem corporal e comportamentos alimentares desordenados estavam presentes em 5,6% da amostra ($X^2 = 83,01$ $p = 0,000$).

Tabela 4 – Frequência de preocupação com a imagem corporal (BSQ) por raça/cor em escolares de Salvador – 2009.

RAÇA/COR	S/ Preocupação (< 80)		Leve (81 – 110)		Moderada (111 – 140)		Grave (> 140)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	68	72,34	12	12,77	10	10,64	4	4,26
Preta	130	66,67	26	13,33	24	12,31	15	7,69
Parda	123	64,62	53	19,13	25	9,03	20	7,22
Amarela/Indígena	70	57,50	9	22,50	4	10,0	4	10,0
Total	400	66,01	100	16,50	63	10,40	43	7,10

Análise Multivariada									
RAÇA/COR	Leve			Moderada			Grave		
	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p
Branca	1			1			1		
Preta	1,13	0,47- 2,70	0,786	0,89	0,38-2,07	0,784	2,82	0,81-9,78	0,102
Parda	1,73	0,91- 3,29	0,092	0,89	0,46-1,74	0,738	2,50	1,01-6,18	0,048
Amarela/Indígena	2,61	1,14- 5,99	0,023	1,22	0,42-3,61	0,710	4,76	1,45- 15,65	0,010

OR^a – OR ajustado

Para a avaliação da existência de depressão, as categorias de depressão moderada (escore de 20 a 35) e grave (escore > 36) foram agregadas, devido à sua pequena frequência. A depressão esteve presente em 28,2% da amostra. Destas 18,6% têm depressão leve e 9,6% têm depressão moderada a grave. Não houve associação estatística entre existência de depressão e raça/cor (tabela 5). Depressão e comportamento alimentar desordenado estavam presentes em 3,4% da amostra ($X^2 = 12,35$ $p = 0,002$) e 2,9% apresentavam, além disso, preocupação com a imagem corporal ($X^2 = 67,52$ $p = 0,000$).

Tabela 5. Depressão por Raça/Cor em escolares de Salvador, 2009.

RAÇA/COR	Análise Bivariada					Análise Multivariada				
	Leve 12-19		Moderada a Grave ≥ 20			Leve		Moderada a Grave		
	N(%)	OR	N(%)	OR	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p
Branca	16(17,02)	1	6(6,38)	1	1			1		
Preta	38(19,79)	1,30	23(11,98)	2,11	1,05	0,59-	0,866	1,54	0,48-	0,463

						1,86		4,93		
Parda	50(18,12)	1,11	24(8,70)	1,42	1,08	0,61- 1,94	0,786	1,23	0,51- 2,94	0,643
Amarela/Indígena	8(20,00)	1,33	5(12,50)	2,22	0,84	0,45- 1,60	0,604	1,58	0,64- 3,90	0,319
Total	112(18,60)		58(9,63)							

OR^a= OR ajustado

No Brasil 50,7% da população brasileira é composta de pessoas pardas e pretas, que reunidas configuram os negros do país. Em Salvador, cidade litorânea com quase 3.000.000 de habitantes, 79,5% da população é negra e 78,8% das mulheres são negras (IBGE, 2011). No entanto, não se tem explorado a influência de um padrão de beleza dominante, caracterizado por mulheres brancas, loiras e magras, em comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar nos grupos que fogem a esse padrão valorizado.

Neste estudo, as estudantes pardas e pretas representaram 78% da amostra, evidenciando que o processo de amostragem se adequou à realidade da cidade. No entanto, o grupo das amarelas e indígenas, que representa 1,7% da população feminina de Salvador (IBGE, 2011), foi o que estava mais em risco para desenvolver comportamentos alimentares inadequados. O único estudo localizado no Brasil que avaliou transtornos do comportamento alimentar em grupos diversos etnicamente foi o de Sampei et al (2009). Neste estudo foi investigado o resultado do EAT-26 em adolescentes nipônicas (de descendência japonesa) e caucasianas, sem nenhuma ascendência de outra etnia, na cidade de São Paulo. Para as caucasianas o risco de comportamentos alimentares foi maior do que para as nipo-brasileiras, contrário ao encontrado no presente trabalho. As autoras argumentam que talvez o nível de integração sociocultural dessas jovens, que já fazem parte da terceira ou quarta geração no Brasil, seja grande, pois já assimilaram a cultura do país em termos de beleza. O estudo de Sampei e seus colegas (2011), ao contrário deste realizado em Salvador, apenas comparou adolescentes brancas e nipônicas.

Outros estudos, que fazem uma comparação entre vários grupos étnicos mostram uma realidade diferente. No estudo de revisão realizado na Inglaterra foram encontrados 58 trabalhos sobre transtornos mentais em pessoas diversas etnicamente, nos quais a maioria apresentava resultados positivos para TCA em garotas do sul da Ásia, inclusive crianças (GOODMAN, PATEL e LEON, 2008). O artigo de Walcot, Pratt e Patel (2003) indica que alguns trabalhos sobre transtornos do comportamento alimentar encontraram maiores frequências de comportamentos alimentares de risco entre asiáticas e negras, no entanto, é mais comum, para as negras, a compulsão alimentar e, para as asiáticas, a anorexia. Eles enfatizam também que há uma dificuldade de detecção ou diagnóstico desses comportamentos nesses grupos devido aos estereótipos quanto à aceitação do corpo roliço

e do corpo magro para negros e asiáticos, respectivamente. Um estudo que avaliou sintomas comportamentais de transtornos de caráter alimentar em nativo-americanas verificou que as indígenas e nativo-americanas nos EUA apresentam mais tais sintomas do que as brancas (STRIEGEL-MOORE et al, 2011), reforçando a ideia de que esses transtornos não são tão incomuns quanto se pensa entre as ditas minorias étnicas e que a dificuldade de diagnóstico devido aos estereótipos pode ser uma explicação.

Não houve diferença estatística entre as faixas etárias (adolescentes e jovens), evidenciando que, nessa amostra, o fator idade não revelava diferenças importantes para comportamentos alimentares. No entanto, as que estudavam em faculdades particulares, que na cidade de Salvador são geralmente as que possuem algum tipo de bolsa ou auxílio do governo, ou então que trabalham para pagar os seus estudos, parecem estar mais susceptíveis a comportamentos que podem levar aos transtornos de origem alimentar. Pode-se sugerir que estas jovens, de condição financeira menos privilegiada, são mais pressionadas pelos padrões de beleza vigentes, no entanto, seriam necessários estudos que avaliassem a relação entre situação econômica e TA em Salvador.

O IMC mostrou-se estar relacionado inversamente com o risco de desenvolver comportamentos alimentares inadequados, visto que, à medida que este aumentava, a probabilidade de tais comportamentos diminuía. Ao contrário, no estudo de Sampei (2009) um valor maior do que 20 para o EAT foi encontrado nas adolescentes que apresentaram obesidade. Resultado semelhante ao de Nunes et al (NUNES et al, 2001) em Porto Alegre. O IMC tem se apresentado como fator de confundimento ao avaliar comportamentos alimentares de risco para transtornos de caráter alimentar, como revelou o presente estudo, portanto este resultado deve ser considerado com parcimônia e mais investigações com o recorte da raça/cor são necessárias para avaliar esta relação.

A frequência de 34% de preocupação com a imagem corporal reforça o comportamento de risco para TCA nesta população estudada. Estudantes que se identificaram como pardas e amarelas ou indígenas são as que correm mais risco de ter tal tipo de preocupação, portanto também são as que estão mais susceptíveis a insatisfação com a imagem corporal. Em estudo em Santa Catarina, a insatisfação com a imagem corporal revelou ser o maior fator de risco para sintomas de transtornos do comportamento alimentar (ALVES et al, 2008). Em São Paulo, as caucasianas pré-menarca tiveram mais insatisfação com a imagem corporal do que as nipo-brasileiras (SAMPEI et al, 2009). O que parece claro é a relação entre insatisfação corporal e desenvolvimento dos TCA's, visto que, nesta investigação, 5,6% das estudantes apresentavam resultados positivos para o EAT e o BSQ.

Nos EUA, um estudo confirmou que a insatisfação corporal media a relação entre IMC e risco para TCA, tanto para as nativo-americanas quanto para as brancas, e ambos os grupos respondem de forma similar à insatisfação corporal (LYNCH et al, 2008). O estudo de Bosi et al (2006) confirma o fato de que a autopercepção da imagem corporal é mais relevante enquanto risco para desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar do que o

IMC em si. Uma das considerações quanto a este fato é que quanto mais distante dos valores relacionados à sua etnia e quanto mais as jovens cedem à pressão dos valores culturais dominantes na sociedade sobre beleza e ideal de corpo, mais estão sujeitas a esta insatisfação e aos transtornos de origem alimentar. A identidade étnica, que é o sentimento de fazer parte de um grupo étnico, assumindo seus valores, hábitos e práticas, nesta lógica, teria um forte papel protetor para estes sintomas de risco (WOOD e PETRIE, 2010).

A pressão social sofrida para alcançar um padrão estético diferente, aliada à insatisfação com a imagem corporal, pode levar também a uma autodepreciação, predispondo à depressão. Nesta investigação a depressão esteve presente para 28,2% das jovens, mas, ao se avaliar a associação entre os comportamentos e fatores de risco estudados, 3,4% das estudantes apresentaram valores > 20 para o EAT e depressão e 2,9% também apresentaram algum tipo de insatisfação com a imagem corporal.

A frequência de depressão encontrada entre estas jovens é significativamente maior do que encontrado na população em geral (3–5%) (TENG, HUMES e DEMETRIO, 2005; CARON e LIU, 2010) e entre pacientes ambulatoriais ou internados (5-16%) (TENG, HUMES e DEMETRIO, 2005). Há autores que salientam que a depressão é um dos fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar, podendo aparecer como desencadeante do processo (OLIVEIRA e SANTOS, 2006). Neste caso, a sua origem estaria em questões relacionadas com condições de vida, relacionamentos interpessoais, traumas, etc. A depressão também pode aparecer como uma consequência das desordens de ordem alimentar, caracterizada pela baixa autoestima, desesperança e incapacidade para ser feliz (OLIVEIRA e SANTOS, 2006). Outra questão importante é que a depressão também está relacionada com o nível de internalização da pressão social sofrida. Diferenças culturais na socialização da emoção, na aceitabilidade da expressão de emoções negativas ou no tipo de estratégias que os pais modelam para os seus filhos administrarem as emoções podem levar a diferenças no desenvolvimento da habilidade da regulação das emoções através de grupos raciais ou étnicos, levando a diferenças no risco de desenvolver psicopatologias adolescentes (MCLAUGHLIN, HILT e NOLEN-HOEKSEMA, 2007).

8.1.3. O que esses resultados nos apontam

Os dados do presente estudo indicam que são as jovens que se identificam como amarelas ou indígenas as mais susceptíveis a desenvolver comportamentos de risco para transtornos de caráter alimentar, fato evidenciado pelos resultados do EAT e do BSQ. Isto contraria a hipótese dos autores de que as mulheres negras teriam maior comportamento de risco para estes transtornos, por sofrerem a pressão da cultura branca/europeia dominante na sociedade soteropolitana. Uma possível explicação para este fato é a quase invisibilidade dos descendentes orientais ou indígenas nesta sociedade e os estereótipos sociais quanto ao corpo desejado para os mesmos, levando à falta de diagnósticos que considerem as

diferenças culturais e étnicas relacionadas ao ideal de corpo e comportamentos alimentares e que possam promover uma intervenção preventiva quanto a esses transtornos. Há também a possibilidade de que as mulheres que se identifiquem como pretas tenham mais fortalecida a assunção e valorização das suas características fenotípicas, levando a um menor risco de insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente, de condutas alimentares inadequadas. O mesmo pode não ser verdadeiro para as mulheres que se classificam como pardas (o que sugere uma ambigüidade quanto à identidade étnica), visto o risco apresentado por estas mulheres de terem 2,5 vezes mais chances para desenvolvimento de imagem corporal desajustada, o que é um indício de que, apesar do resultado do EAT, estas não estão protegidas quanto ao desenvolvimento dos TCA's. Ser aluna de faculdade particular também se apresentou como um fator de risco. Conclui-se então que, entre as estudantes investigadas, há risco para desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar para as mulheres não brancas, que fogem aos padrões hegemônicos de beleza.

A depressão se fez presente como uma comorbidade que deve ser considerada, principalmente quando é avaliada a pressão social sofrida pelos grupos populacionais que não representam a cultura dominante na sociedade, mesmo quando esse grupo não é uma minoria, como é o caso das jovens negras.

A equivalência entre a frequência de estudantes negras na amostra com a frequência de mulheres negras em Salvador é um indicador da possibilidade de generalizar tais achados para o grupo de estudantes em geral nesta sociedade. No entanto, por ter sido o primeiro estudo nesta cidade que investiga a possibilidade de transtornos do comportamento alimentar levando em consideração a dimensão racial/étnica, outros trabalhos precisam ser realizados, nesta mesma perspectiva, para validar os achados dessa investigação.

É preciso considerar o pequeno número de estudantes que se identificaram como amarelas ou indígenas, o que levou à necessidade de agrupamento dessas categorias para permitir a análise estatística, o que pode levar a pensar em um falso positivo para o EAT. De qualquer forma, deve-se considerar que a análise multivariada, ao controlar os fatores de confundimento, apresentou resultados significativos estatisticamente.

Outro fator limitante foi o fato de que apenas 40 estudantes apresentaram EAT > 20 no universo de mais de 600 jovens. Esse pequeno número pode ter interferido no poder de associação da amostra, mesmo considerando que valores pequenos são comuns em investigações que estudam transtornos do comportamento alimentar, dada a sua pequena prevalência, e que a análise multivariada apresentou resultados significativos. Desta forma, pode-se sugerir que a associação de métodos qualitativos e quantitativos pode favorecer um estudo mais robusto e com maiores condições de inferências.

O índice de massa corporal, nesse estudo, foi uma variável de confundimento, do mesmo jeito que a faixa etária e curso. No entanto, vale ressaltar que o número de perdas quanto a

esta variável, devido à falta da informação do peso, da altura ou de ambos, foi um fator limitante, que pode ter interferido nos resultados estatísticos.

8.2. Satisfação com as Características Fenotípicas e Transtornos do comportamento Alimentar em Estudantes de Salvador/Bahia⁶

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA), os transtornos do comportamento alimentar são desordens psiquiátricas, cuja principal característica é uma séria perturbação na imagem corporal e um medo intenso de ganhar peso. Esse medo intenso de engordar pode estar associado à construção de uma imagem do corpo feminino onde a beleza e a magreza extrema se identificam (APA, 2008). Os fatores socioculturais que impõem um ideal de beleza (culto às dietas e ao corpo magro) devem ser considerados ao investigar o risco para o desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar. É sabido na literatura que o culto à magreza associa-se a imagem de poder, beleza e mobilidade social (SCAZUFCA, 1998), levando a mulher a uma insatisfação crônica com seus corpos. Há, portanto, uma tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente.

Este modelo feminino ideal refere-se a um corpo magro, jovem e sem imperfeições, que geralmente corresponde a um padrão de beleza da mulher branca (MARAZANO-PARISOLI, 2004). Surge então, envolvida intrinsecamente, a questão racial, na histórica valorização da mulher branca em detrimento à negra. De acordo com Nogueira (1999), é de suma importância revisar os conteúdos que envolvem o corpo negro, já que sua realidade histórico-social determina configurações psíquicas peculiares.

A comparação entre os traços do branco europeu colonizador e os do negro colonizado embasaram a formulação do padrão de beleza que atualmente se faz presente (GOMES, 2002). No caso das mulheres negras, mesmo com outras condições de vida, a experiência de sofrer o próprio corpo irá determinar formas particulares na constituição da dimensão psíquica, envolvendo certas configurações de sentido que caracterizam, para o negro, a condição subjetiva. Segundo Gomes (2002), atualmente, é principalmente nos espaços sociais, em especial nas escolas, que, desde cedo, o negro se depara com as representações negativas relacionadas ao seu corpo. Nesses espaços, há a imposição de comportamentos e estéticas, a qual reproduz, nem sempre de forma explícita, estereótipos e argumentos de conteúdos racistas, o que resulta, muitas vezes, em experiências públicas por parte do negro de rejeição direcionada ao seu corpo.

Kia Caldwell (2004) afirma que no Brasil há um padrão estético de beleza e feminilidade eurocêntrico, construído socialmente, que se expressa pelo tom de pele e tipo de cabelo considerados bons e belos, que se opõem às características da mulher negra, revelando um padrão de beleza anti-negritude. Este padrão associa as características específicas do corpo negro com a falta de higiene, do cuidado e de atratividade, o que leva à sua rejeição e

⁶ Texto enviado para integrar o livro: *Tranças e Redes: tessituras sobre África, Brasil e Relações Étnico-raciais*, a ser publicado pela editora da UFRB.

influencia a construção da identidade social e racial das mulheres negras. Por outro lado, o indivíduo negro contemporâneo apresenta particularidades, refletindo um corpo que é utilizado, principalmente, como suporte a outra estética, como forma de comunicar o sagrado, o trabalho, o poder e a sexualidade, para, ao final, conquistar o direito à diferença e à alteridade (SCHUMAHER e BRAZIL, 2007).

No entanto, esta expressão da resistência e construção de uma identidade positiva convive ainda com a desvalorização social dos caracteres fenotípicos dos negros. Em se tratando da mulher negra, a pressão pela valorização de um ideal de beleza branco, europeu e magro pode estar relacionada ao desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar. É esta hipótese que justificou a realização desta investigação, que teve por objetivo avaliar a satisfação de estudantes de Salvador em relação às suas características fenotípicas, bem como avaliar a relação desta satisfação com a imagem corporal e o risco para o desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar, tendo a dimensão racial como fator de heterogeneidade associada.

8.2.1. A Satisfação com as Características Fenotípicas

As perguntas do primeiro questionário que avaliavam a satisfação das estudantes em relação às suas características fenotípicas foram quatro: (a) Você se sente satisfeita com sua cor? (b) Você se sente satisfeita com suas características físicas (cabelo, nariz, lábios)? (c) Você sente vontade de modificar ou já modificou alguma destas características: cabelo, nariz e lábios? – esta questão possibilitava múltiplas respostas - (d) Você se sentiria melhor caso modificasse sua aparência?

No primeiro momento foi avaliada a satisfação de um modo geral, através de uma classificação, na qual as alunas que responderam de forma positiva a todas as quatro questões referentes a este tema (ou seja, sim para as duas primeiras questões e não para as duas últimas) estavam muitíssimo satisfeitas com as suas características, as que tiveram uma resposta positiva para 75% das perguntas tinham uma satisfação moderada e as que tiveram de 50% a 0% de respostas positivas, tinham satisfação regular a pouca. Quando se avaliou desta forma, apenas 12,13% das alunas estavam muitíssimo satisfeitas com suas características fenotípicas. A maioria revelou uma satisfação moderada (40,49%) ou regular a pouca (47,38%).

Ao se avaliar cada item separadamente, o grau de satisfação aumentou significativamente. Ao serem questionadas quanto à satisfação com a cor da pele, 94% das entrevistadas relataram estar satisfeitas. Em relação às características físicas de um modo geral, a satisfação caiu para 74,46%. Quase metade (45,6%) das alunas se sentiria melhor se modificasse sua aparência e 52,8% delas sentia vontade ou já havia modificado o nariz, cabelos e lábios. Inegavelmente o cabelo foi o campeão de insatisfação, visto que 77,3% sentia vontade de modificá-lo ou já tinha feito.

Nesse momento nossa investigação se deteve naquelas que haviam declarado sua insatisfação. Quem eram essas jovens? Como haviam se definido quanto à sua raça/cor? As pardas foram as que mais apresentaram insatisfação com suas características, fosse com a cor da pele ou com as características físicas de um modo geral, o que as levava a sentirem vontade de modificar a sua aparência (ver tabela 1). A insatisfação estava três vezes mais presente nas estudantes não brancas do que nas que se definiram como brancas. A vontade de modificar a aparência era 2,2 vezes maior nas estudantes que se declararam pardas. A regressão logística realizada evidenciou esta relação entre a satisfação com as características fenotípicas e a raça/cor, sendo as mulheres pardas as mais afetadas ($X^2 = 14,44$ $p=0,0024$).

Tabela 1. Insatisfação com as características fenotípicas segundo raça/cor

Questões	Frequência (%)				Análise Bivariada	
	Branca	Preta	Parda	Amarela/Indígena	X^2	p
Insatisfação com a cor da pele	22,2	11,1	50,0	16,7	12,47	0,006
Insatisfação com características físicas	6,5	35,7	49,4	8,4	12,40	0,006
Sentiria melhor se modificasse sua aparência	18,5	35,1	40,0	6,5	13,36	0,004

A insatisfação com as características físicas reveladas para algumas alunas definidas como pardas, pode ser reflexo da dificuldade em ver positivamente o que a sociedade diz que é inferior, feio e vulgar. A necessidade de alterar a sua aparência pode ser uma tentativa de lidar com a pressão social para ser o que não se é, de se transformar em um outro, mais aceito e considerado. Estes resultados expressam uma reação aos estereótipos estabelecidos sobre o belo e o não belo pela sociedade branca e europeia, desde a época da escravidão, mas que se mantém até hoje e que são definidos por interesses políticos e econômicos que justificavam a escravização e colonização e hoje fortalecem as relações de poder e hierarquização (GOMES, 2002).

Para Gomes (2002), a sociedade, e especificamente a escola, emitem opiniões e valores sobre a estética negra, principalmente o corpo e o cabelo, que deixam marcas profundas na vida dos sujeitos. O cabelo tem sido um dos símbolos definidores do lugar do sujeito dentro do sistema de classificação racial brasileiro, portanto a manipulação do cabelo, tão presente nas jovens negras, pode expressar sentimento de rejeição, resignificação ou negação do pertencimento étnico/racial.

No seu trabalho, *"Look at Her Hair": The Body Politics of Black Womanhood in Brazil* Kia Caldwell (2004) discute como o corpo e, muito fortemente, o cabelo da mulher negra são

negativamente encarados na sociedade brasileira, evidenciando um padrão de beleza eurocêntrico e anti-negritude. O corpo negro e, especificamente, o cabelo crespo são marcadores do processo de racialização da sociedade. Ela ressalta que o exame das dimensões incorporadas da feminilidade negra evidencia a prevalência de um padrão estético anti-negro que causa impacto no nível da subjetividade das mulheres. Dessa forma, as mulheres negras, na tentativa de desenvolver uma identidade e autoimagem positivas, são obrigadas a se confrontar com os valores da cultura dominante, que caricaturam e desvalorizam suas características físicas, e a reagir a esses valores.

Enquanto para algumas mulheres manter uma estética dita negra, na qual valoriza-se o cabelo na sua forma natural, onde a escolha do que vestir, das cores e dos acessórios a usar são formas de fortalecimento de um pertencimento, de uma identidade, para outras, modificar a aparência, tentar se aproximar o máximo possível da estética branca também é uma forma de posicionamento e de resposta, mas no sentido oposto, o da adequação e aceitação. Desta análise surge um relevante questionamento. Seria esta a questão que envolve as mulheres que se definem como pardas, que, em alguns contextos, não são consideradas brancas e nem se consideram pretas, porém carregam características físicas que lhes dificulta uma identificação imediata ou ao menos mais objetiva, numa sociedade em que o mito da democracia racial ainda é um apelo forte?

Estas mulheres revelam um possível conflito, que se reflete através da insatisfação com algumas características fenotípicas negroides (cabelo crespo, lábios carnudos e/ou nariz alargado). Então, a tentativa de adequação da aparência, em direção a algo que seja mais valorizado pela sociedade seria uma maneira de resposta, a fim de evitar o infortúnio trazido pela negatização do corpo negro, construído socioculturalmente.

8.2.2. As Preocupações com o Corpo e a Imagem Corporal

A preocupação com a imagem corporal foi frequente para 34% das estudantes investigadas e esta variou em leve, moderada e grave. Ao avaliar por raça/cor quem apresentava esta preocupação em maior grau, os resultados indicaram novamente as mulheres que se definiram como pardas e, surpreendentemente, as que se definiram como amarelas ou indígenas também tinham uma preocupação com o tamanho e formato do corpo. A regressão logística evidencia ainda que as mulheres pardas têm 2,5 vezes mais chances de ter uma preocupação grave com a imagem corporal e as amarelas ou indígenas 4,8 vezes mais chances (ver tabela 2).

Tabela 2 – Frequência de preocupação com a imagem corporal (BSQ) por raça/cor em escolares de Salvador – 2009.

RAÇA/COR	S/ Preocupação (< 80)		Leve ($81 - 110$)		Moderada ($111 - 140$)		Grave (> 140)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Branca	68	72,34	12	12,77	10	10,64	4	4,26	
Preta	130	66,67	26	13,33	24	12,31	15	7,69	
Parda	123	64,62	53	19,13	25	9,03	20	7,22	
Amarela/Indígena	70	57,50	9	22,50	4	10,0	4	10,0	
Total	400	66,01	100	16,50	63	10,40	43	7,10	
Análise Multivariada									
RAÇA/COR	Leve			Moderada			Grave		
	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p
Branca	1			1			1		
Preta	1,13	0,47-2,70	0,786	0,89	0,38-2,07	0,784	2,82	0,81-9,78	0,102
Parda	1,73	0,91-3,29	0,092	0,89	0,46-1,74	0,738	2,50	1,01-6,18	0,048
Amarela/Indígena	2,61	1,14-5,99	0,023	1,22	0,42-3,61	0,710	4,76	1,45-15,65	0,010

OR^a – OR ajustado

Infelizmente no Brasil não se tem encontrado estudos que avaliem o impacto que os padrões eurocêntricos de beleza têm produzido na imagem corporal de mulheres não brancas. Estudos internacionais, ainda em pequena escala, têm procurado avaliar esta relação entre pertencimento étnico/racial com as preocupações com a imagem corporal, e conseqüentemente, com a insatisfação corporal e argumentam que a exposição das mulheres às mensagens sociais que associam sucesso, beleza e atratividade com magreza e branquitude levam a uma internalização desses ideais, discrepantes com o que realmente essas mulheres são. Esta discrepância está na base da preocupação com a imagem corporal e conseqüentemente com a insatisfação que vem em seguida. Esses mesmos estudos também revelam que a forma como essas mensagens são internalizadas e a intensidade com a qual elas influenciam a percepção corporal das mulheres variam entre os grupos étnicos e não pode ser generalizada. A identidade étnica nesse processo assume um papel importante, na medida em que expressa o quanto essas mulheres estão fortemente ligadas à sua cultura e não à cultura dominante (STOJEK, FISCHER e COLLINS, 2010; WOOD e PETRIE, 2010).

Alguns pesquisadores ao investigarem 322 mulheres afro-americanas, universitárias, encontraram que quanto mais fortemente identificadas com seu grupo étnico, menos as mulheres internalizavam os ideais sociais norte-americanos em relação à atratividade e beleza. Quanto mais pressão e mensagens sociais elas relataram experimentar, mais indicaram internalizar essas mensagens e mais preocupações elas expressaram em relação

ao tamanho e forma dos seus corpos (WOOD e PETRIE, 2010). Se fizermos um paralelo com os resultados da nossa investigação poderemos hipotetizar que a maior vulnerabilidade à insatisfação corporal, tanto das mulheres pardas, quanto das que se declararam amarelas ou indígenas, pode estar relacionada com a dificuldade de se sentir pertencendo a um grupo étnico (no caso das mulheres que se definiram como pardas) ou de estarem fortemente ligadas às suas culturas de origem (principalmente para as amarelas ou indígenas), em uma cidade como Salvador, que a despeito das expressões de racismo presentes na sociedade, tem uma forte influência cultural africana.

Outro fator importante que pode proteger quanto a essas insatisfações e as consequências que ela provoca é a identidade racial, entendida como os indivíduos compreendem a si mesmos enquanto seres raciais. Alguns estudos realizados nos EUA têm mostrado que mulheres que idealizam a branquitude tendem a se engajar em formas restritivas de atitudes e comportamentos relacionados aos transtornos alimentares. A compreensão de como as garotas respondem ou internalizam o racismo pode prover informações relacionadas à como elas podem manifestar esses sintomas (TALLEYRAND, 2010).

8.2.3. Comportamento de Risco para Transtornos do Comportamento Alimentar

O teste de atitudes alimentares foi o instrumento utilizado para investigar a presença de comportamentos de risco para o desenvolvimento dos transtornos de caráter alimentar. Para um grupo de 610 respondentes, foi encontrado comportamento alimentar desordenado (caracterizado por um escore no EAT-26 acima de 20) em 6,6% das estudantes.

Alguns estudos realizados em estudantes de outras regiões do país, utilizando o EAT-26, encontraram um valor significativamente maior para esses comportamentos. Um estudo com estudantes de 7 a 19 anos, de escolas públicas de Minas Gerais, apresentou uma prevalência de 13,3% de transtornos do comportamento alimentar (HAY, 2002). Outra investigação realizada em Santa Catarina encontrou uma prevalência entre escolares da rede pública e privada, com idade entre 10 a 19 anos, de 15,6% (VILELA et al, 2004). Pode-se conjecturar que a maior presença de jovens definidas como negras na cidade de Salvador tenha sido um fator de proteção para essas garotas, justificando o menor percentual de estudantes em risco para os transtornos do comportamento alimentar, ao contrário dessas outras localidades, situadas no sudeste e sul do país, com menor influência da cultura africana. Essa hipótese se coaduna com o que os estudos realizados nos EUA vêm evidenciando quanto à força protetora da identidade racial e étnica em relação ao desenvolvimento dos transtornos de ordem alimentar.

No presente estudo, ao avaliar a relação entre comportamentos alimentares desordenados e pertencimento étnico/racial encontrou-se que as estudantes que se definiram como amarelas ou indígenas eram as que mais estavam em risco de desenvolver transtornos alimentares, o que pode ser verificado na tabela 3.

Tabela 3. Comportamento alimentar desordenado (EAT) por raça/cor em escolares de Salvador, 2009.

RAÇA/COR			Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	EAT > 20	(%)	OR	IC (95%)	P	OR ^a	IC (95%)	p
Branca	5	5,3	1			1		
Preta	12	6,2	1,2	0,52-2,60	0,705	1,17	0,45-3,09	0,744
Parda	17	6,1	1,2	0,45-2,97	0,758	1,25	0,46-3,45	0,655
Amarela/Indígena	6	15,0	3,1	1,11-8,90	0,031	3,59	1,02-12,64	0,047
Total	40	6,6						

OR^a = OR ajustado

Como dito anteriormente, no Brasil, o estudo dos transtornos do comportamento alimentar em função do pertencimento étnico/racial é negligenciado. O único estudo existente que avaliou transtornos de caráter alimentar em grupos diversos etnicamente foi o de Sampei et al (2009), no qual foi investigado o resultado do EAT-26 em adolescentes nipônicas e caucasianas, sem nenhuma ascendência de outra etnia, na cidade de São Paulo. E para as caucasianas o risco de comportamentos alimentares desordenados foi maior do que para as nipo-brasileiras, contrário ao encontrado na nossa investigação. As autoras argumentam que talvez o nível de adaptação dessas jovens, que já fazem parte da terceira ou quarta geração no Brasil, seja grande, pois já assimilaram a cultura do país em termos de beleza.

Um estudo realizado por Striegel-Moore e seus companheiros (2011), avaliou sintomas comportamentais de transtornos alimentares em nativo-americanas e verificou que as indígenas e nativo-americanas nos EUA apresentam mais tais sintomas do que as brancas, reforçando a ideia de que esses transtornos não são tão incomuns quanto se pensa entre as ditas minorias étnicas. A pouca exploração dessa relação e a dificuldade de diagnóstico dos sintomas de risco entre pessoas desses grupos podem estar relacionados aos estereótipos quanto aos padrões corporais valorizados por eles e a proteção exercida pelas normas culturais tradicionais.

Os estudos realizados na América do Norte demonstram que as mulheres negras são menos propensas a desenvolver anorexia ou bulimia e mais susceptíveis à compulsão alimentar e obesidade do que as caucasianas e hispânicas e têm menos acesso a tratamento e identificação destes transtornos (MILLER & GOLDEN, 2010; WALCOT & PATEL, 2003). Estes resultados reforçam os achados do nosso estudo e fazem supor que o padrão de beleza da mulher negra soteropolitana esteja mais associado a um perfil fenotípico com mais curvas, o que pode vulnerabilizá-la mais para as compulsões alimentares e a obesidade.

Fato é que, no presente estudo, as mulheres definidas como pardas foram as que apresentaram maior insatisfação com suas características fenotípicas, seja a cor da pele, o tipo de lábio, nariz ou cabelo. Além disso, foram essas mulheres que também manifestaram maior desejo de modificação da sua aparência. Esta insatisfação se traduziu na preocupação com o formato e peso corporal, que pode levar a uma insatisfação com a imagem corporal.

Essa insatisfação é expressão de como as características fenotípicas da mulher negra, seu corpo e seu cabelo, evidenciam a ideologia racial e de gênero na sociedade soteropolitana, sustentada pela valorização das características euro-ocidentais, ou seja, pele branca, cabelo liso, corpo magro, como sinais de beleza, sucesso e atratividade, e a negação e rejeição das características negras, associando-as quando muito à prontidão para o sexo.

A necessidade de alteração dessas características, como cabelo, nariz e boca, informa, para além de uma simples capacidade de escolha, que as coloca como autônomas de suas vidas e seus corpos, mas também uma possível negação de sinais que as associam com o que é definido socialmente como feio, sujo e de menos valia. Esta relação com seu corpo e suas marcas anuncia uma vivência conflituosa, pois revela a complexidade das relações raciais na nossa sociedade, no qual o mito da democracia racial dissimula a dificuldade de definição étnica e racial dos indivíduos. As pessoas que estão em uma posição intermediária na escala de classificação de cores, presente na sociedade brasileira, fruto da miscigenação aqui ocorrida, têm dificuldade de se identificar, caso não façam uma assunção da sua ancestralidade e da sua história.

Quando consideramos que as mulheres definidas como pretas não estavam tão susceptíveis a esta insatisfação, podemos sugerir que quando uma mulher se define como preta há uma identidade racial expressa nessa definição, possivelmente associada a uma identidade étnica. Ao contrário, para as mulheres que se identificam como pardas é possível que ainda haja um conflito relacionado com essa construção identitária, o que é evidenciado pela dificuldade em aceitar as suas características e marcas fenotípicas.

O singular nesta relação entre satisfação corporal e possibilidade de desenvolvimento de um padrão de comportamento alimentar radical e estressor, com consequências graves para a saúde, é o fato de que as mulheres negras, apesar do apelo midiático para uma magreza extrema como signo de beleza, a despeito da pressão social ainda presente em relação a um padrão de beleza diverso do encontrado na maioria das mulheres em Salvador, apesar de ainda vivenciarem o racismo em todas as suas formas de expressão, não se encontravam, neste estudo, propensas a desenvolverem transtornos como anorexia e bulimia, correspondendo aos achados de estudos internacionais. Esta tendência pode se explicar pelo fato dos referentes de beleza para estas mulheres serem de outra ordem, como as “mulatas” das escolas de samba e as dançarinas dos grupos de pagode, que possuem corpos mais curvilíneos, presentes também no imaginário popular, ou por este conflito com as próprias características se expressarem mais através de compulsões alimentares, levando-as a obesidade?

Paralelo à desvalorização social no Brasil dos sinais diacríticos das mulheres negras há, em Salvador, uma forte resistência aos padrões hegemônicos de beleza e atratividade e uma assunção da beleza natural da mulher negra brasileira ou de uma aproximação cada vez maior de uma estética africana. A identidade racial e/ou étnica por trás desse comportamento pode também ser um fator protetor para o desenvolvimento desses

transtornos. A continuidade de investigações como esta se faz necessária no intuito de aprofundar e esclarecer tais questões.

8.3. Ideais de Beleza e Imagem Corporal entre Estudantes Negras de Salvador

A percepção dos ideais de beleza e imagem corporal entre as mulheres negras em Salvador se deu neste trabalho em comparação com mulheres que caracterizam o seu oposto em termos de aparência física e de identificação, ou seja, as mulheres não negras. Essa comparação se fez necessária devido à alta influência na sociedade soteropolitana, e brasileira como um todo, de padrões femininos caracteristicamente europeus, o que interfere nos ideais valorizados, na percepção corporal de si e dos outros e nos comportamentos resultantes dessas crenças e percepções entre jovens, adultos e até mesmo crianças, sejam negras ou não (GOLDEMBERG, 2005).

É fato, já documentado na literatura (MENDES, 2002; ANDRADE e BOSI, 2003), que o processo de globalização contemporâneo, o avanço tecnológico e o acesso cada vez mais facilitado às regras e normas culturais do outro, através dos diversos meios de comunicação, permite um intercâmbio de crenças e valores, que interferem no modo de vida das pessoas de maneira geral. Tais entrecruzamentos serão mais ou menos fortes para cada indivíduo dentro da sociedade a depender da força da sua própria cultura, em dado momento, e da identificação deste com ela. A identidade cultural, que envolve também a identidade étnica, racial e de gênero, tem um papel importante na manifestação do processo de integração cultural vivido em cada sociedade. E esse processo esbarra, inexoravelmente, na relação de cada indivíduo com o seu corpo, ou seja, consigo mesmo.

Para entender os padrões de beleza idealizados por jovens estudantes negras vivendo numa sociedade majoritariamente de pessoas de origem racial africana, mas que convive também com esta interferência euro-americana dos valores sociais dominantes, característicos do mundo capitalista moderno, é preciso contrapor-los a esses valores. A partir dessa compreensão, é possível elucidar como eles conformam a imagem corporal dessas jovens e os fatores que interferem nessa construção.

Entre as 626 garotas para as quais foram aplicados os instrumentos de triagem para risco para os transtornos alimentares, preocupação com a imagem corporal e depressão, foram selecionadas 41 estudantes para uma investigação mais aprofundada, e destas, 19 participaram através de entrevistas e/ou grupos focais. No entanto uma entrevista se perdeu e ficaram 18 estudantes, das quais 10 se identificaram como pretas. Para as análises que se seguem, as estudantes foram divididas em dois grupos, as que se definiram como pretas e as que assumiram outra definição de raça ou cor, incluindo nesse grupo as pardas, diferente do que foi feito para a análise estatística. Esta classificação foi assumida devido ao caráter ambíguo que possui essa autodefinição como parda, e por considerarmos que as pessoas que se percebem dessa forma ainda estão mais presas aos valores estéticos brancos, dominante.

Neste capítulo foram utilizadas as respostas do BSQ – Body Shape Questionnaire e do BDI – Beck Depression Inventory. É importante salientar que valores do BSQ abaixo ou igual a 80 foram caracterizados como ausência de preocupações com o formato e tamanho corporal e para valores acima desse limite, considerou-se a preocupação com o formato e tamanho corporal, nos diversos níveis, leve, moderada ou grave, definidos pela literatura. A satisfação corporal foi avaliada a partir das informações obtidas através das narrativas. Procedeu-se dessa maneira com o intuito de avaliar a convergência dessas informações e de poder entender melhor as possíveis divergências, oferecendo dessa forma pistas mais amplas sobre o processo de associação entre as concepções de beleza e a imagem corporal de cada estudante.

Compreende-se aqui imagem corporal não apenas como a percepção que cada jovem tem do seu corpo, mas os sentimentos relacionados a essa percepção, que envolve fatores não somente físicos, mas também emocionais, sociais, culturais.

8.3.1. Os Ideais de Beleza versus os Padrões Sociais de Beleza

Foi unânime para todas que se definiram como pretas que o ideal de beleza para elas está relacionado com a magreza, mas uma magreza diferente da estabelecida para as modelos, ou as demonstradas e exibidas pelas bonecas “Barbies”. O ideal de magreza, nesse caso, tem relação com pernas grossas e bumbum saliente, mas não como as mulheres consideradas “gostasas” que figuram nos reality shows (Big Brother) ou escolas de samba, ou seja, querem mais corpo, mas sem exageros. A ausência de barriga, o peito não muito grande e altura também são requisitos necessários para ter um corpo considerado bonito. Há também uma valorização do rosto em detrimento do corpo. Para algumas basta ter o rosto bonito, independente de corpo ou tipo de cabelo, mas para outras, o nariz afilado e o cabelo alisado são componentes importantes de uma pessoa descrita como bela.

“Não por que assim eu acho que bonito não é bem o que é desenhado, tem que ter alguma coisa que te marque. Pra mim o que é bonito nem sempre é o que todo mundo acha bonito, porque bonito é o diferente de cada pessoa, é aquele rostinho fininho com aquela sobrancelha mais grossa, aquela pessoa que no caso tem um narizinho fininho com o bocão grandão, eu acho bonito assim. Não é muito aquele desenho Barbie, Gisele eu não acho muito bonito aquilo não (Galáxia, negra)”

“Um corpo bonito é um corpo saudável. Que não precisa você ser seca, esturricada, doente, mas também não precisa você ser gorda, baleia, pra também tá doente. Você tem que ter um corpo médio e estar normal, tudo normalzinho (Tainaçá, negra)”

“Todo mundo acha mulher gostosa aquela Priscila do Big Brother, eu, meu Deus! que perna enorme, não sei o que, como achar bonita?! (Jaciera, branca)”.

Quanto à diferença entre as características raciais, enfatizam que o padrão de beleza é branco, principalmente para a mídia. Acreditam que a sociedade valoriza e aceita a mulher branca e por isso esta não precisa se preocupar tanto com a ditadura da beleza quanto a mulher negra, que precisa se preocupar com o corpo, o cabelo, etc. Acham que a sociedade não enxerga a mulher negra como bonita. No entanto, para elas a mulher negra é mais bonita do que a branca por causa do olhar, mais expressivo (Galácia enfatiza que os olhos da mulher negra são mais redondos, penetrantes e cativantes e que o olho claro é bonito, mas não tem um “olhar bonito”), da cor da pele, da boca (grande, larga e grossa), do corpo, dos dentes e, para algumas, do cabelo crespo, associado com o natural. O cabelo se apresenta como um ponto de divergência, pois algumas acham o cabelo da mulher branca mais bonito, a ponto de acreditarem que a mulher negra, para estar apresentável, cuidada, deve ter o cabelo alisado. Algumas acham que esta é uma necessidade para se adequar ao padrão social, para ter acesso a emprego e ser aceita nos grupos sociais. Outra característica salientada na mulher branca é o nariz afilado, considerado bonito, em detrimento do nariz negro.

“As pessoas fazem diferença quando a pessoa é negra. Ou então, dizem que não é bonito por que é negro. [...] ah... Inclusive, eu já vi pessoas falarem assim: puxa, ela é bonitinha, né? E é negra! Tipo assim: puxa, ela é bonita e ainda é negra! Tipo assim: beleza negra não é bonita. Por que não é bonito? Por que um black não é bonito, sabe? (Dalva, parda)”.

“A mulher negra gosta... gosta não, é imposta, de ter relaxar o cabelo. Eu mesmo tenho que relaxar meu cabelo porque é mal vista a mulher que tem o cabelo grande e enrolado. Pensam que a pessoa é desleixada, largada... você tem que tá arrumada, americanizada, no padrão europeu. Porque p meu cabelo é já nasceu cacheado e eu vou e transformo ele pra ficar igual o da branca, pra deixar ele liso, entendeu? Infelizmente tem que seguir o padrão. Você tem que estar padronizada até pra arrumar um emprego pra sobreviver porque senão você é mal vista. Sou nega e tenho que alisar meu cabelo, porque senão sou mal vista. Então é melhor seguir e ser bem vista do que não seguir e me dar mal (Tainaçá, negra)”.

Essa associação do formato de determinadas partes do corpo e do tipo de cabelo com a presença ou ausência de beleza é muito forte na sociedade Brasileira, para a qual os traços fenotípicos caracteristicamente negros, como nariz largo e cabelo crespo, são considerados sinais de falta de beleza, ou mais incisivamente, da fealdade. A antropóloga Norte Americana Kia Caldwell enfatizou tal relação no seu texto, no qual avalia as políticas de feminilidade brasileiras através dos significados sociais do cabelo crespo (2004). Ela enfatiza

como o cabelo crespo, classificado como ruim, é um marcador da identidade racial e social. Neste sentido, a textura do cabelo assume papel significador de atribuições individuais. Segundo a autora, na sociedade brasileira é construído um padrão estético anti-negro, que valoriza características opostas às da população negra, como cabelo liso, nariz afilado e pele branca. Nesse sentido, os aspectos corporais da mulher negra são associados à fealdade, falta de atratividade e de higiene. Isso é legitimado na sociedade através de músicas, piadas e brincadeiras, banalizadas pelos indivíduos como algo sem importância, sem maiores intenções, mas que reforça uma estética e ideal de branquitude nessa sociedade.

Assim como Kia Caldwell, Nilma Gomes (2002) também considera o cabelo crespo como um signo, uma linguagem que informa e comunica sobre as relações raciais. Para ela, o cabelo crespo, tido socialmente como símbolo de vergonha, produtor de estigmas, pode também assumir papel de expressão de reconhecimento da origem africana, de resistência e denúncia do racismo social. O estilo e a forma de manipulação desse cabelo podem tanto revelar um conflito identitário como a assunção de uma identidade afro-brasileira. Nesse caso, podemos também questionar se arrumar o cabelo de forma a se assimilar à aparência do cabelo liso não seria também manifestação de autonomia nas escolhas estéticas, configurando dessa forma autoconfiança e assunção do direito de ser e estar como se quer.

Na opinião das jovens, na sociedade, há também uma associação da beleza característica da mulher negra com maior prontidão para o sexo, levando a uma desvalorização dessas mulheres para um relacionamento mais sério e duradouro, como o casamento. Nesse caso, na opinião delas, a mulher dita morena acaba resolvendo a questão, pois está no meio termo, tem as características da mulher negra (perna e bumbum) e da mulher branca; no entanto, assim mesmo a mulher branca é geralmente a eleita para casar.

“Porque a gente tem mais corpo, então acho que a sociedade impõe isso, a mulher negra é negra e tal, mas mais gostosa do que a branca, em alguns casos é bem mais. Acho que tem isso, a sociedade impõe isso. [...] É... como uma pra casar. Eu já vi esse ditado, ‘ah! mulher morena a gente pega e tal, é gostosa e tal, mas a branca, a gente tem que casar com ela, é bom uma morena que valoriza os dois, é meio branca, é meio negra, ela tem bundão, tem pernã, mas tá na medida’, tem isso. Acho que tem. A questão do corpo (Marisol, negra)”.

Este é um exemplo da interseccionalidade entre raça e gênero afetando a vida das mulheres e a forma diferenciada como são consideradas na sociedade. Alguns estudos (STOLCKE, 2000; CALDWELL, 2000; CALDWELL, 2009) discutem como tanto o gênero quanto a raça são formas de dominação e como estas estão associadas no tratamento desigual recebido por homens e mulheres, brancos e negros. As relações afetivas e sexuais são um exemplo de como esta intersecção opera, valorizando de forma diferenciada mulheres brancas e negras. A associação das mulheres negras e, principalmente miscigenadas, como as chamadas mulatas, com uma sexualidade desenfreada e com a prostituição ainda é comum na

sociedade contemporânea brasileira, enquanto as mulheres brancas continuam sendo consideradas as apropriadas para relações que se caracterizam pelo compromisso, matrimônio e constituição de família. Essa relação traduz o papel hierarquizado da mulher na sociedade brasileira e a construção de uma feminilidade, na qual a mulher branca é valorizada e associada à beleza, em detrimento da mulher negra, que é desvalorizada e associada ao labor sexual e manual (CALDWELL, 2004; PINHO, 2004).

Também para as jovens não negras, o padrão de beleza social é diferente do que chamam de beleza negra. Para elas, a sociedade valoriza o cabelo e a cor da mulher branca, mas gosta do corpo da mulher negra. No entanto, Céu enfatiza que a mulher negra só é aceita se possuir traços finos, ou um estilo próprio, peculiar, ou então pelas suas características intelectuais. Se for gordinha e baixa é preterida em relação a uma mais clara. Ficou evidenciado nas falas que o preconceito impede a valorização da beleza negra. Mas, no grupo focal, também foi salientado a influência das diferenças sociais e econômicas na definição do que é belo. Novamente o cabelo é salientado como um fator muito forte de diferenciação da beleza entre a mulher negra e branca, evocando o cabelo liso como o socialmente valorizado.

“Assim, querendo ou não, hoje em dia ainda tem preconceito racial e eles tem um padrão de beleza, a não ser que seja uma negra bem feita, de traços finos, que trata... não digo o cabelo não, mas que faz trancinha, que seja do estilo dela. Que seja bem apresentável, que tenha uma conversa boa, se destaca sim. Mas se não for, se for mais gordinha, se for baixa, eu acho que eles entre uma branca e uma moreninha, eles sempre tendem pra o mais claro, a não ser que se destaque intelectualmente. Se não tiver muitos conhecimentos tem diferença, sim. Eu acredito (Céu, branca)”

Essa intersecção entre raça e classe também é discutida na medida em que a ascensão social para algumas pessoas negras provoca uma mudança de estilo, relacionado a vestuário, adereços e, principalmente, forma de arrumar o cabelo. O alisamento do cabelo é um dos primeiros passos para se aproximar de um padrão fenotípico branco e “mais adequado” ao nicho social ao qual tais pessoas acreditam que passam a fazer parte. Esse distanciamento de si para se moldar a uma estética valorizada parece ser uma busca de aceitação e reconhecimento, onde apenas a mudança de condição socioeconômica não basta.

A utilização do corpo na mobilidade social é discutida por Cheney (2011) quando investigou as narrativas de mulheres diversas etnicamente vivendo nos EUA. Ela percebeu como o corpo era utilizado para negociar os desequilíbrios de poder presentes nas relações sociais diárias. Para essas mulheres, modelar seus corpos dentro de um padrão que simboliza status e prestígio permitia a reformulação de suas identidades e, conseqüentemente, o fortalecimento de sua autoestima. Mulheres que são socialmente marginalizadas por conta da sua origem social ou étnica podem usar seus corpos para negociar uma série de iniquidades e desvantagens, distanciando-se de sua identidade social, étnica ou religiosa, buscando reconhecimento, aceitação social e sentimento de pertencimento.

Segundo Susan Bordo (1997), na cultura ocidental contemporânea as regras da feminilidade são transmitidas através de imagens visuais padronizadas, fazendo com que a feminilidade se torne uma questão de interpretação, da representação exterior adequada ao ser. Portanto modelar o corpo com o objetivo de aceitação social atende à regra pela qual sabemos como o ser feminino deve ser através do discurso do corpo, ou seja, como este corpo deve estar configurado, as roupas que devemos usar, as expressões, movimentos e comportamentos exigidos socialmente.

É importante enfatizar que esta norma ou regra varia entre culturas e numa mesma cultura ao longo do tempo. O corpo feminino gordo já foi considerado na cultura ocidental como sinal de abundância, bem como aptidão para a procriação, e ainda hoje, em algumas culturas ou grupos sociais significa saúde, boa alimentação, principalmente nas sociedades nas quais há escassez de alimento. Por outro lado, a aparência feminina já variou de uma perspectiva higienista e ligada à moral católica, do início do século XX, à ideia de direito da mulher nos anos 50, quando a falta de beleza era associada à negligência, insegurança e problemas individuais, dando início à influência dos produtos cosméticos no alcance da estética que tornaria estas mulheres felizes e satisfeitas (POULAIN, 2004; SANTA'ANNA, 1995).

Nesta perspectiva, entende-se porque o nariz da mulher branca, afilado, foi novamente citado como sinal de perfeição. Rubídea diz que o nariz do negro é mais alargado, devido à sua origem africana, ou seja, a origem como explicação para não perfeição em relação a essa característica, pois o que vem do continente africano significa o selvagem, o exótico e o que simboliza a Europa expressa a fineza e elegância. O peito e a bunda são outras partes do corpo feminino muito valorizadas nessa comparação, na qual o bumbum da mulher negra é considerado mais bem formado, mais bonito do que o da mulher branca, segundo Rubídea, “molenga e chulado”. Ao contrário das mulheres negras, esse grupo valoriza o peito grande da mulher branca. Jaciara chegou a comentar que ter peito pequeno e bunda grande parecia coisa de negro, mas que ela atualmente acreditava ser coisa de brasileiro. Outra crença mítica por parte dessa mesma estudante é em relação à estrutura do corpo da mulher negra, a ponto de afirmar que ela não tem celulite. Um consenso entre os dois grupos é que, independente da cor da pele, a magreza é fundamental.

“Se você for olhar, o nariz do negro não é feio, mas, eles pela região que é da África, geralmente, eles são mais alargados. O do branco, não sei porque, que eles tem o nariz bem feitinho, como eu disse, tem negros que têm o nariz bem feito [...] Geralmente, o branco, uma boa parte do branco tem o nariz mais bem formado, mas não é o caso de todos, mas em compensação o bumbum é feio. A negra tem o bumbum mais bonito. Você tira pelas dançarinas lá do samba do Rio de Janeiro, a maioria são negras. Por quê? porque o bumbum da negra é maior, é mais bem formado. O branco não. O branco, geralmente, é chulado (Rubídea, branca)”.

Para todas as entrevistadas negras, o referencial de beleza privilegiado pela sociedade é diferente do que elas afirmam considerar belo. Citam novamente a magreza e a altura dos modelos como algo que não é bonito, apesar de ser valorizado socialmente, a ponto de Raio de Luz ao comparar-se a estas afirmar, *“se fossem bonitas, eu seria considerada perfeita”*. O corpão das passistas das escolas de samba, também valorizado socialmente, é considerado exagerado na opinião delas.

Para o grupo das garotas não negras o ideal corporal também está relacionado com certo equilíbrio, simetria e proporcionalidade. O corpo ideal é o corpo médio, alto, com uma bunda e perna não muito grande, proporcional, sem barriga e com mais peito. A mulher não deve ser “seca”, mas pode ser mais “cheinha”.

Fica patente nos dois grupos que tanto a magreza extrema quanto o excesso, tão comum entre as figuras midiáticas da sociedade contemporânea, que utilizam de artifícios para aumentar o bumbum e os seios, ou para emagrecer, não se refletem muito nos desejos das jovens de Salvador como acontece em outros grandes centros metropolitanos, como o Rio de Janeiro (Goldemberg, 2005), por exemplo. Parece que, apesar de também existir uma perseguição de um corpo perfeito, ideal, este corpo, necessariamente teria o equilíbrio como tônica importante.

“[...]Ela é na proporção. Eu acho um corpo ideal, um corpo que você veja e não ache nada muito grande nem muito pequeno. Que você olhe e fale “que legal”. Entendeu? Tá na média legal, o corpo dela (Tainaçá, preta)”.

“Na verdade, acho que a simetria mesmo, se o corpo é bem proporcional, acho que isso é mais bonito do que suas partes ou bunda muito grande (Dalva, branca)”.

Apesar da aparente similaridade expressa pelos dois grupos, ao externarem referenciais de beleza que exemplificariam esse corpo tido como belo, as diferenças começam a aparecer, e este equilíbrio não é tão evidente assim. Para as jovens negras, referenciais familiares como mãe, irmãs e primas é a primeira opção ao pensarem em corpos bonitos, informando que as principais influências para elas estão mais próximas da sua realidade e alcance. O corpo “corado e bronzeado” também é salientado, ao darem exemplos midiáticos de pessoas bonitas, principalmente mulheres (Taís Araújo, Camila Pitanga, Preta Gil, Solange Couto, Ana Paula Arósio). Já o referencial social de beleza (Gisele Bündchen, Carla Perez, Ivete Sangalo e Ana Rickman) para as não negras é diferente do escolhido pelas mulheres negras, o que evidencia nos dois grupos certa identificação com um determinado estereótipo. Para o grupo das jovens negras, mulheres com tom de pele e tipo de cabelo mais próximo do que elas mesmas possuem, e para as jovens do grupo não negro, pele clara, cabelo louro.

Interessante é que apesar de clamarem por equilíbrio nas formas corporais, para o primeiro grupo, Gisele Bündchen aparece como exemplo de corpo que não é bonito, justamente por sua magreza excessiva, diferente do segundo grupo que a escolhe como referência social de

beleza. Importante também perceber que para as jovens negras, as mulheres escolhidas como referencial possuem uma silhueta que gradua de um corpo magro, mas curvilíneo (Taís Araújo, Camila Pitanga), até corpos como elas mesmas denominam, mais cheinhos (Solange Couto, Preta Gil). Para as jovens não negras, um padrão magro, mais caracterizado como modelo de passarela, como Ana Rickman e a própria Gisele Bündchen, aparece juntamente com pessoas com um padrão corporal mais próximo do tal equilíbrio descrito anteriormente (Ivete Sangalo), apesar de Carla Perez, que representa o biótipo corporal das mulheres consideradas gostosas, também ter aparecido como referência para uma das jovens.

Quanto aos homens, apesar das jovens criticarem o padrão malhado, musculoso, forte, valorizado socialmente, quando questionadas sobre qual o ideal de beleza masculino para elas a resposta acaba sendo a mesma que antes foi criticada, ou seja, não conseguem se dissociar do padrão masculino de beleza quando da possibilidade de fazer as suas escolhas pessoais. As jovens não negras também acreditam que a sociedade valoriza os homens que possuem barriga tanquinho, músculo e bunda. Mas também salientam que se o homem malhado não tiver boa aparência, é confundido com marginal ou usuário de drogas. O que seria boa aparência, nesse caso, fica implícito que está relacionado com os padrões sociais brancos. *“Se for um negro que não é bem aparente, ou é ladrão ou é maconheiro (Céu, branca)”*. Mesmo assim, acham o homem negro mais bonito, mais forte, musculoso e com um corpo mais definido. Dalva (parda) chega a afirmar que não considera os europeus (altos, de forma reta, cabelos louros, quase brancos) bonitos.

“[...] agora, se você for falar branco europeu, sinceramente, eu não acho tão bonito assim, sabe? Eu não acho. Branco europeu, assim, bem alto, bem magro, assim, reto, as formas, ne, forem bem retas. E o negro, ele vindo da África, ele tem um formato bem diferente (Dalva, branca)”.

Essas escolhas referentes à beleza e corpos belos para homens e mulheres estão diretamente relacionadas aos papéis de gênero, também construídos socialmente, como são os padrões de beleza. As mudanças dos padrões corporais ao longo do tempo foram acompanhando as mudanças na percepção dos papéis femininos. A imagem da mulher frágil, lânguida, suave, delicada foi se associando também ao papel contemporâneo da mulher independente, autossuficiente e de sucesso, conquistado a partir da luta dos movimentos feministas. Ao mesmo tempo em que atualmente espera-se da mulher a correspondência a esse novo papel exige-se também que mantenha a doçura e os requisitos da mulher submissa e dominada, o que, juntamente à massiva propaganda que faz acreditar na possível modelagem do corpo de acordo com seu interesse e vontade, leva a uma contradição de desejos e a uma busca pelo controle do corpo com o objetivo de alcançar essa perfeição sonhada e idealizada. Mulheres magras, exibindo um corpo perfeito são associadas ao sucesso, independência e felicidade, mas ao mesmo tempo não devem perder a meiguice e doçura. Já para os homens, o papel masculino dominador é representado pelo homem musculoso, forte, de corpo definido. No entanto, tem crescido também os homens

chamados metrossexuais, que se preocupam com a aparência e beleza, usando de artifícios estéticos que até pouco tempo eram prerrogativas femininas (BEHAR, 2010).

O conceito de Androgenia criado em 1974 por Sandra Bem é avaliado por alguns cientistas e pesquisadores como a alternativa saudável para as mulheres em relação a essa exigência de papéis, que, a princípio, parecem contraditórios e difíceis de ser alcançados. Segundo esse conceito, a pessoa andrógina assume características de papéis ditos femininos ou masculinos, de acordo com a situação e a necessidade (BEHAR, 2010).

“A pessoa andrógina pode ser agressiva ou condescendente, forte ou dócil, sensível ou assertiva, como a situação em particular requeira. É mais adaptável, se comporta de maneira apropriada frente a uma situação dada, sem se importar se a conduta é masculina ou feminina. (...) Os sujeitos andróginos são mais livres, mais adaptáveis e emocionalmente mais saudáveis que aqueles que restringem sua conduta aos padrões dos papéis sexuais mais tradicionais (BEHAR, 2010)”.

Nessa perspectiva, segundo esses estudiosos, as mulheres que assumem identidade andrógina estão mais protegidas da baixa autoestima, da instabilidade emocional e das inseguranças em relação aos seus corpos, do que as mulheres que assumem um papel feminino mais tradicional (BEHAR, 2010). Para Bordo (1997) como a construção da feminilidade e masculinidade ocorre por um processo de exclusão mútua, esse ideal andrógino, nessa cultura de consumo de imagens, ao contrário do que defendem outros estudiosos, leva a uma contradição interna e transforma-se em um conflito que divide o sujeito em dois e que para ela tem a anorexia como exemplo desta batalha entre aspectos considerados masculinos e femininos, ou seja, o controle e a obediência, especificamente.

Ao cruzar as perspectivas de gênero e raça, as diferenças se ampliam, pois o que é considerado belo e valorizado socialmente, os padrões associados a sucesso, independência, competitividade, acabam por privilegiar não somente os papéis de gênero ditos masculinos, mas também um grupo racialmente definido pelas suas características fenotípicas. Ser mulher negra é socialmente diferente de ser mulher branca e essa diferença traz consequências para os papéis assumidos dentro da sociedade, beneficiando as mulheres brancas.

A percepção do belo também como algo intrínseco ao ser humano esteve presente nos dois grupos investigados, mas de forma discretamente diferente. Para as jovens negras, o belo estava associado com características emocionais e/ou relacionadas com o bem estar. Raio de Luz afirmou que corpo não é sinal de beleza e que esta é pessoal. Não há corpo perfeito, na declaração de Tainaçá. Comungando com esta opinião está a declaração de que bonito é o que cada um traz de diferente, e não o que todos consideram bonito (Galáxia diz “*bonito não é o que todo mundo acha bonito, é o diferente de cada pessoa*”), fazendo uma

referência à padronização dos ideais de beleza e que geralmente são seguidos pela maioria das pessoas.

As garotas não negras acreditam que a magreza como padrão de beleza é inerente à mulher e que a mídia influencia esse padrão por valorizar as mulheres magras e criticar as gordas. Acreditam que há um uso do corpo pela sociedade, através da propaganda e publicidade de um modo geral. Mas, apesar da influência da mídia, consideram que haja um padrão de beleza diferente em cada sociedade. No entanto, ficam divididas quanto a essa diversidade, pois umas acham que é preciso estabelecer um parâmetro para o que seja belo, e outras falam da importância de valorizar os diversos padrões, levando em consideração não apenas o exterior, mas também as características internas das pessoas, ou seja, personalidade, caráter, etc.

“Eu acho que as pessoas nunca estão assim satisfeitas né. Sempre tem alguma coisinha que está querendo mudar. Ah, não gosto do meu nariz, ou então é magra assim, eu quero engordar mais um pouco, feito eu, é o cabelo, não está... Eu acho que as pessoas são assim, todos os lugares que a gente for, não só nesse país, mas acho que todos os países são assim. Ninguém tá satisfeito com...” (Rubia, parda).

“A gente tá sempre se queixando, você tem um corpo perfeito, mas a gente sempre vai achar um defeitozinho que a gente fala, eu quero mudar isso, você nunca tá satisfeito, nunca, nunca” (Sirena, branca).

Essa percepção que as jovens possuem da preocupação com a beleza como algo inerente e natural a toda mulher reforça algumas conjecturas realizadas por alguns autores de como na sociedade pós-moderna, globalizada, tecnológica, há uma tendência à perda da identidade, em consequência dessa fragilidade de limites entre o eu e o outro, seja esse outro indivíduos, comunidades, grupos, países.

Ao mesmo tempo, o investimento massivo no individualismo, no qual o corpo passa a ser objeto de construção de subjetividades, objeto esse que “posso manipular” de acordo com regras e normas, não construídas por mim, mas que me fazem acreditar que são minhas, criam a ideia de que algo construído social e culturalmente seja natural (RODRIGUES, 1983; MARZANO-PARISOLI, 2004; ANDRADE e BOSI, 2003). Nesse sentido, a mídia se torna a senhora que transmite e cria subliminarmente as normas e regras que serão absorvidas e assumidas, geralmente sem a devida reflexão sobre a adequação das mesmas. Homogeneizam-se valores, comportamentos e associam-se tais valores a sucesso e controle de si, sem levar em consideração as diferenças. Ao mesmo tempo, demoniza-se a não observância e seguimento dessas regras comportamentais. O corpo se torna veículo de construção do eu e de conhecimento da sociedade, espaço de símbolos e significados legitimados e que permitem a sensação de pertencimento, de adequação, de poder (RODRIGUES, 1983; BOURDIEU, 2007). Através do corpo são conformadas feminilidades e

masculinidades, que, na sociedade contemporânea, têm relação com o formato e tamanho corporal. Ida e Silva (2007) afirmam que para conseguir enfrentar a pressão na qual “é necessário existir numa imagem que seja admirada socialmente”, transforma-se e modela-se o corpo de acordo com “prescrições sociais” de forma a tentar encontrar um lugar no mundo.

Concepções sobre gênero, sexualidade, beleza são propostos pela mídia, configurando identidades e transformando o diferente no “outro”, estranho, exótico, desvalorizado. Mesmo argumentando que a mídia expressa a sociedade, é possível acreditar que esta também constrói a sociedade, a partir da promoção desses ideais, que se prestam a alimentar uma necessidade de consumo capitalista pós-moderno, que tem a transformação do corpo como um dos seus pilares (BELELI, 2007; COELHO e SEVERIANO, 2007). Nesse processo, são negligenciados os valores que se diferenciam dessa norma legitimada, como a concepção de beleza, por exemplo. Nos EUA, um estudo (RUBIN, FITTS e BECKER, 2003) com mulheres de diversas faixas etárias, afro-americanas e latinas, concluiu que, apesar de estarem sujeitas às mesmas pressões sociais dos ideais de beleza, estas os concebem a partir do autocuidado, da espiritualidade, do autorespeito, do estilo próprio, e, por conseguinte, defendem um ideal de beleza que é multifacetado. A associação com felicidade, nutrição, higiene e saúde foi também mencionada. Importante salientar que é a partir dessa concepção que estas mulheres enfrentam a pequena representação midiática de imagens que as incluam, bem como a desvalorização e exotização de seus estilos peculiares.

Como nesse estudo de Rubin e colegas, para as estudantes de Salvador houve também associação da beleza com autoestima, felicidade e com a normalidade corporal, esta última relacionada com saúde. O corpo saudável é aquele que está no meio termo, nem é magro demais e nem é gordo, é um corpo proporcional. O corpo gordo foi associado com doença. No grupo focal onde todas as garotas se definiram como negras houve referência ao fato do corpo normal, saudável, ser o corpo natural, no qual não havia artifícios para conformá-lo. Consideram que a insatisfação com o próprio corpo tem influência da opinião externa e está relacionado com baixa autoestima, o que leva as pessoas a usarem dos meios mais acessíveis para tentar atingir aquela beleza desejada, a qual chamaram de beleza artificial.

“Ela não está fazendo algo artificial, está fazendo algo que... do bem estar dela, ela tá malhando, tá se cuidando, fazendo o bem para ela mesma, ela está fazendo as coisas saudáveis, ela não está indo por lipo, silicone, para ficar na dieta zero, passar fome, nem nada (Sereia, negra)”.

“Infelizmente tem gente que vai mais pela opinião do outro né? E eu concordo em relação ao corpo estar bem, e acho que também vem da alimentação, se a pessoa tem uma alimentação saudável que come fruta, bebe bastante água, líquidos, vai ter um corpo sem entrar na obesidade, porque mostra que as pessoas obesas comem mais gorduras e vão cada vez mais se entupindo com esses tipos de... (Raio de sol, negra)”.

Também para as jovens não negras houve uma associação do corpo bonito e da beleza com questões emocionais e/ou de personalidade. As jovens associaram o corpo bonito à personalidade extrovertida e alegre, com autoestima, além da adaptação e satisfação com o próprio corpo. Dalva (parda) diz

“Eu acho o corpo de Ivete [Sangalo] muito bonito. Acho que ela tem um corpo médio pras coisas, não tem uma bunda muito grande, não tem uma perna muito grande. (...) Talvez o fato dela ser bem extrovertida e passar uma alegria muito grande e o jeito dela mesmo, talvez isso me ajude a achar ela muito bonita”.

Para as alunas que participaram dos grupos focais, principalmente, ficou evidenciado um conflito entre o que acreditavam deveria ser mais valorizado socialmente, como as características de personalidade, a essência das pessoas, o que trazem de bom dentro de si, e a aparência externa, o que as pessoas possuem e não o que elas são, superando tais valores. Parecia que essa supremacia da aparência e do exterior estava informando para elas a todo o momento que não valia a pena investir numa determinada conduta ou ser ou agir de “forma correta”, pois no final das contas quem não possuía todos esses valores, mas tinha os atributos físicos exigidos ganhava a disputa. Essa situação não somente as levava a questionar a sociedade e seus valores, mas também a si mesmas, o que de algum modo provocava sofrimento e confusão, principalmente quando se leva em consideração as questões de gênero, nas quais a avaliação do outro, e nesse caso, o outro masculino, é importante para a vivência das relações sociais.

“É, o corpo mais valorizado como Sirena falou é aquela menina sem barriga, com peito e com bunda. É o fundamental pra pessoa e tal, ter que, exemplo, ter cabelo liso, ser morena, loira e tal, tem toda uma questão, porque vem do menino isso. Pra ver as meninas, não vê como ela é por dentro e sim como ela é por fora. Se ela for bonita, ótimo, mesmo ela sendo chata, arrogante, qualquer coisa assim, se ela for até criança demais e tal, vê, se ela tiver o corpo bonito, esse cara vai namorar com ela (Talassa, branca)”.

“Às vezes tem as questões assim de... Pode colocar uma moça assim, mais bonita, mais arrumada assim e uma mais gordinha, mas o interior daquela pessoa também né, o que aquela pessoa que é mais gordinha passa de bom pra gente, passa como lição, passa como... então tem gente que não dá importância a isso e...aquela é bonita, aquela é feia e não é assim (Rubia, parda)”.

“Os meninos mesmos na hora de arrumar namorada... ah não, tem que ser bonita, tipo magra, alta, mas chata com um monte de coisa. Aí se ele tem uma magrinha que é chatinha e uma gordinha, mas que é super gente boa, ele geralmente vai pra magrinha chatinha, porque é o padrão, é o que os outros

vão aceitar. Ele pode até gostar da mais gordinha, mas pela opinião dos outros ele vai pela magrinha (Sirena, branca)”.

O mais forte, no entanto, foi uma visão mais sanitarista desse corpo belo, associado à saúde, que estaria relacionada à pele cuidada, a alimentação correta, à prática de atividade física, à possibilidade de tomar sol, etc. Esses cuidados levariam ao bem-estar e qualidade de vida e, por conseguinte, autoestima. A aceitação do corpo também esteve relacionada com a construção da própria identidade e valorização das diferenças.

“Eu acho que o corpo ideal é aquele, assim, que tem os melhores procedimentos, como eu já falei assim, é um corpo, é uma pessoa assim que acorda, tem um horário assim pra acordar e tomar banho de sol, às vezes tem gente que faz isso, a gente que não liga muito. Tem assim a alimentação no horário certo, que exerça a prática de exercícios, eu acho que aquele, quando a pessoa passa a fazer todos esses procedimentos passa a ser um corpo ideal. Eu acho que tudo fica... (Rubía, parda)”.

“Eu acho que tem que ter assim a questão da pele, eu, pelo menos eu valorizo assim, uma pele que a gente veja assim que é uma pessoa cuidada, uma pessoa assim limpa, hidratada, eu presto mais atenção nisso (Rubía, parda)”.

“Ela passa a cuidar dela, equilibrando, como Mari falou a saúde com a beleza e a autoestima dela, então acho que aí passa a ser corpo ideal (Sirena, parda)”.

Esta percepção do que é normal, saudável e o anormal, não saudável, expressa uma relação de poder exercida através do corpo, no qual este informa como a sociedade o concebe, como o reconhece e o utiliza (IDA e SILVA, 2007). Bordo (1997) citando Foucault afirma que o corpo útil é aquele socialmente adaptado, que pode ser moldado, que responde e obedece às normas exteriores a ele.

É importante notar como todo um discurso social sobre saúde e como alcançá-la tem sido a base também da concepção por parte dos jovens do que é adequado, aceitável, correto. Esse discurso acaba, em alguma proporção, alimentando também uma obsessão por atividades que levem a esta “saúde”, mas que podem esconder distúrbios relacionados com a percepção do próprio corpo, da própria alimentação, etc. O uso excessivo de atividade física, a frequência exagerada em academias, as dietas restritivas vão na contramão do que seria saudável, mas pode estar sendo justificado por esse discurso da promoção da saúde. É relevante salientar que não estamos condenando os esforços feitos por profissionais e instituições de saúde para promover hábitos mais saudáveis na população, mas apenas chamando a atenção de como isso pode estar sendo usado de forma capciosa para legitimar não somente hábitos, mas concepções inadequadas do que seja saúde.

8.3.2. Como os Ideais de Beleza Interferem na Autoimagem dessas Jovens?

Apesar de discretas diferenças nos referenciais pessoais, fica claro que tanto para as jovens negras quanto para as que se definiram como não negras, a magreza é fator importante na avaliação em relação ao belo, tanto para si, quanto para as outras pessoas. Diante disso, ao verificar como estas concebem seus corpos e a satisfação com os mesmos, percebeu-se, nos dois grupos, uma insatisfação com a imagem corporal, por parte da maioria das estudantes.

No grupo das jovens que se identificaram como negras foi possível traçar um perfil subdividindo-as em dois conjuntos, um que é o das jovens sem preocupação com o formato e tamanho corporal e o outro que inclui pessoas com essa preocupação. No entanto, ao analisar as informações das entrevistas e dos grupos focais foi possível perceber que o fato de não apresentarem preocupação com a imagem corporal, não evitou a insatisfação com o seu corpo para duas entrevistadas e uma participante do grupo focal. Quando avaliamos as respostas dadas na primeira etapa, quando do preenchimento do questionário, quatro estudantes que haviam ter respondido estarem satisfeitas com suas características físicas, nas narrativas deixavam evidenciar a insatisfação com sua imagem, demonstrando a complexidade envolvida na avaliação e assunção desse aspecto.

Ao analisar as proporções corporais, a comparação do estado antropométrico referido com o aferido não foi igual para Raio de Sol, Taína Janaína e Cora. As três primeiras tenderam a superestimar a sua magreza e a última referiu um excesso de peso não existente (vide quadro 1 abaixo).

Quadro 1. Perfil antropométrico, preocupação com o corpo e satisfação com a imagem corporal entre as estudantes negras.

Participação	NEGRAS									
	E	GF	GF	GF/E	GF	E	E	E	E	GF/E
Nome	Estrela	Taína	Cora	Raio de Sol	Janaína	Raio de Luz	Galáxia	Tainaá	Marisol	Sereia
Estado antropométrico (IMC)	ET	MII/I	SB/ET	M II/I	M I/ET	M III	ET	OB	ET	OB
Resultado BSQ	S/ PC	S/ PC	S/ PC	S/ PC	S/ PC	S/ PC	PM	PG	PL	PM
Satisfação com a imagem corporal	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Entre as jovens estudantes identificadas como não negras, houve gradação entre a total ausência de preocupação com o formato e tamanho corporal até uma preocupação grave com o mesmo, no entanto a insatisfação com o corpo esteve presente em algum momento da vida dessas jovens. Para o questionamento quanto à satisfação com as características físicas, na fase do questionário, apenas Sirena respondeu que não estava satisfeita. Talassa foi uma estudante que participou do grupo focal e para qual não foi

Legenda	Significado
E	Entrevista
GF	Grupo focal
ET	Eutrófico
MII	Magreza grau II
MI	Magreza grau I
SB	Sobrepeso
OB	Obesidade
S/PC	Sem preocupação com formato e tamanho do corpo
PM	Preocupação moderada
PL	Preocupação leve
PG	Preocupação grave

possível avaliar a preocupação com o formato e tamanho corporal, por não completar o BSQ. Rubía e Marina superestimaram a sua magreza. A primeira possuía magreza grau II – MII pelos dados aferidos, mas pelos referidos possuía magreza grau I – MI; Márcia estava eutrófica pelos dados de peso e altura aferidos, mas referiu magreza grau I – MI (Quadro 2).

Quadro 2. Perfil antropométrico, preocupação com o corpo e satisfação com a imagem corporal entre as estudantes não negras.

	NÃO NEGRAS							
Participação	GF	GF	GF	GF	E	E	E	E
Nome	Sirena	Talassa	Rubía	Marina	Céu	Rubídea	Jaciara	Dalva
Estado antropométrico (IMC)	ET	SB	M II/I	MI/ET	SB	OB	ET	ET
Resultado BSQ	S/ PC	?	S/ PC	S/ PC	PL	PM	PG	S/ PC
Satisfação com a imagem corporal	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Apesar dos estudos (COSTA e VASCONCELOS, 2010; AVARENGA et al, 2010; MIRANDA et al, 2012) geralmente encontrarem que um estado antropométrico relacionado ao excesso de peso (sobrepeso e obesidade) estão associados com uma mais elevada insatisfação com a imagem corporal, a presença dessa insatisfação em jovens mulheres que estão com magreza ou até mesmo normalidade das proporções peso/altura, como os encontrados nesse estudo, devem ser investigados com mais profundidade, principalmente pela correlação dessa insatisfação com os padrões valorizados na sociedade, pertinentes à aparência. Nossos dados atestam que para essas estudantes a magreza tão propagada pela mídia como ideal corporal para obter sucesso e felicidade é também valorizada, mesmo que definam esta magreza como proporcionalidade. No nosso caso, algumas jovens que possuíam esta proporcionalidade não estavam satisfeitas com seu corpo.

No grupo focal, apesar de haver relatos de sofrer discriminação por ser gorda ou por ser magra demais, e mesmo conhecendo casos de sofrimento devido ao corpo, as estudantes defendem a ideia de que a insatisfação é algo comum a todas as pessoas. No entanto, ao contrário do que aconteceu entre as estudantes negras, neste grupo focal as jovens se colocaram de forma muito evasiva quanto a como se percebem e se sentem em relação aos seus corpos. As conjecturas quanto a essa questão se baseavam nos sentimentos e percepções que possuíam em relação às experiências dos outros, fossem amigos, parentes, colegas de escola. Muito pouco se colocaram em termos de suas próprias vivências. Como pelo BSQ nenhuma delas tinha preocupações com a forma e tamanho corporal, parece, numa primeira análise, que são meninas satisfeitas quanto à sua corporalidade, mas essa não exposição das suas experiências e sentimentos quanto a si mesmas, as concepções que têm por base o outro e os dilemas do outro faz pensar se realmente as respostas oferecidas no teste correspondem a um processo reflexivo, positivo, pessoal ou à dubiedade própria de quem vive um conflito não assumido ou não elaborado.

Dalva é a única entre as estudantes não negras que não possui preocupação com a imagem corporal, é eutrófica, parece ter satisfação com o seu corpo e se sentir feliz do jeito que é.

Excepcionalmente, essa relação positiva foi quebrada no período em que iniciou aulas de canto, quando a professora a induziu a sentir vergonha do seu corpo e a escondê-lo com roupas largas. Artifício que usa até hoje com o objetivo de esconder a barriga, hábito adquirido a partir da influência da professora. Revela que seu corpo magro é uma tendência familiar e isso não a preocupa. A única vez que emagreceu muito e isso a incomodou foi quando terminou seu namoro. Diz, inclusive que, *“quando isso acontece, os ossos aparecem e fica muito feio, tenho vontade de cobrir”*.

Estrela, do grupo das estudantes negras, também foi avaliada como eutrófica, possui uma autoestima elevada e satisfação com seu corpo. Tem um cuidado com a alimentação justamente pelo fato da mãe possuir comportamentos sugestivos de anorexia. A mãe já foi internada por conta disso, o que fez Estrela se sentir alerta em relação ao problema. Ela acaba se preocupando muito com a mãe e com as pessoas da família que são gordinhas e não cuidam do corpo, portanto todo o seu zelo com a alimentação parece ter haver com a sua família e não com ela mesma.

Suas colegas, Raio de Sol e Raio de Luz, estavam com magreza, em algum grau, avaliada pelo índice de Massa corporal. Foi possível perceber que as meninas com magreza têm consciência disso, mas não apresentaram no BSQ nenhuma indicação de preocupação com a forma e tamanho corporal, apesar de não se sentirem confortáveis com o corpo. A insatisfação com a imagem corporal advém não somente de uma percepção do próprio corpo, mas também por influência forte da família (principalmente das mães), namorados e amigos, que criticam frequentemente a sua magreza. Esses constantes comentários fazem com que busquem artifícios para se sentirem melhor, seja com maquiagem, dietas ou exercícios físicos com o objetivo de engordar. Raio de Luz apresenta certa ambiguidade em relação à satisfação com seu corpo: ao mesmo tempo em que diz gostar do mesmo, de não querer engordar, inclusive de já ter sido convidada para ser modelo, expressa a todo o tempo uma insatisfação com a magreza e com os comentários externos em relação a esta magreza, principalmente da mãe e do namorado. *“(...) às vezes, quando coloco uma roupa, minha mãe fala assim: você está parecendo um lápis. (...) aí, tem que botar uma roupa que não fique tão apertadinha, né? Pra não ficar parecendo um lápis”*. Já Raio de Sol acha às vezes que seu físico tem haver com falta de controle. Manifesta o tempo todo insatisfação em relação ao corpo, inclusive, com complexo em relação a partes do corpo, como costas e pernas, segundo ela é corcunda e o corpo é cheio de pelo. Tem vergonha de expor seu corpo, por conta desses complexos, apesar de referir ter mudado muito após ter deixado de frequentar a Igreja Universal do Reino de Deus, com sua família, e passar a fazer parte do movimento negro, movimento social que permitiu a ela refletir sobre suas características e assumir algumas, como o cabelo crespo. *“[...] os meus seios, um é maior do que o outro, ai me dá mais revolta, fica meio bagunçado assim, há meu Deus que feio, acho minhas costas, achei meio estranha, porque não sei se eu tenho uma, como é que fala? Uma calcunda (sic) [...] (Raio de Sol, negra).*

Entre as jovens negras com preocupação, em algum grau, com o formato e tamanho corporal, todas possuem insatisfação expressa em relação ao corpo. As duas jovens com obesidade, Sereia e Tainaçá, segundo relato, são as únicas das suas famílias que apresentam esse corpo, o que as leva a se comparar com as outras pessoas e serem criticadas. Isso as pressiona a tomar atitudes no sentido do emagrecimento. Dizem que se sentem bonitas e gostam do seu corpo, mas parece que essa influência externa leva a uma insatisfação, que contradiz esse relato. Nos dois casos há uma relação conflituosa com a comida, com horários irregulares de refeições e até mesmo comportamentos bulímicos, como é o caso de Sereia, que já fez uso da indução de vômitos com o intuito de emagrecer. Neste caso, a mídia televisiva foi responsável tanto pelo início quanto pelo final do comportamento, no entanto ainda revela vontade de provocar o vômito, quando se sente muito incomodada com o corpo. Só não faz por ter medo das consequências. *“Eu parei de fazer depois que eu vi esta coisa esta reportagem dessa modelo, porque antes eu fazia essa besteira de meter o dedo e botar pra fora, aí depois que eu vi que era uma doença, eu fui tentando parar, parar até que eu parei (Sereia, negra)”*. Para Tainaçá a maior influência é a pressão exercida pela mãe, o que já fez com que pensasse em fazer cirurgia para conseguir se adequar. Esta pressão também interfere na sua alimentação.

“Dieta da sopa, dieta da lua... desde os dezesseis, dezessete anos. Desde quando eu comecei a me cuidar mais. Eu comecei a ver que não era mais questão de estética. Era questão de saúde. Ai eu comecei a ter consciência que era saúde também. Porque minha mãe sempre falou, sempre encheu o saco pra eu emagrecer (Tainaçá, negra)”.

As que foram avaliadas como eutróficas (Galaxia e Marisol), apesar de possuírem um peso adequado para a idade, percebido inclusive visualmente, possuem também relação conflituosa com o corpo e a comida. Têm medo de engordar e se acham gordas. Há um comer compulsivo e ao mesmo tempo uma preocupação em controlar a alimentação para evitar engordar. A família exerce influência significativa nessa relação com o corpo e a comida, pois há uma ligação mais distante, que se manifesta mais frequentemente através de críticas aos comportamentos, ou pela percepção de gordura nos corpos dos familiares. São extremamente críticas consigo mesmas, em relação ao seu jeito de ser, vestir, etc. Há uma comparação grande com outras mulheres, o que, no caso de Galáxia, por exemplo, pode ter origem no preconceito em relação às pessoas que vêm das cidades do interior, principalmente da roça, visto que esta tem dificuldade de se relacionar e fazer amigos. A falta de uma conexão mais cúmplice e companheira com a mãe também pode ser um fator relevante para este quadro, além do fato de ser negra e achar que se veste mal também contribuir para sua autodepreciação. No caso desta garota, um fator agravante é ser a única entre os filhos que não sabe quem é o pai, o que, aliado ao relacionamento distante com a mãe, pode explicar a sua personalidade, que ela mesma define como difícil. Já apresentou comportamentos bulímicos na adolescência e, hoje, come compulsivamente, o que a faz pular algumas refeições para compensar, além de ter manifestado pensamentos suicidas.

“Às vezes, às vezes, assim, eu reduzo bastante o chocolate, que dá bastante gordura, às vezes! Aí exagero no pepino, no tomate, no alface, um bocado... e minha mãe tá precisando fazer uma dieta ultimamente, aí eu peguei a ponga, assim, mas é... é bem a pulso (Marisol, negra)”.

“Tem uma pessoa que quando estou com ela eu nunca deixo de comer [...] Inclusive ela para pra comer junto comigo quando estou ansiosa, porque a questão dela é comer, comer, comer e não deixar de comer (Galáxia, negra)”.

As respostas advindas do grupo focal sustentam e reafirmam essa influência da família, principalmente, na imagem corporal construída pelas jovens, interferindo consequentemente nos hábitos alimentares. Nesse grupo, apenas Taína relatou claramente estar satisfeita com seu corpo e as outras justificavam sua vontade de modificar algo no corpo pela influência externa e pela falta de autoestima.

A influência de outras pessoas na relação das jovens com seu corpo esteve presente em todas as entrevistadas não negras e entre as meninas que participaram do grupo focal também. Essas pessoas influenciaram-nas na percepção do próprio corpo e nos comportamentos relacionados ao comer, ao uso de vestimentas para escondê-lo, bem como em relação à atividade física. Uma delas, Jaciara, passou a copiar as estratégias da mãe para emagrecer, usando medicamentos, dietas milagrosas, todo tipo de atividade física e até mesmo chás. A única coisa que não fez foi a cirurgia bariátrica à qual a mãe se submeteu. Mas continuou a se comparar com ela e com os outros integrantes da família, achando que ser gorda era uma tendência familiar, apesar de ser absolutamente eutrófica.

“Minha mãe também vivia fazendo regime aí eu acompanhava um pouco ela. Ela já fez Vigilante do Peso, aí eu também fiz [...] Fez redução de estômago. Isso porque ela engordou muito, ela não gostava, vivia fazendo regime. Eu até tomava os remédios dela pra emagrecer (risos) (Jaciara, branca)”.

Frois e suas colegas (2011) defendem a ideia de que certa incongruência entre as imagens reais e as imagens sociais dos corpos, ou seja, as imagens divulgadas e valorizadas pelos diversos meios de comunicação social, sempre existiu e fez parte da construção da corporeidade e identidade corporal dos indivíduos, nas diversas fases da vida. O que elas consideram problemático na sociedade atual é esta crença veiculada e vendida para alimentar o capitalismo pós-moderno de que é possível alcançar essa imagem corporal fantasiosa e perfeita, levando as pessoas a assumirem hábitos e comportamentos que caracterizam o que elas chamam de adolescentização, ou seja, a manutenção de um conflito característico da adolescência durante a formação da identidade corporal. Continua-se a valorizar as efemeridades, os imediatismos e a busca pelo rejuvenescimento, que dificultam a formação de uma identidade corporal adulta, segura e relativamente estável, apesar de sujeita a contínuas mudanças em consequência da relação com o mundo. Para essas autoras, essa dificuldade de sair dessa fase própria da adolescência configura jovens

desestruturados e que têm como um dos fatores influenciadores o estabelecimento de vínculos parentais com pessoas que também estão vivendo esse processo de adolescentização ou de valorização do efêmero e do imediatismo. Essa parece ser uma explicação plausível para a influência tão grande de familiares, principalmente das mães, na insatisfação corporal sentida por suas filhas. A imagem social vendida como de sucesso, poder, felicidade e status é a da magreza, da beleza entendida como perfeição corporal e é esta imagem que as estudantes ou os seus familiares pretendem que seja alcançada.

No entanto, houve também influência positiva nesta relação, como no caso de Céu que começou a se enxergar de forma diferente e melhorar a sua autoestima quando passou a se ver através do olhar dos companheiros de boxe. No caso de Rubídea, foram os pais que, sendo gordinhos, a estimularam a aceitar mais seu corpo, diminuindo um pouco o seu grau de insatisfação. No caso de Jaciara, os amigos e o namorado eram as pessoas que estavam constantemente tentando elevar a sua autoestima e fazê-la perceber como era bonita. O mesmo aconteceu com Tainaçá (grupo de estudantes negras), que mudou o jeito de se vestir e de se ver (achava que era baleia e chata) devido ao apoio das amigas.

Já é bastante discutida como a imagem corporal também é reflexo das experiências relacionais. A imagem corporal se constrói também a partir da percepção de como os outros nos veem. É na relação com o outro que formamos nossa imagem, não importa apenas o que os outros nos dizem sobre nós mesmos, mas também como eles lidam com o seu próprio corpo, ou seja, a imagem corporal do outro se projeta em nós e vice-versa (TAVARES, 2003; BARROS, 2005; FROIS et al, 2011). Segundo Tavares (2003) há uma troca contínua entre a nossa imagem corporal e a dos outros, para além da percepção física, sensorial, mas que envolve sentimentos, emoções e atitudes. É uma experiência subjetiva, multifacetada, social, que depende do outro para acontecer (BARROS, 2005) e está fortemente presente nos relatos de todas as jovens quanto à satisfação ou insatisfação sentida em relação à sua imagem, que vai além da aparência dos seus corpos, mas revela as inseguranças, fragilidades, medos e desejos advindos dessas relações.

Outro fator presente em todos os casos, no grupo das não negras, foi a utilização de roupas folgadas e largas para esconder ou disfarçar o corpo, ou as imperfeições que acreditam ter no corpo. A comparação com outras pessoas, principalmente as mulheres, também é um ponto forte de insatisfação corporal. Rubídea era a única que estava realmente com obesidade, agravada por conta de tratamento médico, e, portanto, fugia aos padrões corporais sociais de magreza. As outras estavam eutróficas e Céu com um leve sobrepeso.

“Porque eu... eu sempre achava que tava gorda. Eu tenho meio que a coxa grossa (riso) aí eu acho horrível (riso). Isso porque minha mãe também é assim. Minha mãe é bem bunduda com um coxão assim, aí ela também tem a mesma coisa de odiar, se achar feia e querer usar roupas largas essas coisas aí eu aprendi tudo com ela (Jaciara, branca)”.

“Por tá mais cheinha não podia mostrar a barriga. Não que eu mostre, porque eu ainda não mostro. Não visto só folgada... porque teve uma época que eu tava vestindo só blusão, tudo folgada (Céu, branca)”.

O comportamento alimentar alterado está presente em todas, com exceção de Dalva, que se sente satisfeita com seu corpo. Há a presença de uma alimentação controlada, com o intuito de emagrecer, mas também há o relato por todas de gostarem muito de comer, principalmente bobagens. Para Céu, o comer compulsivo se relaciona a momentos específicos da vida, de estresse ou desagrado com alguma situação, o que a leva a engordar. A sensação de vergonha e perda de controle está na percepção que têm do corpo, Rubídea e Jaciara, a primeira com moderada e a segunda com grave preocupação com a imagem corporal. A eutrofia de Jaciara reforça a inadequação do grau de preocupação que esta possui em relação a sua imagem corporal, bem como sua insatisfação. Para Rubídea essa perda de controle em relação à alimentação e ao corpo leva ao sentimento de culpa, o que já ensejou desejos de morte.

Considerando que, caracteristicamente, em jovens que possuem transtornos do comportamento alimentar ou comportamentos alimentares desordenados há uma tendência a se esquivarem em falar ou expressar os sentimentos relacionados a tais comportamentos. Que a atitude de esconder a verdadeira maneira que se sentem em relação ao corpo e a comida são baseados no medo que possuem da não compreensão por parte dos familiares, amigos, conhecidos sobre a sua percepção, e perspectivas que dão base às suas vidas. Podemos acreditar que as jovens que aceitaram participar dos grupos focais e das entrevistas, e que realmente assumiram esse compromisso (muitas jovens concordaram em participar, mas no momento agendado para as atividades não compareceram), possuíam a necessidade concreta de compartilhar com alguém conflitos, posicionamentos, emoções, vivências com o corpo, que talvez não se sentissem confortáveis em fazer com a família ou pessoas próximas. O fato da equipe de pesquisadores serem estranhos, não fazerem parte dos cenários os quais elas circulam rotineiramente, pode ter sido uma fator facilitador para exporem suas questões quanto à imagem corporal que possuem e/ou almejam.

A forte associação midiática da beleza perfeita e da magreza com felicidade e status tem trazido como consequência, além da insatisfação corporal, a utilização de artifícios também divulgados midiaticamente como a solução para o alcance dessa perfeição. Dentro dessa proposta, a perda de controle de si propicia comportamentos fora dos padrões, excessivos e/ou rígidos, perigosos e que produzem depressão, vergonha, medo e até mesmo a morte. Há uma relação direta entre busca de perfeição e sucesso através da beleza, e o descontrole de si, comportamentos de risco, como os característicos dos transtornos alimentares, e saúde física e mental comprometida. As relações interpessoais e com o mundo, do mesmo jeito que podem promover esse processo de sofrimento, também podem ser uma consequência desse processo, provocando isolamento, distanciamento, solidão. Os discursos da saúde, promovendo alimentação saudável e prática de atividade física como necessárias à

qualidade de vida podem também alimentar essa relação conflituosa com o corpo, a comida e consigo mesmo, caso sejam desconsideradas as individualidades, os desejos, as diferenças de personalidade e a autonomia do indivíduo. As bandeiras defendidas pela cultura de consumo – magreza/beleza/perfeição adquiridos através de artifícios de modelagem como cosméticos/cirurgias/implantes, atividade física para manutenção da saúde x academias de culto ao corpo, alimentação saudável x fastfoods/alimentos industrializados – estão na base da construção de uma identidade baseada na aparência, que aliados a questões familiares, emocionais, sociais, geram conflitos quanto à imagem corporal que se tem e a que se deseja ter.

A grande questão, como salientam alguns autores (FEATHERSTONE, 2010; FROIS et al, 2011), é que esta imagem corporal, que se baseia nos padrões midiáticos de beleza, ilusórios e fantasiosos, é uma imagem-espelho ou corpo-imagem, que se pauta na aparência que o corpo traduz, numa imagem fotográfica do corpo, com fortes dimensões de gênero e que acaba por fortalecer as desigualdades de gênero na sociedade ocidental consumista e capitalista. Desconsidera-se dessa forma o corpo afetivo que envolve uma série de experiências da vida cotidiana que vão além desse corpo-imagem e que também conformam nossa imagem corporal. Kim e Lennon (2007) lembram que esta beleza e atratividade midiática são conseguidas através do “auxílio luxuoso” da tecnologia, que torna as pessoas mais perfeitas e idealizadas do que na vida real, e provoca uma comparação injusta, devido à impossibilidade pessoal de se alcançar as expectativas criadas por essas imagens. Portanto, é razoável esperar que o bombardeio de tais imagens provoque baixa autoestima corporal.

O corpo nesse caso passa a ser um outro, distante de mim, mas que me pertence, e que eu moldo, de acordo com interesses construídos pela sociedade da qual faço parte e que assumo como meus. Este corpo objeto está sujeito aos interesses da sociedade de consumo, que define o que é adequado e inadequado, o normal e o patológico, o belo e o feio, pautado em uma lógica que não é natural ou que se evidencia a partir do corpo. Essa lógica é construída fora, externamente ao corpo, pelos interesses sociais, mercadológicos, industriais, e se inserem no corpo. Não apenas a indústria e o comércio definem essas novas normativas, mas também o discurso médico, da medicina estética, que se vale dela para instituir um novo poder sobre os corpos (FERREIRA, 2010).

Nessa perspectiva, o patológico é entendido de forma diferente pelos diversos atores envolvidos nesse processo. Para as jovens que possuem algum comportamento alimentar desordenado, o que os profissionais chamam de patologia, distúrbio, desordem seria a expressão de uma nova norma, baseada em uma leitura específica das condições de vida e que levam a novos estilos de vida, que fogem às normas originais estabelecidas, ou são uma consequência delas; não há a doença, mas sim uma maneira própria de viver o corpo. Canguilhem chama a atenção para o fato de que a saúde necessariamente não é o equivalente do normal e que o patológico é anormal apenas em relação a determinadas circunstâncias normatizadas e que vão além do corpo (Canguilhem, 2009).

“O homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo. O homem, tendo prolongado seus órgãos por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ação possíveis. É, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo (Canguilhem, 2009, pág. 79).”

“A ideia de diferenciação entre um corpo normal e patológico parte de uma série de saberes e práticas que entendem o próprio corpo como uma entidade individual. (...) Portanto, a ideia de individualização dos sujeitos no qual cada um é responsável pelo corpo que possui corresponde a uma verdade que está ligada a determinadas relações de poder (IDA e SILVA, 2007 p. 423).”

Essa lógica é disseminada, independente de classe social, geração, raça/etnia e gênero. E é nesta interseção que alguns grupos são mais vulnerabilizados do que outros, como no caso das mulheres em relação aos homens, das negras em relação às brancas, ou das adolescentes em comparação às mulheres adultas, e que respondem de forma diferente a esses apelos. No caso do nosso estudo, ao contrário do que a literatura internacional vem demonstrando sobre a presença de sobrepeso e obesidade muito mais do que magreza entre as mulheres negras, associada a um comportamento alimentar compulsivo, encontramos mulheres com magreza importante, levando à insatisfação com a sua imagem corporal e a comportamentos alimentares desordenados. A preocupação com o peso e o formato corporal esteve presente nos dois grupos, em meninas com excesso de peso ou eutrofia. E esta preocupação levava a comportamentos alimentares desregulados, dietas restritivas e até mesmo comportamentos bulímicos. A falta de controle refletindo no corpo e como consequência dessa insatisfação foi relatada também nos dois grupos, com, inclusive, pensamentos suicidas. A associação da gordura com doença e anormalidade e magreza com saúde e normalidade foi bem forte no grupo de jovens não negras, indicando inclusive um pensamento bem higienista sobre como resolver essa questão, a ponto de salientarem que a forma de alcançarem um ideal de beleza seria superar o próprio corpo, a vontade de comer e a preguiça para fazer exercício físico.

8.4. Transtornos do Comportamento Alimentar em Estudantes Negras de Salvador: a relação com a imagem corporal.

A literatura científica vem exaustivamente explorando a relação existente entre a imagem corporal, percebida e sentida por jovens e adultos, e o desenvolvimento de patologias alimentares, como os transtornos tipo anorexia e bulimia. Boa parte dos estudos comunga da assertiva de que a insatisfação vivenciada pelas pessoas em relação aos seus corpos possui uma associação direta com o desenvolvimento desses transtornos ou com comportamentos de risco para eles (ALVES et al, 2012; MARTINS et al, 2010; LYNCH et al, 2008; GIORDANI, 2006).

Considerados importantes também são alguns grupos, que, segundo estudos, por suas características específicas acabam se tornando mais vulneráveis para a insatisfação com a imagem corporal e conseqüentemente para o desenvolvimento de comportamentos alimentares desordenados. Estudantes de alguns cursos universitários, por exemplo, como psicologia, educação física e os ligados à área de saúde são um exemplo de grupo específico que demanda preocupação em relação a tais distúrbios (BOSI, UCHIMURA e LUIZ, 2009; GONÇALVES et al, 2008; KIRSTEN, FRATTON e PORTA, 2009). Outro fator diretamente relacionado com essa questão é a diversidade étnica ou racial, levando a manifestações diferentes e mais amplas desses comportamentos (RAMBERAN, AUSTIN e NICHOLS, 2006; MACLAUGHLIN, HILT e NOLEN-HOEKSEMA, 2007; WALCOT, PRATT e PATEL, 2003).

O que origina esse estudo é o intuito de avaliar até que ponto pertencer a grupos étnicos/raciais diferentes dos que, propagadamente, estão mais susceptíveis aos transtornos do comportamento alimentar, no caso, mulheres brancas, pode também predispor à insatisfação com a imagem corporal e ao risco de desenvolvê-los. Estudos internacionais veem avaliando esta relação. O estudo de Grilo, Lozano e Masheb (2005) demonstrou que as mulheres negras precisam estar significativamente pesadas para expressarem insatisfação e preocupação com seu corpo e conseqüentemente buscarem tratamento para a compulsão alimentar. Na África do Sul, as adolescentes negras urbanas têm mais insatisfação corporal, desejo de emagrecer e vulnerabilidade para transtornos do comportamento alimentar do que as adolescentes negras da zona rural (SZABO e ALWOOD, 2006). Nos EUA, um estudo chegou à conclusão de que quanto mais identificadas com seu grupo étnico, menos as mulheres negras internalizam os ideais sociais de atratividade e beleza americana e, conseqüentemente, menos se preocupam com a imagem corporal e desenvolvem transtornos do comportamento alimentar (WOOD e PETRIE, 2010). Como esses fatores se interligam aqui no Brasil e especificamente na cidade de Salvador, caracteristicamente praiana e de grande população negra, é o que intentamos esclarecer.

Para realizar esta análise, partimos dos resultados adquiridos através do Eating Attitude Test – EAT 26, do Body Shape Questionnaire – BSQ e das informações obtidas nas entrevistas e grupos focais com estudantes negras e não negras. Os resultados do EAT e do BSQ foram avaliados através dos pontos de corte, estabelecidos na literatura, de risco para

desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar e preocupação com o formato e tamanho corporal, mas também pela análise qualitativa das respostas fornecidas por cada aluna entrevistada ou que participou do grupo focal.

No conjunto das 626 estudantes que participaram desta investigação, 34% e 6,6% delas tinham preocupação com a imagem corporal e risco de comportamentos alimentares desordenados, respectivamente, no entanto as que se identificaram como amarelas ou indígenas foram as mais susceptíveis a tais problemas. Quando avaliamos as 10 estudantes que se identificaram como negras e que participaram das entrevistas e/ou grupos focais nenhuma delas apresentava risco para transtornos do comportamento alimentar de acordo com o EAT, pois exibiram valor total para o teste menor ou igual a 20. No entanto, ao avaliar as narrativas percebeu-se que, de alguma forma, alguns sinais e sintomas desses transtornos estiveram presentes na vida de sete jovens, sejam relacionados às suas próprias experiências corporais ou envolvendo alguém próximo, seja um familiar ou amigo.

As três jovens (Raio de Sol, Raio de Luz e Tainaçá) que não apresentaram sinal ou sintoma de risco para transtornos do comportamento alimentar em suas histórias de vida estavam insatisfeitas com sua imagem corporal e uma delas, Tainaçá, apresentou uma grave preocupação com o formato e tamanho do corpo, contrariando as evidências científicas de associação entre insatisfação com a imagem corporal e desenvolvimento de síndromes alimentares. Estrela, Taína e Janaína, apesar de estarem satisfeitas com sua imagem corporal e de, pelo BSQ, não evidenciarem nenhum tipo de preocupação com o formato e tamanho corporal, apresentaram nas suas histórias de vida algum tipo de vivência relacionada aos transtornos do comportamento alimentar (Quadro 3).

Quadro 3. Perfil corporal, satisfação com a imagem corporal e risco para transtorno do comportamento alimentar nas estudantes negras.

	NEGRAS									
Participação	E	GF	GF	GF/E	GF	E	E	E	E	GF/E
Nome	Estrela	Taína	Cora	Raio de Sol	Janaína	Raio de Luz	Galáxia	Tainaçá	Marisol	Sereia
IMC (referido/aferido)	ET	MII/I	SB/ET	M II/I	M I/ET	M III	ET	OB	ET	OB
Resultado BSQ	S/ PC	S/ PC	S/ PC	S/ PC	S/ PC	S/ PC	PM	PG	PL	PM
Satisfação com a imagem corporal	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Resultado EAT	20	13	3	6	6	15	4	17	5	20
Sinais e sintomas de TA na HV	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM

Legenda	Significado
E	Entrevista
GF	Grupo focal
ET	Eutrófico
MII	Magreza grau II
MI	Magreza grau I
SB	Sobrepeso
OB	Obesidade
S/PC	Sem preocupação com formato e tamanho do corpo
PM	Preocupação moderada
PL	Preocupação leve
PG	Preocupação grave

O singular na história de Estrela é que a mesma acredita já ter tido episódio de transtorno do comportamento alimentar, pois quando trabalhava de telemarketing, o estresse e ansiedade a faziam comer compulsivamente. Expressa satisfação com sua aparência em vários momentos da entrevista,

no entanto a prática de atividade física e as dietas parecem ser uma consequência ou estar relacionada com este comportamento alimentar um pouco exagerado. Além disso, a situação de sua mãe, que tinha o hábito de passar o dia apenas com um cafezinho, ficando

fraca a ponto de não andar e tendo sido internada em consequência disso, a faz refletir sobre a importância desse cuidado. O suposto comportamento anoréxico da mãe e também a existência de pessoas “gordinhas” na família parecem reforçar esta preocupação com o comer e a comida.

A presença de sinais de transtorno do comportamento alimentar para Taína e Janaína se expressa através de comportamentos de pessoas da família. Taína refere satisfação com seu corpo e não consegue entender a insatisfação da sua irmã, que, apesar de ter um corpo, segundo ela, “bem bonito, bem definidinho”, se percebe gorda e utiliza de artifícios os mais variados para conseguir emagrecer. Janaína se preocupa com o comportamento da sua cunhada, que mesmo tendo um corpo lindo, passa muitas horas em jejum, com uma alimentação diária que se limita a um copo de suco com bolachas e chá. Ela diz, “*ela já tá ficando com os olhos fundos, com uma aparência triste, de tanto fazer jejum*”.

Cora, Galáxia, Marisol e Sereia foram as que confirmaram a relação entre insatisfação com a imagem corporal e sinais e sintomas associados aos transtornos do comportamento alimentar, como referido na literatura, mesmo o resultado do EAT não sinalizando isso.

Apesar do resultado do BSQ ter sido abaixo do ponto de corte estimado, há uma diferença para mais entre peso e altura referidos por Cora e os dados aferidos. Essa diferença pode ser resultado de uma falta de conhecimento real sobre seu corpo ou uma percepção exagerada que contradiz o resultado do teste e o fato de ter respondido estar satisfeita com suas características físicas e não querer modificá-las. Apesar do tempo de 8 meses entre a aplicação do questionário e a realização do grupo focal, quando as medidas foram tomadas, a diferença do peso referido para o aferido é muito grande (12kg), o que também pode ser explicado por uma possível dieta radical para emagrecimento, já que manifestou uma atitude concreta no sentido de perder peso. De qualquer modo, a insatisfação com a imagem corporal fica evidenciada nessas contradições e na sua narrativa. A sua mãe parece ter uma influência grande nessa preocupação em engordar, não só para ela, mas também para sua irmã. Reclama de a mãe falar para as pessoas que ela está gorda, o que a faz questionar se precisa emagrecer. Confessa que, quando era mais jovem, achava interessante a pessoa emagrecer vomitando.

“Eu até achava legal isso, porque é diferente a pessoa tá gorda e isso tudo que a pessoa come a pessoa vomita, mas eu penso também que com o tempo a pessoa vai vendo as consequências, quando a pessoa vomita não fica nada no estômago e aí vem a doença (Cora, negra)”.

Preocupa-se com a irmã de 13 anos, que possui uma grande insatisfação com a aparência. Esta, apesar de ter 1,77m e ser magra, percebe-se gorda e tem um comportamento alimentar alterado com o propósito de emagrecer. Esta insatisfação interfere nas suas relações pessoais, no seu humor e na sua ligação com a vida (já afirmou querer se matar).

A avaliação qualitativa das respostas dadas no EAT e BSQ comprova a preocupação em não engordar, expressa na entrevista de Marisol. Refere já ter engordado quando era mais jovem, devido ao uso de medicamento, o que provocou essa preocupação com a gordura corporal. Já fez dietas, segundo ela, malucas, como se alimentar apenas com um copo de suco de laranja com duas bolachas do tipo cream cracker. “Quase ficou doente” devido a esse comportamento. A sua referência de transtorno do comportamento alimentar é uma amiga do teatro, que também era modelo, fazia ballet e tinha bulimia.

“Uma vez eu entrei no banheiro e ela tava vomitando, eu perguntei o que foi, ‘você passou mal?’, aí a primeira vez ela falou que foi, depois uma amiga em comum falou que não, que ela fazia isso sempre, toda vez que ela chegava lá, que ela vinha do ensaio de ballet, ela passava no banheiro e já era a segunda vez (Marisol, negra)”.

Sereia refere ter vivido episódios bulímicos de forma consciente e planejada, com o intuito de emagrecer. Sempre teve uma alimentação desequilibrada, segundo seu próprio relato, com várias horas em jejum entre a refeição da manhã e da noite, devido à falta de tempo no trabalho. Quando começou a engordar, resolveu provocar o vômito após as refeições, com o intuito de emagrecer. Apesar da estratégia não ter resolvido seu excesso de peso, só decidiu parar por medo das consequências para a saúde, mas se sentia bem fazendo isso.

“(...) Ah, me sentia bem porque comia, comia, aí quando eu botava me sentia, me sentia bem. (...) Sentia um alívio de desgaste de barriga cheia demais, por que às vezes eu comia muito, mas um alívio de um pouco de barriga vazia assim, né. Agora ruim era vomitar, porque a ânsia de vômito, né. Mas depois justamente eu sentia um pouco aliviada, com o estômago mais vazio. Já mais leve (Sereia, negra).”

Os comentários das outras pessoas em relação ao seu corpo e o quanto estava engordando foi um fator incentivador para o início do comportamento compulsivo aliado à tática de purgação, mas o conhecimento deste comportamento bulímico como estratégia de emagrecimento aconteceu através de uma novela. Foi também a partir de um programa de televisão que entendeu os perigos desta conduta e resolveu parar. Mesmo não provocando mais o vômito, continua comendo de forma compulsiva, escondido às vezes, e utilizando outras estratégias para tentar emagrecer.

“Eu tive época que tomava chá que dava disenteria, ficava com fome praticamente o dia todo, à noite eu não janto, não como nada, que comer à noite, aí é que engorda, eu já não como nada à noite, e isso daí assim, às vezes de manhã também tem vez que come, tem vez que não come, às vezes só meio dia mesmo, como ali (Sereia, negra).”

Galáxia utilizava da mesma estratégia de Sereia para emagrecer. Comer e depois provocar o vômito foi algo adotado por ela quando tinha entre 15 e 16 anos. Na sua narrativa diz que só

fez isso umas duas vezes, porque tinha consciência que era uma doença. Uma novela também foi o veículo de apresentação desse comportamento para ela. Se na adolescência ela diminuía o consumo de alimentos para poder emagrecer, hoje em dia refere ter um comportamento compulsivo.

“Às vezes depende do dia, tipo assim às vezes 3 horas da tarde eu vou ao supermercado e compro um monte de coisa, como igual uma desesperada. Às vezes não, é pela manhã, fico pela manhã comendo, às vezes é de noite, eu como de ficar passando mal (Galáxia, negra).”

Para compensar tal comportamento ela fica períodos sem comer. Refere que, se come muito em um turno, deixa de comer no outro, se come muito em um dia, no outro procura comer menos. Chama a atenção no relato de Galáxia o sentimento de culpa que acompanha tal comportamento, o que não impede a continuidade consciente do mesmo. Refere que hoje em dia deixa de comer por outros motivos, que não seja a vontade de emagrecer ou a tentativa de cuidado com o corpo. Refere sentir muita ansiedade; no entanto, o mais preocupante é a afirmação de que tem o hábito de se castigar quando está se sentindo mal. Parece que insatisfações outras que não apenas com o corpo estão na base dessa ansiedade, do comportamento compulsivo de Galáxia e da vontade de se maltratar.

“(...) eu tenho um péssimo hábito de quando estar me sentindo mal fazer alguma coisa que me castigue, aí geralmente é cabelo mesmo, eu sempre corto (Galáxia, negra).”

“Hoje em dia eu como muito, às vezes me sinto culpada por ter comido demais, porque a barriga fica grande, às vezes fico sem comer, mas fico sem comer por outros motivos, não pra emagrecer; hoje em dia eu meio que abandonei de lado essa questão com o corpo, eu me preocupo sim em não expor, mas de tá cuidando dele não (Galáxia, negra).”

Esses resultados qualitativos informam que, apesar de não terem sido detectadas como pessoas com comportamento de risco para os transtornos de características alimentares através dos testes quantitativos, essas estudantes estavam sim susceptíveis aos mesmos, já tendo inclusive vivenciado tais comportamentos.

Entre as estudantes não negras, os sinais e sintomas de risco para os transtornos do comportamento alimentar só tiveram correspondência com a insatisfação com a imagem corporal e com a preocupação com o formato e tamanho do corpo para Jaciara. Para as estudantes que participaram do grupo focal, a atitude evasiva quanto às suas próprias experiências corporais resultou em alusão apenas a situações vividas por amigos e/ou colegas.

Quadro 4. Perfil corporal, satisfação com a imagem corporal e risco para transtorno do comportamento alimentar nas estudantes não negras.

	NÃO NEGRAS							
Participação	GF	GF	GF	GF	E	E	E	E
Nome	Sirena	Talassa	Rubía	Marina	Céu	Rubídea	Jaciara	Dalva
IMC	ET	SB	M II/I	MI/ET	SB	OB	ET	ET
Resultado BSQ	S/ PC	?	S/ PC	S/ PC	PL	PM	PG	S/ PC
Satisfação com a imagem corporal	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
Resultado EAT	6	?	4	11	6	9	25	5
Sinais e sintomas de TA na HV	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM

As respostas de Dalva são coerentes com a satisfação expressa quanto à imagem corporal, expondo apenas a sua preocupação com o comportamento alimentar compulsivo e o excesso de atividade física realizada pelo irmão, com o intuito de engordar. Sirena e Talassa, ao falarem em transtorno alimentar, se referem a amigas que possuem ou possuíam esse comportamento. Sirena se preocupa com uma amiga que é gordinha e faz jejum com objetivo de emagrecer e Talassa relata a influência que teve na recuperação de uma amiga que tinha comportamentos bulímicos, mas parou devido a seus conselhos (sic).

Das quatro jovens que não possuem sinais e sintomas relacionados com transtornos alimentares, Céu possui uma leve preocupação com o formato e tamanho corporal, que parece estar associada à opinião do outro e à comparação com outras mulheres. Apesar de não ter risco para os transtornos alimentares, possui uma relação conflituosa com a comida. Relaciona o comer compulsivo com períodos de chateação, estresse ou tédio (quando não tem nada para fazer) e a momentos específicos de sua vida (quando morou em Brasília, por exemplo, e não tinha amigos), o que a leva a engordar. A valorização encontrada entre os parceiros do boxe foi um marco na sua satisfação consigo mesma e com os outros, e o espiritismo, apesar de não ser praticante, a ajuda a compreender melhor as coisas e aceitá-las. Rubídea possui obesidade e preocupação moderada com o corpo, mas não apresenta uma história relacionada com sinais e sintomas de transtornos alimentares, e sim uma relação com a alimentação voltada para o emagrecimento, mas com cuidados com a saúde, devido a histórico de hipertensão e diabetes na família. *“Não tô mais tão ansiosa como eu ficava antes de ter essa compulsão de comer besteira... de comer besteira porque não é de comer qualquer coisa não. É brigadeiro, é comer massa, é MC Donalds. (risos) Mas agora tô mais tranquila (Céu, branca)”*.

Jaciara é uma jovem estudante universitária que possui uma relação muito conflituosa com o seu corpo. Expressou sinais e sintomas de transtorno do comportamento alimentar em toda a sua narrativa, de forma direta, evidenciando mecanismos para purgar o que havia comido, comportamento compulsivo, uma preocupação excessiva com a comida, seu valor nutricional, sua preparação, etc. *“Aí eu comia um monte de doce num dia, aí tomava laxante e ficava no banheiro. Aí hoje, às vezes eu passo, sei lá, o final de semana inteiro comendo (Jaciara, branca).”*

Mas também algumas atitudes, indiretamente, davam a ideia desse transtorno, como por exemplo, não comer durante as trilhas que fazia, com a desculpa de que não gostava de evacuar no mato, ou para não levar peso na mochila. Outra estratégia utilizada por ela era lanchar ou comer pouco quando estava na faculdade, com a justificativa de que precisava economizar, pois a refeição na faculdade (faz psicologia na UFBA), segundo ela, é muito cara. No entanto, ela mesma revela que é uma pessoa que não tem problemas financeiros, o que torna as coisas mais fáceis na sua vida.

As atitudes de Jaciara frente aos transtornos do comportamento alimentar estão vinculadas não somente à sua insatisfação com seu corpo, mas também à forma como seus familiares lidam com o mesmo, mais especificamente sua mãe e seu irmão. Segundo ela, seu irmão também possui uma forte preocupação com o corpo, que interfere no seu comportamento alimentar, mas a mãe tem uma influência marcante nesse processo. Ela relata a forte insatisfação da mãe com seu próprio corpo, o que a fez usar de diversas estratégias para conformá-lo à sua vontade. A última foi a cirurgia bariátrica, que promoveu a redução corporal.

“Minha mãe é bem bunduda com um coxão assim, aí ela também tem a mesma coisa de odiar, se achar feia e querer usar roupas largas, essas coisas aí eu aprendi tudo com ela. (...) Porque eu... eu sempre achava que tava gorda. Eu tenho meio que a coxa grossa (riso) aí eu acho horrível (riso). Isso porque minha mãe também é assim. Eu até tomava os remédios dela pra emagrecer (risos). Quando ela não aguentava, porque ela dizia que ficava muito nervosa. Aí eu pegava o resto dos remédios e tomava (Jaciara, branca).”

Ao mesmo tempo em que relata momentos de jejum prolongado, Jaciara também externa a sua vontade de comer e a forma compulsiva pela qual às vezes faz isso, utilizando então de práticas diversas para evitar engordar.

“Agora eu perdi um pouco a fome, eu perdi a fome mais, eu comecei a comer bem menos, é viajando, porque aí eu passava o dia inteiro sem comer, ou então fazendo trilha. (...) Eu como muito, eu como demais, assim, eu gosto de comer pratão, eu gosto de comer doce. Às vezes, eu como muito em um dia e no outro como pouco. Eu tento ficar equilibrando. (...) Às vezes quando eu como muita gordura eu tomo chá de carqueja, que diz que é bom (Jaciara, branca).”

Sua insatisfação com o corpo é tão forte que interfere inclusive nas suas relações afetivas. Afirma que odiava quando seus namorados eram magros e altos, pois se sentia imensa ao lado deles. Dá preferência aos rapazes gordinhos e diz achar barriga grande em homens lindo, apesar de odiar barriga em mulheres e, principalmente, em si. No entanto, consegue perceber o lado negativo da insatisfação com o corpo e dos comportamentos desordenados na alimentação, mas através da história de outros.

“... assim, ela (amiga), ela se acha linda, mas ela sempre assim, ela tenta emagrecer, ela sempre fica tentando emagrecer. Não acho que ela se acha... não se acha linda não, mas eu acho ela linda (risos). Mas, eu acho que ela tem alguma coisa assim com o corpo (Jaciara, branca).”

A questão importante evidenciada por esses resultados é a presença de história de transtorno do comportamento alimentar em jovens estudantes que se definiram como pretas, com experiência real de comportamentos alimentares desordenados, relatados por elas mesmas. Apesar de nossa avaliação quantitativa demonstrar que as mulheres negras possuem menos riscos de desenvolver tais transtornos do que as brancas, amarelas e indígenas, entre as estudantes que participaram da fase qualitativa da nossa investigação, foram essas as que expressaram mais diretamente tais problemas. Mas quem são essas jovens, quais as suas características, o que há de singular nas suas vidas ou comum entre elas?

Estrela era uma estudante de enfermagem de uma faculdade privada e possuía 24 anos na época da entrevista. É filha de casal separado, inter-racial e mora com a mãe e os irmãos. Possui um namorado há 12 anos. Se declara preta, mas da raça humana. Não gosta do termo negro, pois associa à necrose e refere já ter sido discriminada por sua cor. É budista como a mãe e possui um conflito grande com o pai, a quem considera carrasco, por tentar usar os filhos para atingi-la.

Galáxia era uma estudante de medicina de uma universidade pública, de origem rural, tinha 21 anos e se declarou preta e católica. Vivia com uma renda de aproximadamente 1,5 salários mínimos mensais. Não se sente discriminada por sua cor, no entanto, relata já ter sofrido discriminação por se relacionar com pessoa negra, já ter sido rejeitada por vizinhos, amigos ou colegas e já ter sido mal atendida em uma loja por causa da sua cor. Sua mãe é técnica de enfermagem na roça onde mora. É a única entre os cinco filhos que não conhece o pai. Não tem namorado e tem poucos amigos.

Marisol era uma estudante de psicologia, de 19 anos, em uma universidade privada. Se declarou preta e católica e vivia com uma renda familiar de aproximadamente 7 salários mínimos. Diz que não se sente discriminada e nem vivenciou situações de discriminação por causa da sua cor. Sente-se satisfeita com ela, mas quando era criança dizia que era morena, pois não queria ser da cor que ninguém pintava. Filha de pais separados, possui três irmãos, dois da relação do pai com outra mulher. Relaciona-se bem com todos da família, com exceção da irmã (filha do outro relacionamento do pai). Não tem namorado e tem poucos amigos.

Sereia possuía 26 anos e cursava o segundo ano do ensino médio, em um colégio público. Se declarou como preta e católica. É empregada doméstica e vive com uma renda familiar de aproximadamente 1 salário mínimo por mês. Filha de pais separados, possui quatro irmãos e teve um irmão assassinado por envolvimento com drogas. Vive com seu companheiro e já

perdeu um filho, por aborto espontâneo. Se sente discriminada por causa da cor, mas diz não ter vivido nenhuma situação de discriminação. No entanto, faz um longo relato de conflito com sua patroa, por questões raciais e de classe.

Cora tinha 19 anos quando participou do grupo focal, cursava o 3º ano do segundo grau, do ensino médio, de um colégio público. No questionário se declarou como preta e espírita, mas no grupo focal disse que era cristã, não batizada. Vive com renda familiar de mais ou menos um salário mínimo por mês. Nunca se sentiu discriminada ou vivenciou situações de discriminação por causa da sua cor. Mora com a mãe e a irmã.

Para quatro dessas jovens o risco para transtornos do comportamento alimentar esteve associado com a insatisfação com sua imagem corporal e com preocupações relacionadas com o formato e tamanho do corpo, mas nenhuma delas foi identificada pelo EAT, sugerindo um descompasso entre os resultados obtidos quantitativamente e qualitativamente. Podemos inferir, a partir dessas informações, que, como já foi argumentado em alguns textos científicos (Wood e Petrie, 2010; George e Franko, 2010), para pessoas com características raciais e étnicas diferentes dos euro-americanos, manifestações não detectáveis pelos testes de triagem podem indicar riscos para os transtornos do comportamento alimentar, o que reforça a importância da compreensão de como essas desordens se apresentam em grupos de outras etnias, com diferentes culturas, vivenciando situações de vida diferentes, devido ao seu pertencimento étnico/racial, utilizando instrumentos que valorizem essas diferenças em termos diagnósticos.

Outro fator é que, ao contrário da associação que a literatura vem fazendo entre um maior IMC e insatisfação com a imagem corporal predispondo aos transtornos do comportamento alimentar, apenas uma delas apresentava obesidade, todas as outras estavam eutróficas, o que também corrobora com a associação protetora de um maior IMC para o desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar em mulheres negras, encontrada na análise estatística desse estudo. A compulsão era o comportamento alimentar característico, às vezes seguido de purgação. Apenas Marisol referiu uma dieta restritiva. O comportamento alimentar compulsivo vem sendo identificado como mais presente entre mulheres e homens negros com risco para transtorno do comportamento alimentar em vários estudos internacionais (Pike et al, 2001; Taylor et al, 2007) realizados para tentar compreender a diferença de manifestação dessa desordem entre grupos diversos etnicamente, enquanto a restrição alimentar vem sendo relacionada com as caucasianas.

Há uma discussão sobre o mal estar provocado pelos novos *modus vivendi* da sociedade contemporânea, caracterizada pela velocidade do crescimento tecnológico, levando a um acesso mais rápido às informações em torno do mundo, pela valorização da estética e dos prazeres efêmeros. O hedonismo e narcisismo contemporâneo fazem com que haja um investimento grande na aparência e no corpo, levando ao desencantamento pelas grandes causas e ao esvaziamento dos ideais. Ao mesmo tempo, as desigualdades no acesso aos

bens e serviços oferecidos pelo mercado, a violência, inclusive contra o sexo feminino, e a exclusão social são também características desses novos tempos. Há uma contradição provocada por essa sociedade que induz à busca de perfeição inalcançável através do corpo, mas ao mesmo tempo demoniza o prazer de comer, através da associação de determinados alimentos com a doença. Em paralelo a uma divulgação intensa dos perigos associados à ingestão de alguns alimentos, da necessidade de realização de atividade física, da busca pela vida saudável, levando a um terrorismo alimentar, há também propagandas sobre delícias culinárias, lanches que tem seu sabor evidenciado pelo incremento de açúcar e gordura. Toda essa situação leva ao que se pode chamar de mal estar da alimentação. Este tanto pode levar a uma renúncia dos prazeres alimentares na tentativa de alcance dessa saúde física e principalmente aparência corporal, como o insucesso nessa empreitada pode gerar um descontentamento tal que favoreça o consumo alimentar excessivo como forma de válvula de escape emocional (NASCIMENTO, 2007).

O comer, do mesmo jeito que o sexo e o prazer estiveram relacionados com o pecado, o excesso e à falta de controle, e a partir dos anos 60 as atitudes ascéticas foram sendo abandonadas devido a um processo crescente de liberação de costumes, de promoção da liberdade sexual, de independência feminina, em consequência da luta dos movimentos sociais. Atualmente vivemos a cultura do prazer, da felicidade associada à satisfação de necessidades fugazes e superficiais. Pascal Brukner (citado por NASCIMENTO, 2007) afirma que a “felicidade se tornou uma espécie de tirania do mundo contemporâneo”. E esta está ancorada no prazer, na estética corporal, na beleza. Quem não adere a esta fórmula de felicidade ou não consegue atingi-la, visto que a mesma não considera as diferenças e limitações dos seres humanos, está sujeito à vergonha, ao constrangimento e à pressão social. Neste sentido, a compulsão alimentar pode também se apresentar como resposta à aflição gerada por esta incapacidade para atingir um ideal social de felicidade e prazer. Além disso, conflitos familiares ou relacionais, autoestima negativa, sentimento de solidão e características da personalidade podem se associar, neste contexto social atual, para provocar descargas de comportamentos alimentares desgovernados.

Consoante com essas inferências há entre as garotas negras com risco para TCA, com exceção de Sereia, uma sensação de falta de apoio, de não ter quem as ouça em momentos em que precisam compartilhar problemas e sentimentos, ou para aconselha-las ou orientá-las como agir em situações difíceis. Marisol, apesar de relatar uma amizade grande com a mãe e os irmãos e de ter destacado duas amigas íntimas, com quem conversa muito, sente não ter alguém com quem possa sair para se divertir, fazer coisas agradáveis e relaxantes. Parece que estas garotas experimentam um sentimento de solidão em momentos nos quais a presença de um outro significativo é fundamental para sentir-se integrada, ajustada e acolhida socialmente. Estrela, Marisol e Galáxia vivem conflitos familiares importantes e, da mesma forma que Sereia, não possuem convivência paterna. Aliado a esses conflitos familiares expressam também o entendimento de que na sociedade a aceitação depende da cor da pele da pessoa, e nesse sentido, as mulheres negras não são aceitas. Algumas

informam da discriminação sofrida por questões raciais, outras afirmam que a discriminação ou rejeição foi por causa do corpo, mas acreditam que a modificação de algumas características as faria serem mais aceitas, respeitadas. A grande questão é que tais características são signos marcadores da condição racial negra.

“As brancas, elas têm sim a ditadura da beleza também, mas eu acredito que seja menos porque elas já são aceitas pela cor que elas têm. As negras não, elas têm que se preocupar com a cor, na rua racismo, tem que se preocupar com o cabelo duro que têm, que é da cor e tal, com aquela cor e tal, então elas são mais preocupadas, acho que tem... Então a gente vai se preocupar, além da cor, com o corpo, a gente tem que estar com o corpo magro, ela nem tanto, ela pode engordar um pouquinho, tal, se engordar ela vai pros Estados Unidos e vira uma modelo do GG, que agora é moda lá também, né (Marisol, negra).”

“Porque as pessoas de pele clara, independente da classe social, têm o costume de pintar a unha, tem o costume de lavar os cabelos, que é a questão da higiene, têm o costume de dar escova no cabelo, no momento que o cabelo está mais fraco não dá, não quer. Tem gente que usa lente por necessidade, mas tem gente que usa lente por esporte, passa um batom. Então, se a gente for ficar se apegando: ah, você faz isso porque você é branco; ah, você faz aquilo porque você é preto. É um pensamento medíocre. Sabe por quê? Se você molhasse meu cabelo, vou voltar a ser a preta do cabelo duro, se quando tiro a lente, vou voltar a ser a preta dos olhos pretos (Estrela, negra).”

A vivência de experiências de discriminação racial, percebida ou não desta forma, junto com os conflitos familiares, a insatisfação com seu corpo e a pressão externa para se ajustarem a um padrão estético, compõe um quadro de vulnerabilidade, que para cada jovem se manifesta de forma diferente, mas tem o comportamento alimentar como meio de expressão. Sereia tenta entender porque come escondido quando está na casa da patroa, e ela mesma suspeita que seja por se sentir tão incomodada com as atitudes racistas da mesma, que se sente confusa e questiona suas próprias atitudes. Ao mesmo tempo, alia essa mudança de comportamento à perda de seu filho. Galáxia preocupa-se com a forma compulsiva como come e acredita que seja a forma de lidar com insatisfações quanto aos seus relacionamentos interpessoais, devido ao seu pertencimento racial e social, mas do que uma preocupação com o corpo.

O que podemos concluir de todos esses relatos é que há presença de comportamento alimentar desordenado entre algumas estudantes que se definiram como pretas e entre os fatores associados aos mesmos estão conflitos familiares, a vivência ou percepção do racismo, o sentimento de falta de apoio social em momentos importantes da vida, bem como a insatisfação com a imagem corporal e a compulsão alimentar. Percebemos então o desregramento do corpo como marcador do que está fora de ordem no mundo psicossocial.

A experiência da transformação do corpo se apresenta como termômetro de relações sociais disruptivas e como indicadora de encarnação de sofrimento (NUNES e BITTENCOURT, 2013).

Outra questão que se percebe, de um modo geral, é que existem condições e/ou situações relacionadas aos transtornos do comportamento alimentar que não foram detectados pelo EAT. Com exceção de Jaciara (branca), as jovens que vivenciaram, através de suas próprias histórias, alguma situação de transtorno alimentar não apresentaram no EAT valor suficiente para indicar esse risco. Podemos chamar essas situações de condições subclínicas, pois escapam aos critérios formais estabelecidos para identificação de possível risco para esses transtornos. Isso nos leva a acreditar na importância de desenvolvimento de estratégias de prevenção e de detecção desses riscos em pessoas que, necessariamente, ainda não apresentaram os sinais clássicos ou manifestaram o transtorno.

Já há uma discussão em torno da limitação dos testes diagnósticos para detectar uma ampla heterogeneidade de características envolvidas com esses distúrbios, principalmente quando pensamos em populações diversas culturalmente, etnicamente, etc. Uma das explicações para esta insuficiente capacidade de detecção desses comportamentos é que tais testes foram desenhados com base em um conjunto de critérios euro-americanos e que são universalizados, desconsiderando diferenças étnicas e raciais. Outra consideração é que alguns vieses e estereótipos podem dificultar o diagnóstico nas diferentes fases da vida, ou seja, infância, adolescência e adultez, não identificando diferentes formas de manifestação clínica, ou mesmo formas subliminares, bem como a simultaneidade de sintomas (THOMAS et al, 2011; GEORGE e FRANKO, 2010).

Comungando com essa lógica, no nosso estudo nem sempre a insatisfação com a imagem corporal e a preocupação com o tamanho e formato do corpo estiveram diretamente associadas com sinais e sintomas de risco para os transtornos do comportamento alimentar, evidenciados pelo EAT. Isso aconteceu com Estrela (negra), que, apesar de possuir satisfação em relação ao seu corpo, assumiu, em algum momento da sua vida, um comportamento, que na interpretação dela mesma seria de transtorno do comportamento alimentar. Pode-se conjecturar que a relação e preocupação com a mãe tenha sido um fator decisivo para sua conduta, tanto de avaliação do seu próprio comportamento alimentar, como pela decisão de não querer repetir seus passos. No entanto, os valores do BSQ e do EAT para essa estudante não indicaria que essa jovem pudesse ter alguma experiência relacionada com tais transtornos.

No caso de Sereia (negra), houve resultado positivo para preocupação com o formato e tamanho corporal, através do BSQ, mas negativo para o EAT, o que, numa leitura interpretativa desses valores indicaria que tal preocupação não foi suficiente para levá-la a comportamentos sugestivos de transtorno alimentar, contrário ao vivenciado pela estudante. No Caso de Galáxia (negra), houve congruência entre o resultado do BSQ e a insatisfação corporal assumida por ela, no entanto, o resultado do EAT de forma alguma levaria a pensar no comportamento alimentar compulsivo e até mesmo destrutivo

apresentado por esta jovem. Apenas Jaciara (branca) seria considerada uma pessoa com risco para os transtornos alimentares, analisando esses dois testes de triagem.

Evidencia-se como esses testes são importantes indicadores desse risco, mas não são suficientes para abarcar a complexidade envolvida no desenvolvimento de tais transtornos. Mesmo considerando a importância de testes como o EAT no processo de identificação dos transtornos do comportamento alimentar, o estabelecimento de outras técnicas mais sensíveis que possam dar conta dessa situação mais sutil e o desenvolvimento de discussões entre os jovens, não apenas sobre os transtornos em si, mas sobre os fatores que estão envolvidos com esses transtornos, pode ser de grande utilidade na diminuição da incidência dos mesmos.

Oliveira e Hutz (2010), ao fazerem uma discussão teórica sobre os fatores culturais envolvidos no aumento do número de transtornos do comportamento alimentar, sugerem que estudos interdisciplinares e de desenho qualitativo poderiam dar conta com maior profundidade da complexidade desses fenômenos, bem como do impacto da imagem corporal nas práticas alimentares. Por outro lado, também defende-se a ideia de que o diálogo entre essas duas abordagens, que oferecem informações de natureza diferentes (as investigações quantitativas privilegiando o objetivo, factual e tangível, possível de ser quantificado e analisado estatisticamente e a abordagem qualitativa evidenciando o subjetivo, emocional e individual, possível de ser alcançado através de uma análise construtiva e interpretativa) sejam mais eficientes na produção de conhecimentos que permitam compreender e agir de forma mais efetiva em termos preventivos e resolutivos (COUTIÑO e LÓPEZ, 2009).

Isso comunga com a ideia de Csordas de que a abordagem fenomenológica, na qual “o corpo não é um objeto a ser estudado em relação à cultura, mas é o sujeito ou base existencial da cultura (CSORDAS, 2008, p.102)”, seria a mais interessante para entender o paradigma da corporeidade. Ele se baseia nas visões de Merleau Ponty sobre a percepção do corpo indo além da dualidade sujeito/objeto, visto que há sempre mais do que é possível perceber através dos olhos, e do entendimento de Bourdieu de que o corpo socialmente informado, ou seja, o *habitus*, é o princípio gerador e unificador de todas as práticas sociais (CSORDAS, 2008).

Alguns autores defendem que a experiência dos transtornos do comportamento alimentar está relacionada com a tentativa de vivência corporal no sentido de alcançar um corpo desejado, estabelecido socialmente e culturalmente, que ultrapassa as possibilidades biológicas e histórico-subjetivas do próprio corpo. A configuração do corpo desejado se estabelece através do olhar e avaliação do outro, das experiências, expressões e práticas discursivas do outro, que emergem a partir do corpo. Neste sentido, há uma conversão dos discursos sociais em trama pessoal, se configurando assim na identidade dessas jovens. Em consequência disso, eles defendem que a vivência corporal é subjetiva, possível de ser narrada, mesmo que não se esgote nos relatos e que a configuração corporal possibilita uma

forma particular de se narrar, de se relacionar com os outros e de estabelecer para si um lugar em um grupo social. Neste sentido, a narrativa de sua vivência corporal, suas práticas e sentimentos permite ressignificá-las, bem como sua história, possibilitando mudanças, inclusive da compreensão desta corporalidade (HERNÁNDEZ e CORTÉS, 2010).

As narrativas desse estudo, apresentadas pelas jovens, nos revelaram experiências e situações que permitiram entender melhor sua corporalidade e a relação com os transtornos do comportamento alimentar, mesmo quando estes não eram diretamente vividos por elas. Vivenciar histórias de transtornos do comportamento alimentar através de familiares e amigos próximos não significa possuir risco direto para essas desordens, mas diz um pouco dos valores e crenças que rodeiam essas pessoas e da possibilidade de interferência em suas próprias crenças e valores. Sabemos que, entre jovens, a referência do outro e a necessidade de corresponder, de se sentir fazendo parte de algo, de algum grupo ou comunidade mobiliza a construção de identidade e as suas atitudes concretas. Ter como referência pessoas para as quais a relação com o corpo passa pela busca da perfeição, que leva à insatisfação, bem como a ideia de que este é manipulável e pode ser moldado para atender aos desejos de felicidade, sucesso e conquista tem sido frequente na sociedade atual. Na sociedade contemporânea o corpo passou a ser visto como algo fora de mim, mas que, ao mesmo tempo, diz quem eu sou, e que possui um valor de mercado. É esse valor de mercado cada vez mais alto que me impulsiona a tomar atitudes para transformá-lo no que eu preciso para atender aos imperativos de uma sociedade para a qual quem eu sou, além do corpo que eu apresento, não possui tanto significado assim. Parece-me então que existe uma linha tênue entre as atitudes de busca dessa perfeição corporal e atitudes alimentares desordenadas que podem ter como consequência os transtornos do comportamento alimentar.

“A vivência e o olhar de si se imbricam na história de toda pessoa. No caso das mulheres com TCA, a leitura de si tem estado marcada pelo horizonte do corpo. Um segundo horizonte de leitura de si mesma é o outro. Assim, o corpo próprio e o outro são as perspectivas de onde se configuram sua vivência de si. Sua avaliação e vivência de si estão atravessadas pelos discursos do outro, os quais fazem com que a forma de viver o corpo não possa ser pensada como um assunto individual (Hernández e Cortés, 2010, p. 547).”

A questão é que esse outro é heterogêneo, com visões diferentes sobre qual é o modelo necessário para se alcançar o êxito e sucesso na vida. Família, amigos, namorados, instituições podem ou não compartilhar da ideia de que o corpo magro é o necessário para atingir o sucesso que permitirá um lugar social, influenciando desta forma, de maneiras diferentes, a vivência corporal e a construção da identidade de jovens para quem esse outro e sua avaliação é fundamental, podendo levar ao patológico e à enfermidade (HERNÁNDEZ e CORTÉS, 2010). O que é normal e o que é patológico na ótica de quem vive um transtorno

alimentar possui conotações diferentes, pois há outra perspectiva que alimenta as escolhas e comportamentos dessas pessoas. A busca pela perfeição e do controle de si e da própria vida, a partir do controle do corpo, sustenta a convicção pelo caminho escolhido ou pela crença que não há outro possível.

Susan Bordo (2003) chama atenção que na cultura de hoje o que é normal está sendo redefinido pelas imagens e pelos profissionais que se “alimentam” desse desejo de perfeição inalcançável. Ela salienta que há uma necessidade de fugir às vicissitudes características da vida humana, na qual, alimentadas pela fantasia de reorganização, transformação e correção, desafiamos a mortalidade e materialidade do corpo, e damos lugar ao plástico cultural.

“Nós mudamos, envelhecemos, morremos. Aprender a lidar com isso faz parte do desafio – e riqueza – existencial da vida dos mortais. Mas hoje, aqueles que podem se permitir fazer isso trocaram a desordem e fragilidade da vida, a vulnerabilidade da intimidade, o conforto das relações humanas, por fantasias de ilimitada auto-realização, “triunfando” sobre todo empecilho que cruze seu caminho, “disputando o ouro” (Bordo, 2003)”.

Considera que um dos principais problemas relacionados a essa cultura, é que o limite dessa perfeição é cada vez mais amplo, devido aos recursos tecnológicos utilizados para criar a ideia de perfeição, irreal, mas perseguida pelas pessoas, na qual o mínimo desvio é considerado como um defeito a ser extirpado, pelo risco de estigma que pode gerar.

8.5. A Influência de Alguns Fatores no Desenvolvimento dos Transtornos do Comportamento Alimentar

Os estudiosos dos transtornos do comportamento alimentar vêm pontuando quais são os fatores que estão diretamente ligados ao desenvolvimento dos mesmos e os riscos provenientes desses fatores. Fatores biológicos, socioculturais, familiares e psicológicos têm sido apontados na gênese desses distúrbios psiquiátricos, de manifestação alimentar. Alguns são classificados como predisponentes, ou seja, aqueles que aumentam a probabilidade de desenvolvimento dos mesmos, outros como precipitantes, como a dieta, por exemplo, que propicia o início dos sintomas, e os mantenedores, que são os responsáveis pela manutenção e cronificação dos mesmos (Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002; Souza e Santos, 2006).

Em nosso estudo partimos das narrativas das estudantes para inferir quais os fatores estiveram intimamente relacionados com os riscos para desenvolvimento de comportamentos alimentares desordenados. Avaliamos não somente situações, experiências e sentimentos presentes nas suas histórias de vida, mas também o que elas acreditavam ser importante no contexto social para evitar e solucionar tais problemas.

O risco para o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar esteve presente tanto para jovens que se identificaram como negras quanto para as que assumiram outro tipo de identificação racial/étnica. A manifestação dessas desordens também esteve presente para os dois grupos e, ao avaliar quais fatores apresentaram relação com esses comportamentos, foi possível perceber os relacionados às características ou situações pessoais de cada jovem, mas também fatores de ordem mais geral, expressos por elas como possíveis causadores desses transtornos atualmente. Fatores protetores e fragilizadores foram identificados em todas as narrativas, demonstrando a complexidade que envolve tais comportamentos. Os fatores que podem ser considerados em relação à manifestação desordenada de comportamentos alimentares foram relacionais, estruturais e os próprios da personalidade.

Família

Uma relação familiar que tem como base a união entre os indivíduos, na qual as diferenças de comportamento, valores e crenças não inviabiliza o suporte e o apoio entre os pares, parece ser decisiva para o estabelecimento de segurança quanto às decisões individuais, para o compartilhamento de dúvidas, medos e problemas vividos nas experiências diárias.

Nessa relação familiar, a figura materna assume uma importância muito grande. Em várias narrativas fica evidenciada a relação positiva com a mãe como um grande suporte para a vida. Mesmo o relato de como o pai ou os irmãos/irmãs são, ou foram, importantes em vários momentos, a amizade e companheirismo com a mãe, o apoio recebido por ela e,

principalmente, a comparação com a mãe têm uma relevância significativa nas escolhas pessoais dessas jovens, sejam alimentares, relacionais ou comportamentais. A satisfação ou até mesmo a insatisfação corporal são problematizadas nessa relação com a mãe, levando-as conseqüentemente a lidarem de forma mais saudável e positiva com o corpo.

Por outro lado, o principal sujeito que aparece como um elemento significativo de uma corporeidade desajustada é também a mãe. Elas têm papel influenciador para comportamentos alimentares desordenados (como no caso de Jaciara (branca), que copia as estratégias da mãe com o objetivo de emagrecer), e também exercem pressão para que as filhas emagreçam, modifiquem seu jeito de vestir, de se alimentar, etc.

Para as estudantes negras, a família é considerada importante por vulnerabilizar para esses transtornos, quando afirmam que problemas familiares possam levar as jovens a um comportamento alimentar desordenado. Acreditam também que a família influencie bastante na imagem corporal construída pelas jovens, seja negativa ou positiva. Consideram que uma forma de evitar tais transtornos seria a criação dos filhos para uma alimentação saudável desde tenra idade, coisa que acreditam não acontecer, pois acham que os pais fazem a vontade dos filhos e permitem um comportamento alimentar não saudável, que está na base também do desenvolvimento dos transtornos alimentares.

Como dito no início, as jovens pesquisadas associam tanto fatores externos e estruturais quanto internos para explicar o desenvolvimento de comportamentos relacionados aos transtornos alimentares. No entanto, quando pensamos nos fatores externos, tanto a avaliação das histórias de vida de cada jovem, como do que elas verbalizam como importante nesse contexto estão mais relacionados com a estrutura familiar e a rede de suporte que possuem ou não. A multifatorialidade causal dos transtornos do comportamento alimentar, bem como a relação familiar, principalmente com a mãe, como um dos fatores envolvidos na dinâmica que fragiliza para esses distúrbios já é conhecida e bem documentada na literatura científica e clínica. O que as informações obtidas através dessa investigação enfatizam é o tipo de relacionamento que vulnerabiliza para tais comportamentos e os que protegem contra eles.

O que ficou evidenciado nas narrativas foi uma relação de pressão quanto ao tipo de corpo que as jovens deveriam ter, pressão essa exercida por vários atores significativos nas suas vidas, mas, em especial, as mães. Alguns estudos (O'SHAUGHNESSY e DALLOS, 2009; LATZER, LAVEE e GAL, 2009) avaliam a relação mãe-filha ou mesmo pais-filhos como fundamentais para o mecanismo de proteção ou não quanto ao desenvolvimento de comportamentos não saudáveis que caracterizariam sintomas de transtornos de ordem alimentar. Esses estudos exploram a qualidade dessas relações, que estão associadas também à qualidade das relações vivenciadas dentro da família como um todo, principalmente entre os pais. A primeira consideração que fazem é que jovens com sintomas de distúrbios alimentares possuem uma relação insegura, de evitação, desprezo e preocupação com seus familiares, em especial as mães, devido a problemas não resolvidos, traumas, que não necessariamente

tenham acontecido com as jovens, mas que podem ser resultado de vivências maternas, na relação com seus companheiros, e que acabam por levar a relações nas quais o não dito e a falta de respostas para problemas ou questões importantes são característicos dentro do ambiente familiar.

Jaciara é uma jovem que sofreu pressão da sua família para se alimentar, para se vestir e arrumar de determinado jeito. A avó, segundo ela, achava que ela comia demais, pois a comparava com o irmão. Apesar de não morar mais com os pais e com o irmão paterno, que vivem em São Paulo, ela tem a mãe como referência corporal e comportamental, utilizando as mesmas medidas extremas para conformar o seu corpo ao que ela idealiza.

É defendido por alguns autores (FROIS, MOREIRA e STENGEL, 2011) que é difícil para uma jovem se desvencilhar do conflito, próprio da adolescência, entre a imagem corporal e corpo imagem quando se convive com adultos, em especial parentes, que apesar da adultez ainda vivem o desejo de conformar seu corpo a um ideal externo, inalcançável, com uma corporalidade desajustada. Eles chamam de corpo imagem às exigências irreais e ilusórias do mundo contemporâneo, fornecidas em especial pela mídia, e que gera uma incongruência com as experiências corporais vivenciadas e a imagem corporal construída a partir do olhar de si e de outros significativos. Nesse contexto onde não é encontrado um referencial corporal para se contrapor aos seus desejos irreais, fica mais complicado alcançar uma identidade corporal mais estável e madura, e neste sentido, não somente a corporalidade fica comprometida, mas também outras expectativas acabam se tornando características da fase transitória da adolescência, frágeis e imediatistas.

Além disso, a influência familiar sobre jovens vem também de mensagens não verbais, que favorecem práticas valorizadas e que falam das pessoas que as praticam. São práticas ascéticas, de controle individual e que refletem o domínio e o controle que um indivíduo tem sobre seu corpo. Portanto, algumas práticas alimentares para alcançar esse controle acabam sendo imitadas ou transmitidas silenciosamente, quando não são diretamente impostas, entre gerações (MERINO, 2006).

Também importante nesta avaliação da relação familiar é a dificuldade que as jovens que vivenciam tais ambientes e que expressam comportamentos de risco para os transtornos de ordem alimentar e psiquiátrico têm para lidar com determinadas rupturas ou separações, com pouca habilidade para diferenciar separações de caráter mais permanente, das breves e esporádicas, que acontecem em momentos pontuais da vida (O'SHAUGHNESSY e DALLOS, 2009). Isto me faz pensar na situação de Galáxia que verbaliza a existência de um diálogo superficial com a mãe sobre coisas importantes, apesar de dizer que possuem uma boa relação, e que também vivenciou momentos de separação familiar.

“(...) Também não pergunta muita coisa da minha vida, pergunta se eu tô bem; se eu falo que tô bem, ela, ela também só quer saber isso, se tô bem, se tô com saúde. (...) Ela pergunta mais da faculdade, ela não

pergunta se tá com namorado, não pergunta, não sei se ela não quer saber, se ela não se interessa. (...) É eu não fui registrada por meu pai e, quando eu era criança, bem que eu tentei saber qual era a história, o porquê que eu não fui registrada, tentei saber o nome, mas minha mãe não me contava. Não tenho, no caso, no registro, e até hoje eu não sei se ele não me assumiu, ou se minha mãe não quis que ele me assumisse e eu desconheço (Galáxia, negra)".

Associada a essa falta de informação sobre sua paternidade e de um diálogo mais aberto e profundo com a mãe, possui um história de rejeição, quando diz que a mãe tinha a intenção de dá-la para ser criada pela tia, e de dificuldade para lidar e se adaptar aos novos ambientes nos quais teve que habitar. Galáxia é uma jovem estudante de medicina que se autodefine como rude, com poucos amigos e com dificuldade de se ajustar ao grupo da faculdade, que diferente dela, que veio da roça, é mais urbano e de classe média/alta. A separação de seu ambiente familiar e social se deu para que seguisse com seus estudos, no ensino médio, quando morou com a tia e era pressionada para se arrumar, vestir e ser de um jeito diferente do que ela estava acostumada e se sentia à vontade. Quando veio para Salvador se sentiu mais livre em relação a essa pressão, mas teve dificuldade para se adaptar ao ambiente da faculdade, onde se sente excluída e rejeitada.

Latzer e seus companheiros (2009) enfatizam a importância da compreensão das relações familiares, das relações matrimoniais, mas principalmente da relação mãe-filha para o entendimento das desordens alimentares. Seus estudos apontam que dificuldades na relação entre um casal pode afetar negativamente a interação pais-filho e vulnerabilizar para os transtornos alimentares. Eles chamam a atenção para o fato de que é importante não culpabilizar os pais, ou especificamente a mãe, pelos comportamentos de suas filhas, mas de tentar entender essa relação e de como ela influencia nesses comportamentos, o que permite um auxílio mais eficaz a essas jovens. Eles enfatizam a importância de fortes limites entre pais e filhos, mantendo flexibilidade dentro desses limites para permitir uma comunicação aberta e direta entre eles. Afirmam que um forte relacionamento pais-filhos, com estabelecimento de limites claros, permite a construção de abertura e comunicação de apoio entre eles, reduzindo a probabilidade de apresentação dos sintomas de risco para os transtornos do comportamento alimentar.

No entanto, há uma discussão sobre os limites desses estudos que apontam a estrutura familiar como responsável ou fator predisponente para as desordens alimentares. Essa discussão se baseia na crítica quanto às abordagens metodológicas empregadas para fazerem uma análise do papel da família nesse contexto. Esses estudiosos chamam a atenção que é difícil saber se foram os conflitos, a falta de estrutura e problemas familiares não resolvidos que criaram um ambiente favorável para o desenvolvimento de sintomas alimentares desordenados ou se, pelo contrário, seria o início desses sintomas também responsáveis por esta situação, devido à dificuldade da família para lidar com essa realidade.

É importante também enfatizar o sofrimento dos membros da família, principalmente o pânico gerado por não saber como se comportar frente à problemática difícil e complexa que passam a enfrentar. Todas essas considerações chama a atenção para a importância da compreensão por parte dos profissionais da lógica e dinâmica familiar e de integrarem os membros da família como parceiros importantes no enfrentamento do problema (SOUZA e SANTOS, 2006; JAEGER, SEMINOTTI e FALCETO, 2011).

Outros Sujeitos Importantes na História de Vida

Outro sujeito importante nesta vivência corporal é o namorado. Este aparece como aquele que funciona como estímulo à superação da insatisfação ou para a percepção do corpo de forma mais saudável. Os elogios dos namorados, a relação de respeito entre os pares, sejam amigos ou colegas de escola ou faculdade, proporcionam a essas estudantes maior segurança e satisfação quanto a quem são. O apoio recebido por esses pares leva a um sentimento de pertencimento que as fortalece e protege quanto a comportamentos e escolhas não saudáveis em relação à alimentação, vestuários, adereços, etc.

Os namorados possuem uma força muito grande nas escolhas feitas pelas mulheres em relação aos seus corpos, devido aos papéis sociais femininos e masculinos, nos quais o corpo das mulheres são corpos para outros, e esse outro mais significativo é o homem, refletindo um poder, que tanto pode favorecer uma vivência corporal feminina positiva quanto negativa. Mas a comparação com outras mulheres também são um exemplo de pressão, geralmente mais indireta, mas frequente entre grupos de mulheres (MERINO, 2006).

Os corpos apresentados por essas estudantes, sejam eles gordos ou magros, deixaram-nas susceptíveis aos comentários e pressão familiares, de amigos e colegas. Exemplo é a professora de canto de Dalva, figura que aparece na sua narrativa tendo um papel relevante, pois a fez se sentir insatisfeita com a sua barriga, sentimento até então inexistente para a mesma.

A comparação com outras pessoas, principalmente outras mulheres, contribuiu para gerar insatisfação e vulnerabilizar algumas estudantes para o desenvolvimento de transtornos alimentares, o que mostra que esses códigos circulam no universo afetivo e social feminino, espelhando relações de gênero. A comparação com as irmãs e colegas de escola, por exemplo, aliada às críticas recebidas quanto ao seu corpo fragilizaram Sereia e Marisol, respectivamente. Ao mesmo tempo, algumas manifestaram um sentimento de constrangimento e incômodo ao se perceberem alvo de atenção ou do olhar do outro, mesmo que este olhar fosse de admiração. Este incômodo provocava certo afastamento das pessoas, em situações sociais como festas, reuniões de grupo na faculdade, etc.

Para essas jovens, esse afastamento é uma forma de defesa, de se proteger de uma possível rejeição. Algumas verbalizaram que preferiam se excluir a serem excluídas. Tal sentimento

de rejeição/exclusão tinha como motivador não apenas a insatisfação corporal, mas outras condições que se interseccionavam para produzir esse sentimento.

Apesar de uma relação familiar, com amigos e namorado positiva ter aparecido como fator externo protetor quanto aos riscos para transtornos do comportamento alimentar, tais fatores vivenciados de forma desajustada, aliada à propagação da mídia dos valores de beleza dominante, questões de classe, raça/etnia e origem foram vistos como fatores externos de pressão que fragilizavam essas jovens para insatisfação corporal e comportamentos alimentares de risco. Comungando com esses achados Peden e seus colegas (2008) confirmam no seu trabalho o que outros estudiosos afirmam sobre a influência da pressão externa sobre determinados comportamentos emocionais, sociais, acadêmicos, etc. Esses autores encontraram uma associação direta entre a pressão externa exercida no sentido de ter sucesso, ser o melhor, agradar os outros, parecer mais atraente, com a insatisfação ou distúrbios da percepção corporal e comportamentos característicos dos transtornos de ordem alimentar.

A comparação entre os pares, a internalização de críticas e a competitividade acaba levando a uma necessidade não somente de ser atraente e ter sucesso, mas de ser mais atraente e ter mais sucesso que o outro. A internalização de padrões sociais inatingíveis provoca uma visão de si negativa, baixa autoestima e desvalorização dos feitos e realizações pessoais (Peden et al, 2008).

Mas as exigências sociais de atratividade e beleza são exercidas sobre todas as pessoas. Não há um filtro que evite alguns de receber tais pressões. Então, o que faz algumas pessoas desenvolverem desordens psiquiátricas como os transtornos do comportamento alimentar e outras não? Para as jovens de nossa investigação é uma questão individual, psicológica, que passa pela busca pela perfeição e construção de uma identidade frágil. Para os autores citados acima, o perfeccionismo e a tendência a ser competitivo e necessitar superar as habilidades e capacidade dos outros são características que estão na base do problema e presentes em pessoas mais sujeitas às críticas e elogios externos para validação de quem são. Outro fator importante é a fonte e intensidade dessa pressão percebida pela pessoa e a existência ou não de uma rede que a apoie e dê suporte para lidar com essas exigências. Isso fará com que a reação a essa pressão social seja tão variada como podem ser variados os mecanismos envolvidos nesse processo.

No nosso estudo, comungando com essas teorias, as jovens que apresentaram algum sinal característico de transtorno do comportamento alimentar em alguma fase de suas vidas manifestaram não ter apoio social no cotidiano, com exceção de Sereia e Jaciara. Em contrapartida, Jaciara apresentou pelo BDI depressão moderada, além de expressar na sua narrativa o quanto era nervosa e ansiosa, e Sereia fez um longo relato de conflito racial vivido com sua patroa, o que também a deixava insegura e confusa, e demonstram fragilidades que podem ter se associado a outros fatores no desenvolvimento de comportamentos alimentares inadequados.

Um estudo no Chile (BEHAR e VALDES, 2009) que comparou eventos estressantes entre jovens com e sem transtornos do comportamento alimentar reforçou a associação entre maiores níveis de estresse com o desenvolvimento desses transtornos, bem como a falta de rede de apoio como determinante para fragilizá-las para comportamentos inadequados. Os eventos mais frequentes são conflitos familiares e mudanças, seja nos hábitos, quanto em situações de vida, como, por exemplo, mudança de moradia ou escolar. Quanto às características mais importantes, o perfeccionismo, sentimento de ineficiência, baixa autoestima e desconfiança interpessoal estavam relacionados à menor capacidade de lidar com esses eventos.

Intersecção de Raça, Classe e Gênero

A condição racial/étnica e de classe apareceu em algumas narrativas como fatores que as faziam crer numa não aceitação. Jaciara é uma das que comenta que as pessoas a olhavam com discriminação por ser branquinha e ter cara de burguesinha. Essa percepção a levou a acreditar na rejeição de um amigo, que, por ser negro, se sentia incomodado em ter amizade com ela. No entanto, a maioria dos relatos informa de como ser negra e gorda, por exemplo, levava a uma maior dificuldade de aceitação nos grupos. Bem forte é a intersecção de raça, classe e origem vivenciada por Galáxia, que segundo ela, aliada a seu gênio forte e sua rudeza faz com que tenha poucos amigos e não se relacione bem com os colegas da faculdade. Ela não consegue se adaptar aos colegas de Medicina, que possuem um padrão de classe média/alta, e se sente rejeitada por eles por ser negra, ser da roça e se vestir mal (sic). Essa situação provoca ansiedade e leva à compulsão alimentar.

As experiências de discriminação vividas por essas jovens, sejam por não apresentarem um corpo magro, situação que leva a estigma numa sociedade que demoniza a gordura e a obesidade, sejam por apresentarem características raciais não valorizadas na sociedade ou por serem de classe econômica desfavorecida, precisam ser levadas em consideração. Quando essas vulnerabilidades se interseccionam, a existência de uma sólida estrutura social e familiar e uma construção identitária fortalecida serão fundamentais para o enfrentamento de toda essa pressão externa, evitando a insegurança, baixa autoestima e sentimento de incompetência que advém da percepção de não possuir as condições necessárias para alcançar o subliminarmente prometido êxito social. A sensação de incapacidade e de menos valia gerada por essas condições vem geralmente acompanhada de uma culpabilização de si mesma quando agem e copiam comportamentos destrutivos, como sentiam Sereia e Galáxia, principalmente quando há uma tendência a individualizar um problema que é coletivo e tem forte influência social. Exemplo disso é a afirmação de que *“só pessoas de mente fraca seguem esses comportamentos”* (Taína, Raio de Sol, negras).

Taleyrand (2010) acredita que o processo de integração sociocultural, o racismo e a condição socioeconômica desfavorável são fatores sociais que fragilizam emocionalmente as mulheres podendo afetar porque e como essas manifestam determinado comportamento alimentar; a compulsão alimentar é a atitude mais frequente originada dessas condições. Chaney (2011)

ao avaliar as narrativas corporais (termo cunhado pela autora para definir as narrativas em relação ao corpo e beleza) de 18 mulheres americanas, universitárias, de diversas etnias, percebeu que a insatisfação corporal manifestada pelas mesmas estava relacionada com o significado simbólico adquirido pelo corpo, no qual a feminilidade, beleza e sucesso estavam correlacionados com magreza, branquitude e alto status social. Nessa perspectiva, as mulheres da primeira geração de imigrantes na família aprenderam que o corpo magro era um veículo através do qual elas poderiam obter mais poder social e fugir da exclusão e isolamento, devido às discriminações sofridas devido à sua origem étnica, religiosa, cultural, etc.

Da mesma forma, Fernando Uribe, se referindo às mulheres jovens em Medellín, Colômbia, afirma que as pressões sofridas para assumir uma imagem corporal aceitável socialmente, em muitos casos, se tornam obrigações e são consideradas por muitas jovens a única forma de ascender socialmente, de conseguir um namorado ou companheiro, bem como um emprego valorizado. Desta forma, os comportamentos alimentares assumem novos significados (MERINO, 2006). Esta análise feita pelo antropólogo colombiano pode ser estendida às jovens de outras culturas ocidentais, quando se associa comportamentos alimentares, imagem corporal, etnia e classe social. Segundo Kemp (2005), uma das formas de obter mobilidade e ascensão social é investir em valores que possam ter valor de troca no mercado e se converter em capital econômico, que é o caso do corpo e sua aparência.

Quando pensamos nas diferenças de gênero, há de se levar em consideração que para os homens são relativizadas e aceitas formas de lidar com as exigências sociais, mesmo que essas não sejam positivas, como agir com violência, agressividade ou fazendo uso de substâncias que possam aliviar essa pressão. São consideradas “coisas de homem”. Já para as mulheres as válvulas de escape socialmente aceitas para lidar com a pressão externa são menores. Além disso, há o fato de que os homens são elogiados e valorizados por características relacionadas à sua funcionalidade física, e as mulheres possuem valor social muito mais pela aparência que apresentam (PEDEN et al, 2008). Já em algumas culturas, especialmente influenciadas pelo catolicismo, o corpo da mulher é considerado veículo apenas de procriação, mas, ou por isso mesmo, precisa estar desejável para os homens, para os quais se mantém a valoração da aptidão e força física (VÉLEZ, 1997). Defende-se também que na sociedade capitalista, na qual se criam necessidades para alimentar o consumo, a feminilidade da mulher não está mais localizada na virgindade, e sim, na sua capacidade de adorno, que a coloca como mais um objeto comerciável, objeto de posse e uso para adornar o espaço masculino (GARCÍA, 2007). Essas podem ser explicações para que muito mais mulheres que homens busquem meios extremos, como atividade física excessiva e regimes alimentares restritivos para alcançarem a estética que lhes permitiria a construção de uma identidade, a partir de valores reforçados socialmente.

É interessante também entender como a representação do corpo feminino para homens e mulheres é diferente e evidencia um conflito de gênero. Segundo Mirian Goldemberg

(2005), há um distanciamento entre o corpo que as mulheres buscam ter, a partir das escolhas alimentares mais radicais e dos exercícios físicos extenuantes, para seduzir os homens e o ideal de beleza corporal que os homens almejam. Em entrevista dada à Revista *Época*, baseada em sua investigação com mais de 1200 homens e mulheres do Rio de Janeiro, ela chegou à conclusão de que os homens desejam as mulheres consideradas gostosas, com curvas, bumbum saliente e não as magras anoréxicas, das quais as modelos são um exemplo.

Características Pessoais

Não apenas a autoestima, mas também outras características da personalidade das estudantes são relevantes para a assunção de uma corporeidade que as protege do risco de desenvolvimento de transtornos de ordem alimentar. A autoconfiança e a valorização do próprio ponto de vista são relevantes para o enfrentamento de críticas e possíveis comentários negativos sobre seu comportamento, sua forma de viver, seu corpo, sua beleza, etc. Isto também ajuda a estabelecer um filtro para as fortes mensagens midiáticas e sociais como um todo sobre como devemos ser, o que devemos ter e valorizar. Dessa forma, as jovens que possuem esta autoconfiança conseguem selecionar o que realmente importa para elas dentro desse rol de mensagens normalizadoras e rotuladoras. Quando a essas características se somam a extroversão, a tranquilidade nas situações e o equilíbrio há maior facilidade em fazer amigos, em estabelecer relações afetivas, duradouras ou não, a depender do seu interesse, e para lidar com situações porventura desagradáveis ou conflitivas.

O contrário dessas características, a introversão, o gênio forte, a ansiedade, a rudeza e o estresse, foram identificados como fragilizadores para o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar. Tais características estavam presentes naquelas jovens que possuíam certa dificuldade de relacionamento, ou que lidavam de forma negativa e pouco saudável com algumas situações relevantes nas suas vidas. Essa forma de ser faz com que sejam rotuladas como metidas, vaidosas, ou pelo menos é assim que acreditam que as pessoas as vejam. Não se sabe se a pressão exercida quanto à sua corporalidade as levou a exibir características de personalidade mais introspectiva e difícil, ou se tais características aliadas à sua insatisfação proporcionaram uma inabilidade para lidar com os comentários, as críticas quanto ao corpo e à beleza, e a pressão para tomar uma atitude frente a isso.

Quando essas jovens verbalizam o que acreditam ser fator causal para esses problemas alimentares, pensando não em si, mas fazendo uma avaliação do que acontece na sociedade como um todo, muitas dessas particularidades percebidas nas suas características aparecem, mas outros fatores de caráter inclusive institucional também são considerados.

Para as estudantes identificadas como negras algumas questões colocam as próprias jovens como responsáveis por esses transtornos. Acreditam que este seja um problema psicológico,

relacionado à busca pela perfeição, baixa autoestima e facilidade para se deixar influenciar, seja pela opinião dos outros, familiares, namorados, amigos, como pela mídia.

Para as jovens não negras a responsabilização individual também foi forte na relação de causalidade desses transtornos. Enfatizaram muito a questão da identidade, que, para elas, significa autoaceitação, autovalorização e autoestima. Para as mesmas, jovens que não possuem tal força identitária se deixam influenciar facilmente pelos outros na percepção do próprio corpo e na escolha de comportamentos a seguir. Como para as jovens negras, os transtornos do comportamento alimentar para essas jovens também são um problema individual, de caráter psicológico.

O que a perspectiva dessas jovens não considera é que a formação da identidade, ou identidades, de qualquer indivíduo não escapa à influência de outros. Ao construirmos nossa identidade somos envolvidos por conceitos, valores e paradigmas presentes na sociedade e que conformam a nossa cultura e as normas sociais. Além disso, essa construção identitária não é estanque. Ela se reformula o tempo todo devido a interações sociais inerentes à vida em sociedade, portanto os conceitos que formulamos sobre nós mesmos dependem também dessa relação com o outro (KEMP, 2005). Quando refletimos sobre isso, entendemos que mesmo as escolhas individuais possuem influência dessa interação. Portanto, a autonomia e liberdade para fazer escolhas não estão isentas das normas e regras sociais.

Ao pensarmos nos usos do corpo no capitalismo, entendemos que a imagem ideal corporal propagada tem associação direta com a criação de uma necessidade, a necessidade de consumo, que ampara e mantém os serviços e produtos que propõem o seu alcance. O consumo não pauta-se pelo valor de uso e pela funcionalidade dos produtos, mas pelo desejo irrefreável de consumir os objetos sedutoramente publicizados, em seu “valor de signo”. A identidade do sujeito passa a subordinar-se à apropriação dos signos de consumo, os quais passam a ter papel crucial na produção de subjetividades, modelando e legitimando comportamentos, estéticas, valores, atitudes e estilos de vida (COELHO e SEVERIANO, 2007).

Nessa perspectiva, tanto o comportamento de perseguir um ideal corporal, que é criado e imposto culturalmente, quanto o de resistir a esses valores, assumindo uma atitude na contramão do que vem acontecendo massivamente na sociedade, não é completamente livre e autônomo. Há consequências a serem enfrentadas por qualquer uma dessas posições. Seguir o modelo social, ideal e irreal de corpo buscando aceitação social, sucesso e felicidade significa estar sujeita às imposições sociais, à ambivalência do mercado, oferecendo serviços e produtos cada vez mais amplos para formatação desse corpo, mas, ao mesmo tempo, promovendo uma série de produtos que dificultam e distanciam dessa imagem desejada, à submissão a regras, à perda de controle e à possibilidade de adoecimento. Por outro lado, se insurgir a esse paradigma social de beleza pode levar ao estigma, devido à caracterização de desleixo e fracasso, bem como à rejeição e preconceito, por não assumir a estética estabelecida (MARZANO-PARISOLI, 2004).

Outra questão importante quanto a essa percepção de problema individual ou falta de uma identidade fortalecida como a causa que leva as jovens a seguirem um padrão corporal irreal, modificando seu comportamento alimentar é que, dentro dessa lógica, se imputa ao indivíduo a responsabilidade por um comportamento que é fruto de uma ordem social e cultural. As jovens com anorexia e bulimia são o exemplo mais dramático da falsa liberalização dos corpos, através da servidão aos regimes de corporeidade ditados pela moda e mercado contemporâneos. Estas estão sujeitas a uma bioascese, cujos ideais precisam ser atingidos a qualquer custo e "...cuja violência característica, consiste justamente em responsabilizar unicamente o indivíduo pela sua inaptidão e fracasso no alcance destes ideais (COELHO e SEVERIANO, 2007)."

Crença Religiosa

Um fator estruturante para o desenvolvimento para a construção de uma identidade mais forte e segura é a crença religiosa. Não tanto a prática, mas a crença religiosa. As estudantes manifestaram as mais diversas crenças, mas foi significativa a percepção de como, independente de qual seja essa escolha, ela assume um papel importante na compreensão da vida, de si e do outro, que permite que as relações vividas e os problemas enfrentados, mesmo os de mudanças corporais, sejam encarados de maneira mais reflexiva, mais madura.

Na nossa investigação, portanto, a religião se apresentou como um fator de proteção contra os riscos de desenvolvimento de hábitos alimentares desordenados. O mesmo foi encontrado no estudo de Vale, Kerr e Bosi (2011), quando a investigação epidemiológica evidenciou menor risco para tais comportamentos entre as jovens que afirmaram possuir uma religião. Apesar de, para estes autores, uma explicação para tal fato seja que os cuidados com o corpo, mesmo que restritivos e punitivos, seriam uma valorização mundana do mesmo, em detrimento do valor espiritual que este tem como veículo da alma, contrário aos ensinamentos cristãos, a existência de comportamentos anoréxicos desde a época das chamadas santas anoréxicas defende a associação entre o jejum e a restrição alimentar severa, característicos da anorexia, com a purificação do corpo e da alma, com uma aproximação maior a Deus.

No asceticismo religioso, a recusa dos prazeres mundanos (como o alimento) e a punição do corpo, através da purgação, seria uma prova de amor a Deus, enquanto que o comportamento bulímico, compulsivo, estaria associado à obesidade, à gula e ao pecado. A anorexia estaria ligada ao bem e a bulimia e o excesso alimentar ligado ao mau, gerando assim uma luta entre o bem e o mau, entre a redenção e o pecado. Desta forma, a crença religiosa, principalmente a Cristã, poderia levar a conflitos e comportamentos que alienariam o indivíduo de si mesmo (SCAZUFCA, 1998; WEINBERG, CORDÁS e MUNOZ, 2005). Segundo alguns autores (WAINBERG, 2010) o declínio do jejum enquanto ato de devoção a

Deus se deu pela crescente oposição da igreja católica romana e pela maior valorização de outras características como a piedade e a caridade humanas.

Para as nossas jovens, a crença religiosa, dentro do contexto atual, se apresentou como uma forma de reflexão de si e da vida, que as protegeu. Rubin, Fitts e Becker (2003) também encontraram o mesmo resultado quando investigaram a influência da religiosidade na aceitação do corpo em mulheres afro e latino americanas. A espiritualidade para essas mulheres representou a base para a aceitação ética de seus corpos, rejeitando a sua modificação para adequação ao modelo estético dominante.

No presente estudo, as estudantes que desenvolveram comportamentos de risco para os transtornos de ordem alimentar possuíam crenças religiosas variadas, como católicas, budistas, bem como ausência de manifestação religiosa. No entanto, a complexidade do fenômeno dos transtornos do comportamento alimentar, no nosso caso, não permite estabelecer uma relação de causa e efeito entre tais crenças ou a falta dela com esses comportamentos desordenados. Uma inferência interessante e digna de uma observação mais aprofundada é que essas desordens se assemelham aos jejuns das santas anoréxicas, por se incrementarem em determinados períodos e sociedades nas quais há uma pressão específica, que leva ao desrespeito e atenção inadequada dada às mulheres. Sendo assim, estes comportamentos alimentares seriam uma forma de busca de maior controle e poder sobre essa opressão e “autoridade” exercida socialmente sobre elas (WEINBERG, 2010).

Alimentação

Muitas dessas estudantes passaram por mudanças corporais relacionadas com o aumento de peso, outras sempre foram gordinhas, ou muito magrinhas. Essa condição levou-as a uma insatisfação com seus corpos e a alterações no comportamento devido a essa insatisfação. Alterações quanto à forma de se alimentar e à prática de atividade física, que para essas estudantes não representou uma forma salutar de vivenciar a corporeidade, mas uma consequência da busca por um corpo diferente do que apresentavam. A alimentação, da mesma forma que a prática de esporte, aparece nas narrativas tanto como consequência de um estado de vulnerabilidade quanto ao corpo, mas também como fator protetor. Para algumas, a alimentação dos membros da família assume um papel indicador de uma harmonia quanto aos cuidados com a saúde ou de comportamento que deve ser evitado, devido ao risco de provocar patologias não desejadas para si.

Há nos relatos das estudantes uma associação entre alimentação e ansiedade, estresse e insatisfação corporal. Percebe-se, portanto que a alimentação nesse caso funciona como mecanismo de descarga de tensões relativas à vida social, bem como forma de afastamento de uma situação corporal não desejada. O alimento nesse processo é um ator coadjuvante. Não é o tipo de alimento ou de preparo da refeição que importa, mas o que esta significa no

contexto de vida em que a corporalidade aparece com figura central, expressão de insatisfações e conflitos de ordem pessoal, relacional, familiar, social.

O comer, diferente do alimentar-se, possui um caráter hedonista, que necessariamente não tem haver com necessidades nutricionais e funções do alimento no organismo e para a saúde. Há um prazer no comer, do mesmo jeito que há um prazer no sexo, no beber e em outras atividades que nas diversas culturas ao longo dos tempos sofreu e ainda sofre regulamentações advindas do que se define socialmente como adequado, moral, aceitável.

“Entre os prazeres perseguidos pelo ser humano para lidar com o mal-estar da existência, o prazer de comer é um dos que tem se revelado como um dos mais valorizados na época contemporânea (Nascimento, 2007, p. 191)”.

No entanto, o ascetismo, que associa o prazer ao pecado, associado à demonização da gordura, do obeso e do excesso na sociedade atual, tem provocado uma fuga e medo do comer, devido às regras impostas sobre o que é saudável. A construção social da obesidade, transformando-a no mal do século, devido à associação com diversas morbidades e o aumento da mortalidade tem tornado o comer um ato sob o controle social. Segundo Poulain e Neirinck (citado por POULAIN, 2004), a estrutura e número de refeições diárias de um indivíduo representam concretamente os valores de uma dada sociedade, em determinado tempo e baseada em uma cultura específica. Poulain (2004) enfatiza também que a modernidade tem como uma das suas características uma oferta múltipla de alimentos e refeições, que ampliam a capacidade de escolha, mas que não necessariamente se equivalem em termos nutricionais. No entanto, a escolha alimentar não é um ato individual, a publicidade, com a divulgação de delícias alimentares não necessariamente saudáveis, a indústria dos alimentos liberando no mercado produtos de fácil e rápida preparação e ingestão à custa de propriedades nutricionais importantes e profissionais de saúde limitando e estabelecendo regras, com o propósito da promoção da saúde, estão presentes gerando ansiedade e angústia, devido às contradições que proporcionam. Esse contexto explica porque há uma ambivalência do prazer-desprazer na alimentação, que influencia o comedor nas suas escolhas (MERINO, 2006).

“(…) a alimentação pode ser, ao mesmo tempo, uma fonte de sensualidade, de plenitude, de intenso prazer sensorial, mas pode igualmente provocar toda uma série de sensações desagradáveis, indo do simples “desagradável” até o desgosto repugnante capaz de provocar mal-estar e até o vômito. A ansiedade é então um componente sensorial e hedônico (Poulain, 2004, 103-104)”.

Outra ambivalência relacionada ao comer está presente na relação complexa entre a alimentação, a saúde e a doença. A epidemia da obesidade é um exemplo disso. Ao mesmo tempo em que o alimento é vital e está relacionado com a vida e a saúde, o excesso alimentar tem sido associado com diversas doenças crônicas e, entre elas, a obesidade. Esta

tem sido a justificativa para a imposição de um conjunto de restrições e exigências não somente alimentares, mas também em relação à atividade física, infligidas aos indivíduos que se pretendem saudáveis. A obesidade então passa a expressar o desleixo, a falta de cuidado, o patológico. A pessoa com obesidade ou gorda representa aquele que não respeita as regras sociais, comendo mais do que deveria. Nesta perspectiva, a gordura, reflexo da perda de controle, passa a ser moralmente incorreta, enquanto a magreza assume o status de integridade moral (POULAIN, 2004; MERINO, 2006).

No entanto, para além do controle da morbimortalidade, há outros interesses por trás da medicalização da obesidade. Em sociedades nas quais a obesidade cada vez mais se eleva entre as camadas menos favorecidas, com diminuído acesso às formas de controle do peso, a designação da obesidade como uma patologia a ser eliminada e controlada se caracteriza como uma forma de diferenciação social a serviço das elites, ou seja, de controle e distinção social. Além disso, esse processo de medicalização, legitimado cientificamente, favorece a indústria da perda de peso e a formatação corporal, que oferecem às pessoas a ilusão de poder reinventar-se e driblar a feiura (entendida como gordura) e o envelhecimento, próprio da natureza humana. Baseados na concepção de que a decisão alimentar não é nem individual, nem racional, e de que a acumulação de conhecimentos nutricionais e as restrições impostas aos indivíduos não são eficientes para mudar hábitos alimentares, alguns estudiosos defendem que os métodos empregados para enfrentar a obesidade podem trazer mais malefícios que benefícios. A guerra contra os quilos leva a uma busca excessiva pela magreza e a meta de mudança dos hábitos alimentares pode levar a comportamentos alimentares desordenados. Para estes especialistas é preciso “desmedicalizar” a prevenção da obesidade, focando na promoção da saúde, tendo como objetivo entender a natureza do comportamento alimentar, principalmente dos jovens, favorecendo assim o desenvolvimento de práticas apropriadas, levando em consideração características individuais, da sociedade, da cultura e da época em questão (POULAIN, 2004).

Outro aspecto relacionado ao comer é a busca desse prazer como forma de fugir aos sofrimentos e angústias da vida. Nascimento (2007) comenta que o jurista gastronômico Brillat-Savarin foi o primeiro a apontar o caráter hedonista da alimentação, afirmando que “o prazer da mesa nos consola ou compensa perdas, permite conciliar o corpo consigo mesmo”. Porém o excesso de produtos alimentares dispostos ao alcance dos comedores, a divulgação de alimentos cada vez mais ricos em compostos que aumentam a sensação de prazer e podem levar ao vício, associados a outros fatores, podem transformar o prazer de comer em um imperativo, no qual o controle também passa a ser uma característica, mas nesse sentido, a falta de controle. O bom gourmet pode se transformar em um comedor compulsivo, que na tentativa de retomar o controle da situação corre o risco de migrar para a bulimia e para a restrição alimentar severa, característica da anorexia. Em ambos os casos, de excesso ou de restrição alimentar, a comida passa a ser o inimigo, afirmou Steve Bloomfield da Eating Disorders Association (NASCIMENTO, 2007).

A Prática de Esporte

A prática de esporte também aparece como fator facilitador de uma relação mais positiva com o corpo; ter afinidade com esportes, gostar de praticá-los e não a busca da atividade física como uma consequência ou meio para uma vivência corporal desequilibrada. Para Céu, inclusive, o esporte, nesse caso, o boxe, aparece como ponto de virada na forma como esta se percebe e como é percebida pelos outros. A valorização obtida a partir de uma prática esportiva eficiente, de sucesso, a faz também ser admirada como pessoa, como mulher, principalmente se for levado em consideração que, até pouco tempo, este era um esporte eminentemente masculino. Isso indica os significados que essas práticas corporais vão adquirindo, na medida em que são exercitadas, e a importância do valor atribuído às mesmas pelos pares. Portanto, tal prática assume significado frente à sua corporeidade e à sua feminilidade, proporcionando autoestima. Por outro lado, uma academia, onde o império do corpo seja o valor fundamental, tende a ser um espaço menos adequado para uma vivência corporal ajustada.

A atividade física, como a alimentação, assume um caráter ambíguo na associação com a insatisfação corporal e risco para desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar. A prática do boxe para Céu foi um fator positivo em sua vida, permitindo uma vivência corporal e autopercepção mais ajustada, conseqüentemente protegendo-a de comportamentos alimentares mais desajustados. Já no caso de Jaciara, a prática de alguns esportes, como trilha, capoeira, se apresentava como justificativa para uma relação meio obsessiva com a comida, levando a comportamentos restritivos e de risco para os transtornos do comportamento alimentar. Essa associação entre prática de atividade física, comportamentos alimentares desajustados e risco para distúrbios alimentares também é bem discutida na literatura.

No seu estudo, Peden et al (2008) compararam jovens atletas com não atletas e perceberam que os atletas, apesar de apresentarem uma maior quantidade de exercício físico tinham menores níveis de insatisfação corporal e de características associadas com os transtornos do comportamento alimentar. A explicação sugerida por eles é que os atletas vivem em um ambiente nos quais a pressão para ganho ou perda de peso está relacionada com a excelência nos esportes, mas esse ganho ou perda de peso está também associado com massa muscular. Além disso, há uma rede de suporte e apoio, socialmente aceita, que os faz lidar de forma mais positiva com essa pressão quanto aos seus corpos. Já as pessoas de um modo geral possuem menos suporte socialmente aceitável para lidar com a pressão externa quanto aos seus corpos, o que leva à expressão de frustrações internas, autoavaliação negativa e insatisfação corporal. Outra consideração é que a percepção desajustada dos níveis de esforço realizados com os exercícios físicos pode levar a uma discrepância entre a quantidade de energia gasta com eles, real e percebida, resultando em insatisfação com os resultados esperados. O mais crítico nesse processo é a suposição levantada de que os

conhecimentos sobre a alimentação não saudável sejam tão acessíveis e divulgados, que as pessoas nessa condição substituam alimentação desordenada por atividade física excessiva, estabelecendo outra forma de vivenciar tais desordens.

Mídia e Informação

A mídia aparece para as estudantes negras como grande influenciadora da concepção de beleza desenvolvida na sociedade e perseguida pelas jovens. Essa concepção de beleza estabelece um padrão corporal, que, segundo elas, é artificial (citam muito as mulheres que colocam silicone), magro e branco, que gera discriminação em relação ao corpo gordo, apesar de também terem relatado experiências de discriminação por ser muito magra.

A falta de informação também aparece como fator causal, e nessa perspectiva exaltam a mídia como um meio importante de informação. A mídia, principalmente televisiva, através das novelas e dos programas de entretenimento, acaba por “ensinar” as jovens sobre esses comportamentos. E é nesse momento que responsabilizam o próprio indivíduo, pois, para elas, apenas pessoas de “mente fraca” seguem esse caminho. Em contrapartida, a mídia também é referida como um meio de socializar e divulgar os perigos de seguir com tais estratégias de emagrecimento. Questionam também o papel do Ministério da Saúde, que deveria promover medidas informativas e preventivas sobre alimentação saudável e para solucionar o problema.

“Agora dizem, porque nunca vi, que existe o Ministério da Saúde. Que saúde é essa, que Ministério da Saúde é esse que não passa na televisão prevenindo a gente, falando quais são os alimentos saudáveis, que são proteínas, falando o que são cálcio. Porque eu sei o que são, muitas pessoas por aqui não sabe o que são essas coisas. Então pra que existe se não faz?” (Taína, negra)”

Também para as estudantes não negras, a mídia exerce pressão em relação ao padrão de beleza valorizado socialmente. Acreditam que esse padrão corporal é europeu e que por isso, as mulheres brancas estão mais susceptíveis a essa pressão. Dizem que todas as propagandas, comerciais e mensagens televisivas são voltadas para essas mulheres e, portanto, as mulheres negras, por saberem que não se ajustam a esse padrão, estão menos vulneráveis a essa pressão.

Fato é que a mídia, em todas as suas expressões, oferece ao público imagens que informam sobre o belo, o sucesso, a estética pretendida pela sociedade, desconsiderando características específicas locais e culturais. São esses modelos estéticos que são desejados pelo cidadão comum (KEMP, 2005). Goldemberg (2005) denunciou essa tendência no Brasil, de substituir modelos que exemplificam as características nacionais, como Sônia Braga, sua “morenice”, cabelos crespos e curvas, para exaltar a beleza de Vera Fisher, Xuxa e Gisele Bündchen, todas elas exemplos de estética muito pouco próxima da realidade Brasileira,

mas que passou a ser perseguida pelas mulheres, utilizando-se dos artifícios colocados no mercado, como as tinturas de cabelo, os produtos para alisamento, etc. Como diria Kemp (2005) “Para todo desejo existe um produto possível. A cada estilo de vida corresponde toda uma rede de produção material que permite um consumo adequado às expectativas cada vez mais individualizadas.

Ela enfatiza também que os meios de comunicação de massa agem para adequar a sociedade ao projeto definido pelo Estado e pelos poderes públicos. Este projeto é o do sistema capitalista, que ignora as tradições, a diversidade e a cultura local, reduzindo tudo isso a um modelo único que tem o consumo como objetivo primordial e as elites dominantes como o grupo que estabelece o que deve ser consumido, o que é ética e esteticamente valorizado, mantendo o seu status, a distinção e a segregação social. Pois, apesar da mídia massificar os desejos produzidos dentro da lógica capitalista de materialização do corpo, é a elite dominante que possui maior capacidade de acesso aos meios de transformar o corpo em capital físico (KEMP, 2005).

Profissão

Outro fator causal para o desenvolvimento desses transtornos, entre as jovens não negras, é a profissão. Existem determinadas profissões, que, na opinião delas, exigem mais um padrão corporal correspondente a esse que a mídia divulga e propaga. Nessa perspectiva, as modelos e as artistas são as mais vulneráveis e susceptíveis a desenvolverem transtornos do comportamento alimentar.

Essa concepção das estudantes sobre a associação de determinadas profissões e atividades relacionadas com o corpo e uma maior vulnerabilidade para comportamentos alimentares de risco não é falsa, sendo as modelos e atrizes as mais citadas na literatura como as mais influenciadas por esse apelo estético, divulgado pela mídia, da magreza associada à beleza e sucesso, relacionado à comercialização da imagem (SAIKALI et al, 2004; APOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000; VITOLO, BORTOLINI e HORTA, 2006).

Em algumas modalidades esportivas, como judô, boxe, por exemplo, há também uma exigência de adequação do peso corporal ao esforço empreendido nas atividades sejam de treinamento, como de competição. A necessidade de um peso específico, por exemplo, para evoluir nas categorias de competição levam os atletas a buscarem uma dieta que, nem sempre, é orientada por profissionais qualificados, levando a uma restrição severa ou ingestão inadequada de determinados nutrientes ou complementos alimentares. Essa perseguição pelo peso ideal suscetibilizam também para uma visão distorcida em relação ao corpo e à performance corporal, como já dito antes no item sobre as práticas esportivas (VIEIRA et al, 2006; WAINWRIGHT e TURNER, 2003).

O Ballet é outra atividade física para a qual o corpo apresenta significado especial, pois é através não somente do desempenho, mas também da aparência corporal e possibilidade de flexibilidade e adequação para os movimentos que a excelência para as jovens que o praticam, principalmente as profissionais, é alcançada. Essa relação com o corpo possibilita o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar, como anorexia, por exemplo, encontrada em praticantes de ballet clássico na cidade de Maringá, no Paraná (OLIVEIRA, ALVES e BARBOSA, 2011; WAINWRIGHT e TURNER, 2003).

Outras profissões também são citadas na literatura por estarem mais relacionadas ao risco de desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar. Profissionais como nutricionistas, professores de educação física, psicólogas podem vivenciar uma maior insatisfação com seus corpos, possibilitando assim comportamentos alimentares de risco. Não se sabe se foi esta relação conflituosa com os corpos e os alimentos que os levaram a procurar por tais profissões ou se o estudo e atuação profissional foram significantes para promover tais conflitos (GONÇALVES et al, 2004; RECH, ARAÚJO e VANAT, 2010; MIRANDA et al, 2012; BOSI, UCHIMURA e LUIZ, 2009; KIRSTEN, FRATTON e PORTA, 2009; VITOLO, BORTOLINI e HORTA, 2006).

Como solucionar este Problema?

Ao serem questionadas como seria possível ajudar essas pessoas que sofrem desses transtornos, as respostas variaram entre a responsabilização individual e social, condizente com o que elas acreditam como causa para tais problemas.

Para as estudantes negras, a solução deste problema passa por uma decisão individual, pessoal, mas que necessita também do apoio da família e de orientação profissional. Citaram como profissionais capazes de oferecer esse auxílio para as jovens os médicos, nutricionistas e professores de educação física. Também citaram a mídia, mais especificamente a televisão, através dos seus artistas, principalmente os atores e atrizes, que, segundo elas, poderiam doar a sua imagem para fazer propagandas informando sobre a questão. Outra sugestão dada por estas estudantes é a realização de rodas de bate-papo e palestras sobre o tema.

As jovens não negras também acreditam que a solução passa por uma decisão pessoal, com o respeito pelo seu próprio corpo e o do próximo, autoconfiança e autoestima. Segundo elas, é uma questão de escolha, na qual o apoio da família e dos amigos é fundamental. Citaram também alguns profissionais, como médico, psicólogo e nutricionista como pessoas que também poderiam apoiá-las nessa decisão. A fé e crença religiosas foram consideradas importantes como base para essa identidade mais positiva e enfrentamento da questão corporal.

IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira inquietação que me levou a fazer esse trabalho foi saber se os padrões de beleza, hegemônicos, que valorizam uma estética branca e magra interferiam na imagem que as mulheres negras de Salvador tinham de si, de seus corpos, e, conseqüentemente, da própria beleza. Ao investigar as estudantes que fizeram parte desse estudo, pude perceber que há uma interferência desse padrão, que as mesmas não estão imunes aos apelos midiáticos de como as mulheres devem ser, como seus corpos devem parecer e, principalmente, da definição do que seja beleza. No entanto, esta interferência serve como balizadora do padrão estético que estas querem para si. Quando dizem que acham os corpos das modelos muito magros e os das passistas das escolas de samba e das mulheres dos reality shows muito exagerados, elas partem desses exemplos propagados e valorizados pela mídia para dizerem, não, eu prefiro um corpo mais proporcional, com mais equilíbrio. Parece-me então que esta escolha tem como base um juízo de valor, uma análise do que para elas significa este corpo, ou esse modelo de beleza que vem sendo apresentado à sociedade como ideal.

Ao mesmo tempo, a imagem que possuem do seu próprio corpo não comunga com essa escolha da proporcionalidade, do equilíbrio. Uma se acham muito magras, outras se acham gordinhas, e essa percepção, seja real ou não, leva a uma insatisfação com seus corpos e a uma necessidade de mudança, de alteração de alguma parte do corpo, ou várias delas. Ao tentarmos entender quais os fatores que propiciavam tal insatisfação, as respostas foram as mais diversas e múltiplas. Uma conjunção de elementos contribuía para que estas jovens possuíssem uma preocupação com seus corpos e/ou uma insatisfação com os mesmos. Nessa perspectiva, outra inquietação minha era saber se o pertencimento racial fazia eco nessa maneira de se perceber e nesse desagrado que o seu corpo proporcionava. Foi perceptível que possuir traços fenotípicos característicos de pessoas negras, como lábios grossos, pele escura e bumbum saliente, faz diferença na compreensão que têm da menor aceitação da estética chamada por muitos de estética negra. O principal elemento dessa pouca aceitação foi o cabelo. Este se apresentou como sinal diacrítico do que é ou não belo, e, juntamente com a barriga, foi o que mais ensejou necessidade de modificação. Mesmo para as meninas que não se identificaram como negras, havia o entendimento de que a estética negra não era valorizada como bela e isso interferia na aceitação das mulheres negras, até mesmo nos relacionamentos interpessoais mais comprometidos afetivamente, expressando, dessa forma, como as questões de gênero e raça se interseccionam.

Outra questão que chamou a atenção quanto à influência do pertencimento racial foi a maior insatisfação com as características fenotípicas para as garotas que se identificaram como pardas, em comparação com as que assumiram outra identificação étnico/racial. Este resultado fez refletir sobre o conflito que essa identificação representa. O que é ser parda? Este adjetivo deriva do latim *pardus* e do grego *pardo* e significa “de cor entre o branco e o preto, mulato”, sendo citado também na Espanha e em Portugal (PETRUCCELLI, 2003). Mas

qual o significado subjetivo de se definir como parda? O que há por trás dessa classificação? Sem discutir aqui todos os artifícios políticos ocorridos no Brasil para tentar extinguir a “raça negra”, valorizando a mestiçagem, parece que esta denominação manifesta uma dubiedade, uma dificuldade em relação aos traços que possuem tais jovens. Ao mesmo tempo em que não tenho pele negra, não posso dizer que sou branca, pois possuo características que me aproximam de outra categoria, que, na sociedade, é menos valorizada. E, nesse caso, o cabelo, o nariz, o corpo mais roliço, com mais curvas, falam dessa associação e são esses traços que quero modificar e que produzem insatisfação.

Percebemos também que a vivência do racismo, associada com conflitos familiares, expressos mais fortemente pela relação com a mãe, seja essa relação de identificação, rejeição ou pressão para ser de determinado jeito, a comparação com outras mulheres e os papéis que representam na sociedade, questões de classe, manifestas no pertencimento a grupos sociais diferentes dentro de um mesmo município, nesse caso Salvador, ou entre municípios de um mesmo estado ou de estados diferentes, são elementos que se interseccionam para vulnerabilizar as jovens. Estas, também por suas características individuais, por seu temperamento, por sua forma de lidar com situações difíceis, ou complicadas da vida, acabam por modificar sua relação com o comer e a comida, a forma como encaram e praticam a atividade física, levando assim a estarem mais propícias, ou em risco, de desenvolverem transtornos alimentares.

Apesar do sugerido pela análise estatística das respostas fornecidas por mais de 600 estudantes, de que as mulheres de origem asiática ou indígena eram as mais suscetíveis de desenvolverem transtornos de origem psiquiátrica e manifestação alimentar, encontramos, em uma análise mais aprofundada com 18 garotas, cinco estudantes negras que vivenciaram diretamente comportamentos alimentares desordenados e duas que, indiretamente, apresentaram algum tipo de relação com esta experiência. Esse fato contradiz o que os resultados dos testes de triagem para essas garotas apresentaram, o que nos levou a refletir sobre a necessidade de utilização de uma conjugação de abordagens quantitativas e qualitativas para investigar e compreender como esses transtornos vêm crescendo no mundo todo, quais os fatores envolvidos e quais as formas de prevenção e tratamento mais eficazes.

A revisão da literatura sobre os transtornos do comportamento alimentar, levando em consideração a dimensão étnica/racial e como essa relação vem sendo investigada em torno do mundo, reforçou a importância de que outras formas de abordagem sejam levadas a cabo, visto que estas desordens se manifestam nos diversos grupos étnicos e culturais de formas diferentes, levando também a perceber como a identidade étnica, a identidade racial, as formas de integração às várias culturas que chegam até as pessoas, não somente pelos processos migratórios, mas também pelo advento da globalização, são relevantes na prevalência, formas de manifestação, fatores envolvidos, acessibilidade e efetividade do tratamento. Esta revisão permitiu perceber também que os estereótipos quanto ao formato

corporal e tipo de beleza característico de cada cultura, ou grupo étnico, interferem na forma como esses estudos são conduzidos, no diagnóstico e definição do tratamento, devido aos estigmas oriundos dessa visão estática e padronizada, que desconsidera as diferenças dentro de um mesmo grupo ou cultura.

Ao contrário do que a literatura traz como evidência, no nosso estudo, jovens negras eutróficas, ou com algum grau de magreza, foram as que apresentaram sinais e sintomas de comportamentos alimentares desordenados. A complexidade envolvida no desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar faz com que alguns fatores que se apresentaram como fragilizadores para esse disparar de comportamentos de risco, vivenciados de outra forma, também fossem protetores. Exemplo disso é uma relação familiar equilibrada e uma prática de esporte salutar, se traduzindo em um hábito alimentar de busca pela saúde. Outro fator protetor importante nesse processo foi a prática religiosa, base para uma atitude madura no enfrentamento de situações da vida.

O que não podemos desconsiderar é a força da mídia como divulgadora de normas sociais estabelecidas na sociedade contemporânea sobre o que é belo e a associação desse belo com sucesso, bem-estar e felicidade, além do processo de medicalização da beleza, sustentada por um discurso de promoção da saúde, no qual todos os artifícios utilizados para garantia de satisfação com sua aparência serão aceitos, pois permitirão o alcance da felicidade tão almejada. Esse bombardeio de mensagens que reforçam essa beleza idealizada, e que alimenta os interesses mercadológicos e capitalistas, também coopera para que mulheres, cada vez mais jovens, busquem manter o controle sobre suas próprias vidas, exercendo o monitoramento e vigilância sobre seu corpo, de tal forma obsessiva, que muitas vezes tem levado a uma perda desse controle e à sujeição a um transtorno que pode levá-las à morte.

As informações oferecidas por essa investigação podem propiciar análises outras, considerações talvez em outras perspectivas, além das que consegui trazer nessa tese de doutorado. A multicausalidade e multiplicidade desse fenômeno, além dos fatores envolvidos, possuem, eles mesmos, uma complexidade própria, por isso, tenho plena convicção de que há muito mais a se explorar, principalmente tomando a dimensão raça/cor como um elemento importante desse processo.

Acredito que a cidade de Salvador, por suas características tão peculiares, produza uma gama de expressões de beleza, originadas na resistência do povo negro, na existência do povo indígena e de origem asiática, apesar de pouco visibilizados, devido à polaridade de forças do povo negro, de um lado, e do povo de origem europeia, de outro e na mistura entre eles. A cidade, também, por ser cercada por uma baía que nos oferece praias lindíssimas, gera o crescimento de vários grupos, tanto daqueles que aficionados pelo corpo lotam as academias e orla da cidade para alcançar uma estética “adequada” para o verão e as praias, até aqueles que se sentem mais livres, devido a essa diversidade da cidade, para

frequentarem todos os lugares, inclusive as praias, sem se preocupar se estão em forma, dentro dos padrões estabelecidos na sociedade.

Assumo também que esse trabalho apresentou algumas limitações e dificuldades durante a sua execução, acredito eu, em parte por ser o primeiro nesse formato, realizado aqui no Brasil, que pretendeu trabalhar o envolvimento da questão étnica/racial na percepção dos padrões de beleza e no desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar. A primeira questão que identifiquei é a fase quantitativa do trabalho ter tomado uma dimensão maior do que a pretendida, quando da elaboração do projeto. Isso se deu pelo fato de não termos encontrado, naquele momento, nenhuma referência sobre como os transtornos do comportamento alimentar se delineavam na cidade de Salvador ou na Bahia. O número da amostra, necessária para uma análise estatística consistente, e também a dificuldade para obter uma quantidade de inquiridos, respeitando a variedade de campos amostrais, definidos na metodologia, fez com que o tempo necessário para a conclusão dessa fase fosse maior do que o imaginado, levando a certa distância entre os primeiros contatos com as estudantes, quando do preenchimento dos questionários, e o momento das entrevistas e grupos focais. Isso exigiu da equipe de pesquisa uma reconquista da confiança dessas jovens para falar conosco sobre questões íntimas, sofridas, às vezes, da sua história de vida. Consequentemente, tivemos algumas recusas e alguns agendamentos não cumpridos, na fase qualitativa da investigação. Essa dificuldade limitou o grupo focal a um número de dois, quando havíamos ambicionado quatro, e não nos permitiu fazer mais de uma entrevista com cada jovem, devido aos prazos exigidos pela agência de fomento, e também, novamente, pelo tempo entre as entrevistas. No entanto, apesar dessas dificuldades percebidas, a riqueza de informações conseguidas nesses momentos com as estudantes foi tão grande, que propiciou toda essa leitura de como os padrões de beleza, imagem corporal, risco para transtornos de ordem alimentar e experiências corporais se manifestam entre elas, acredito, de forma qualificada, e permitindo, não esgotar essa discussão, mas suscitar novos questionamentos e novas propostas de trabalho que aprofundem, reforcem o que não foi possível nesse momento, ou até mesmo, critiquem, revisem, aquilo que, por ventura, tenha ficado dúbio ou pouco elucidado.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARENGA, M.S. et al. Insatisfação com a Imagem Corporal em Universitárias Brasileiras. *J Bras Psiquiatr*, vol. 59, n. 1, p. 44-51, 2010.
- ALVES E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol. 24, n. 3, p. 503-12, 2008.
- ALVES, T.C.H.S. et al. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. *J Bras Psiquiatr*, vol. 61, n. 2, p. 55-63, 2012.
- ALYAHRI, A.; GOODMAN, R. The prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among 7–10 year old Yemeni schoolchildren. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 43, p. 224–30, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM–IV–TR: Manual diagnóstico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ANDERSON-FYE, E.P.; LIN, J. Belief and Behavior aspects of the EAT-26: the case of schoolgirls in Belize. *Cult Med Psychiatry*. Vol. 33, p. 623-38, 2009.
- ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev. Nutr.*, vol.16, nº.1, p.117-125, 2003.
- APPIAH, K. A. A Invenção da África. In: APPIAH, K.A. *Na casa do Meu Pai. A África na filosofia da cultura*. Contraponto Editora Ltda. Rio de Janeiro, 1997, p. 32-35.
- APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos Alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jan. 2013.
- ASSUMPÇÃO, C.L.; CABRAL, M.D. Complicações Clínicas da anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. *Rev Bras Psiquiatr.*, vol. 24, Supl III, p.29-33, 2002.
- ASSUNÇÃO JR, F.B. A questão da beleza ao longo do tempo. In: BUSSE, S. de R. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri, SP: Manole, 2004.
- AUSTIN, S.B. et al. Disordered Weight Control Behaviors in Early Adolescent Boys and Girls of Color: an under-recognized Factor in the Epidemic of Childhood Overweight. *J Adolesc Health*, vol. 48, n. 1, p. 109-112, jan 2011.
- BARROS, D.D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 547-554, maio-ago, 2005.

BAUMAN, Z. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 [1997]. p.13-26.

BECKER, A.E. et al. Adaptation and Evaluation of the clinical Impairment Assessment to Assess Disordered Eating Related Distress in an Adolescent Female Ethnic Fijian Population. *Int J Eat Disord.*, vol. 43, p.179-186, 2010a.

BECKER, A. E.; ARRINDELL, A. H.; PERLOE, A. et al. A Qualitative Study of Perceived Social Barriers to Care of Eating Disorders: perspectives from ethnically diverse health care consumers. *Int J Eat Disord.*, vol. 43, p. 633-647, 2010b.

BEHAR, R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, vol. 4, n. 4, p. 319-334, 2010.

BEHAR, R.; VALDES, C. Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, Santiago, v. 47, n. 3, p. 178-189, 2009.

BELELI, I. Corpo e Identidade na Propaganda. *Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 15, n. 1, p. 193-215, janeiro-abril/2007.

BHUGRA, D; BHUI, K.; GUPTA, K. R. Bulimic disorders and scoiocentric values in North India. *Soc Psychiatry psycghiatr Epidemiol*, n. 35, p. 86-93, 2000.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.

BOLTANSKI, L. Usos Fracos e Usos Intensos do "Habitus". In: ENCREVÉ, P. & LAGRAVE, R.M. (orgs.). *Trabalhar com Bourdieu*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005 [2003]. p.155-163.

BORDO, S. No Império das Imagens: Prefácio para o Décimo Aniversário da Edição de "Este Peso Insuportável". *Labrys, Estudos Feministas*, n. 4, ago/dez 2003.

BORDO, S.R. O corpo e a Reprodução da Feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGAR, A.M.; BORDO, S.R. *Gênero, Corpo e Conhecimento*. Editora Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-41.

BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos Alimentares: quadro clínico. *Medicina*, Ribeirão Preto, vol. 39, n. 3, p. 340-348, jul./set. 2006.

BOSI, M. L. M. *Ideais de beleza, corpo e práticas alimentares*. Comunicação oral. I Seminário de Ciências Humanas e Sociais em Saúde do Nordeste. Fortaleza. Julho de 2006.

BOSI, M.L.M. et al. Autopercepção da Imagem Corporal entre Estudantes de Nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*, vol. 55, n. 2, p. 108-113, 2006.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y.; LUIZ, R.R. Eating behavior and body image among psychology students. *J Bras Psiquiatr*, vol. 58, n. 3, p. 150-155, 2009.

BOURDIEU, P. Espaço Social e Espaço Simbólico. In: BOURDIEU, P. *Razões Práticas sobre a Teoria da Ação*. Campinas: Papirus, p.13-33, 2005 [1994].

BOURDIEU, P. O Conhecimento pelo Corpo. In: BOURDIEU, P. *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 157-198, 2007 [1997].

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curva IMC por Idade Meninas*. Dos 5 aos 19 anos (percentis). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 13 abr 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde*. Brasília: DF. (MS - Norma Técnica SISVAN. Material Preliminar). 2008.

CACHELIN, F. M. *Barriers to Treatment for Eating Disorders among Ethnically Diverse Women*. Manuscript presented at the International Conference on Eating Disorders. New York, May, 2000.

CACHELIN, F.M.; STRIEGEL-MOORE, R.H. Help Seeking and Barriers to treatment in a community Sample of Mexican American and European American Women with Eating Disorders. *Int J Eat Disord*, n. 39, p. 154-161, 2006.

CALDWELL, K.L. "Look at her Hair": the body politics of black womanhood in Brazil. *Transforming Anthropology*, vol. 11, n. 2, p. 18-29, 2004.

CALDWELL, K.L. Black Women and the Development of Intersectional Health Policy in Brazil. In: BERGER, M.T.; GUIDROZ, K. *The Intersectional Approach. Transforming the Academy Through Race, Class and Gender*. The University of North Carolina Press Chapel Hill, P. 118-135, 2009.

CALDWELL, K.L. Fronteiras da Diferença: raça e mulher no Brasil. *Estudos Feministas*, ano 8, p. 91-108, 2000.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 6ª edição revista. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009. 154 p.

CARNEIRO, F. Nossos passos vêm de longe... In: *O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe*. Organização: Jurema Werneck, Maisa Mendonça, Evelyn C. White; tradução Maisa Mendonça, Marilena Agostini e Maria Cecília MacDowell dos Santos. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000. 256p.

CARON, J.; LIU, A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*. Vol. 30, n. 3, p. 84-94, jun 2010.

- CARVALHO, I. C. M. Biografia, Identidade e Narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 283-302, jul. 2003.
- CASAL, A. Y. A Hermenêutica como teoria e como método. In: *Para uma Epistemologia do discurso e da Prática Antropológica*. Lisboa: Edições Cosmos, 1996, p. 49-70.
- CHAN, C.K.Y.; KU, Y. e OWENS, R.G. Perfectionism and Eating Disturbances in Korean Immigrants: moderating effects of acculturation and ethnic identity. *Asian Journal of Social Psychology*, vol. 13, p. 293–302, 2010.
- CHENEY, A.M. “Most Girls Want to be Skinny”: Body (Dis)Satisfaction Among Ethnically Diverse Women. *Qualitative Health Research*, vol. 21, n.10, p. 1347–1359, 2011.
- CLAUDINO, A.M.; ZANELLA, M.T. *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Transtornos Alimentares e Obesidade*. São Paulo: Manole, 2005. p. 25-38.
- COELHO, R.F.J.; SEVERIANO, M.F.V. História dos usos e desusos e usura dos corpos no capitalismo. *Revista do Departamento de Psicologia*, UFF, v. 19, n. 1, p. 83-100, jan/jun 2007.
- CONTI, M.A.; CORDÁS, T.A.; LATORRE, M.R.D.O. A Study of the Validity and Reability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among Adolescents. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, vol. 9, n. 3, p. 331-338, jul./set., 2009.
- COOK-COTTONE, C.Z.; JONES, L.A.; HAUGLI, S. Prevention of Eating Disorders Among Minority Youth: a matched-sample repeated measures study. *Eating Disorders*, n. 18, p.361-376, 2010.
- CORDÁS, T. A.; NEVES, J.E.P. das. Escalas de Avaliação de Transtornos Alimentares. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, 26, n.esp1, p. 41-47, jan.-fev. 1999.
- CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiq. Clin.*, vol. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.
- CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev Psiq Clin*, vol. 24, Supl. III, p. 3-6, 2002.
- COSTA, J. R. S. *Os simulacros da deusa Ana: as ambiguidades no padrão anoréxico e a construção de redes de sociabilidade adolescente via internet*. Minas Gerais: MG. Tese de pós-graduação, Universidade Federal de Viçosa, 2004.
- COSTA, L.C.F.; VASCONCELOS, F.A.G. Influence of socioeconomic, behavioral and nutritional factors in body image dissatisfaction among female university students in Florianopolis, SC. *Rev Bras Epidemiol*, vol. 13, n. 4, p. 1-12, 2010.

COUTIÑO, B.L.; LÓPEZ, T.M.T. La Investigación Cuantitativa y Cualitativa Sobre Anorexia. *Revista Salud Pública y Nutrición*, vol. 10, n. 2, Abril-Junio 2009. Disponível em www.mediagraphic.org.mx. Acesso em: 11/11/2011.

CSORDAS, T. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: CSORDAS, T. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008. p.101-46.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D.X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr.*, vol. 31, n. 1, p. 21-24, 2009.

DUNKER, K. L. L e PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 16, n.1, p.51-60, jan/mar, 2003.

FANDIÑO, A. et al. Factores Asociados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, vol. 38, n. 4, p. 344-351, octubre-diciembre, 2007.

FEATHERSTONE, M. Body, image and affect in consumer culture. *Body & Society*, vol 16, n.1, p. 193-221, 2010.

FERREIRA, F.R. Algumas considerações acerca da Medicina estética. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 1, p. 67-76, 2010.

FIGUEIREDO, A. Dialogando com os estudos de gênero e raça no Brasil. In: PINHO, O.; SANSONE, L. (Org.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2ª ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008.

FIGUEIROA, A.L.G. Contextualização conceitual e histórica. In: *Seminário Nacional de Saúde da População Negra: caderno de textos básicos*. Brasília, agosto, 2004.

FRAAD, H. Anorexia nervosa: the female body as a site of gender and class transition. *Rethinking marxism*, vol. 3, n.3-4, p. 79-99, 1990.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J.C.; Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. de Psiquiatria*, São Paulo, vol. 24, supl. III, p. 34-8, 2002.

FROIS, E.; MOREIRA, J.; STENGEL, M. Mídias e Imagem Corporal na Adolescência: o corpo em questão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 71-77, jan./mar. 2011.

FURNHAM, A. ADAM-SAIB, S. Abnormal eating attitudes and behaviours and perceived Parental control: a study of white British and British-Asian school girls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 36, p. 462-470, 2001.

GARCÍA, F.P. Cuerpo y Subjetividad: acerca de la anorexia nerviosa. *Revista Española de Salud Pública*, vol, 81, n.5, p. 529-542, 2007.

- GEORGE, J.B.E; FRANKO, D.L. Cultural Issues in Eating Pathology and Body Image Among Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol.35, n.3, pp. 231–242, 2010.
- GIORDANI, R.C.F. A Auto-Imagem Corporal na Anorexia Nervosa: Uma Abordagem Sociológica. *Psicologia & Sociedade*, vol. 18, n. 2, p. 81-88, 2006.
- GOLDEMBERG, M. Gênero e Corpo na Cultura Brasileira. *Psic. Clin*, vol. 17, n.2, p. 65-80, 2005.
- GOLDEMBERG, M. O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira. *Arqu. Mov.*, v.2, n.2. p. 115-23, 2006.
- GOMES, N.L. Trajetórias Escolares, Corpo Negro e Cabelo Crespo: reprodução de estereótipos ou ressignificação cultural? *Revista Brasileira de Educação*, n. 21, p.40-51, 2002.
- GONÇALVES, T.D. et al. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *J Bras Psiquiatr*. vol 57, n. 3, p. 166-170, 2008.
- GONDIM, S.M.G. *Grupos Focais como Técnica de Investigação qualitativa: desafios metodológicos*. Paidéia, Ribeirão Preto, vol. 12, n.24, p.149-61, 2002.
- GOODMAN, A.; PATEL, V.; LEON, D.A. Child Mental Health Differences among Ethnic Groups in Britain: a systematic review. *BMC Public Health*, vol. 8, n. 258, p. 1-11, 2008.
- GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 25, n. 5, edição especial, p. 245-250, 1998.
- GRILO, C.M.; LOZANO, C.; MASHEB, R.M. Ethnicity and Sampling bias in Binge Eating Disorder: black women who seek treatment have different characteristics than those who do not. *Int j Eat Disord*, n. 38, p. 257-262, 2005.
- GUIMARÃES, A. S. A. Cor e Raça. Raça e cor e outros conceitos analíticos. In: PINHO, O. & SANSONE, L. (org.). *Raça. Novas Perspectivas antropológicas*. 2 ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia, EDUFBA, 2008.
- HAY, P.J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 24, Supl III, p.13-7, 2002.
- HELMAN, C.G. Definições culturais de anatomia e fisiologia. In: HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. Artmed, 2007. p. 24-48.
- HERNÁNDEZ, M.H.B; COTÉS, A.F.M. Cuerpo vivido e identidad narrativa en mujeres diagnosticadas con transtornos de la conducta alimentaria. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39, n. 3, p. 544-555, 2010.

HOSMER, D.W.J.; LEMESHOW, S. *Applied Logistic Regression*. 2d ed. New York: John Wiley & sons, 2000.

IANNI, O. Dialética das Relações Raciais. *Estudos Avançados*, vol. 18, n. 50, 2004.

IDA, S.W.; SILVA, R.N. Transtornos Alimentares: uma perspectiva social. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, vol. VII, n. 002, p. 417-432, 2007.

(IBGE) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011.

(IBGE) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades @. Censo Demográfico 2010*. Características da População e dos Domicílios: resultados do universo. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011. Disponível em www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso em: 14 set 2012.

Internet, Uma Nova Forma de Comunicação. Disponível em: http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0510568_06_cap_02.pdf. Acesso em: 05 Set. 2010.

JAEGER, M.A.S; SEMINOTTI, N.; FACETO, O.G. O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, vol.33, n. 1, p.20-27, 2011.

KEMP, K. *Corpo modificado, corpo livre?* São Paulo: Paulus, 2005. p.75-93.

KIM, J.; LENNON, S.J. Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, vol. 25, n. 1, p. 3-23, 2007.

KIRSTEN, V.R.; FRATTON, F.; PORTA, N.B.D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev. Nutr.*, Campinas, vol. 22, n. 2, p. 219-227, mar./abr., 2009.

LATZER, Y.; LAVEE, Y.; GAL, S. Marital and Parent-Child Relationships in Families With Daughters Who Have Eating Disorders. *Journal of Family Issues*, vol. 30, n. 9, p. 1201-1220. 2009.

LAU, A.S.M. et al. Asian American College Women's Body Image. A pilot study. *Cultural Diversity and ethnic Minority Psychology*, vol. 12, n. 2, p. 259-274, 2006.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2006. p. 7-31.

LIRA, L.C. Narrativas de Ana: corpo, consumo e self em um grupo pró-anorexia na internet. Recife, PE. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Pernambuco. 2006.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 21, n.5, p.1595-1601, set-out, 2005.

LYNCH, W.C; HEIL, D.P; WAGNER, E. HAVENS, M.D. Body Dissatisfaction Mediates the Association between Body Mass Index and Risky Weight Control Behaviors among White and Native American Adolescent Girls. *Appetite*, vol. 51, n. 1, p. 210–3, 2008.

LIPOVETSKY, G. Tempo contra tempo ou a sociedade hipermoderna. In: LIPOVETSKY, G.; CHARLES, S. (org.). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004, p. 49-104.

MAGALHÃES, V.C.; MENDONÇA, G.A.S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Rev Bras Epidemiol.*, vol. 8, n.3, p.236-45, 2005.

MALYSSE, S. Em busca do corpo ideal: culto feminino ao corpo na zona sul do Rio de Janeiro In: *Sexualidade, Gênero e Sociedade*. Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ UERJ, n.7-8, p.12-17, 1998.

MARCUS, J.T. et al. Prevalence and Selected correlates of eating disorder Symptoms among a Multiethnic Community Sample of Midlife Women. *Ann Behav Med*, vol. 33, n. 3, p. 269-277, 2007.

MARQUES, L. et al. Comparative Prevalence, Correlates of Impairment, and Service Utilization for Eating Disorders Across US Ethnic Groups: Implications for Reducing Ethnic Disparities in Health Care Access for Eating Disorders. *Int J Eat Disord*, vol. 44, p. 412–420, 2011.

MARTINS, C.R et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiquiatr RS*, vol. 32, n. 1, p. 19-23, 2010.

MARZANO-PARISOLI, M.M. Perceber o corpo sem estados da alma: corpo divinizado e corpo aniquilado. In: *Pensar o corpo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 23-63.

McLAUGHLIN, K.A.; HILT, L.M.; NOLEN-HOEKSEMA, S. Racial/Ethnic Differences in Internalizing and Externalizing Symptoms in Adolescents. *J Abnormal Child Psychol*, vol. 35, n.5, p.801-816, October, 2007.

MELIN, P.; ARAÚJO, A.M. Transtornos Alimentares em Homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 24, Supl III, p. 73-6, 2002.

MENDES, J.M.O. O desafio das Identidades. In: SANTOS, B.S. (org.) *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez Editora, 2002, p. 503-540.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1996.

MERINO, J.F.U. Las Prácticas Alimentarias Relacionadas com la Búsqueda del Ideal Corporal. El Caso de La Ciudad de Medellin (Colombia). *Boletín de Antropología*, vol. 20, n. 37, p. 227-250, 2006.

MILLER, C.A.; GOLDEN, M.D. An Introduction to Eating Disorders: Clinical Presentation, Epidemiology, and Prognosis. *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 25, n. 2, p. 110-5, 2010.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 7ª ed., 2000.

MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2009.

MIRANDA, V.P.N. et al. Insatisfação corporal em universitários de diversas áreas de conhecimento. *J Bras Psiquiatr*. vol. 61, n. 1, p. 25-32, 2012.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 24, Supl III, p.18-23, 2002.

NASCIMENTO, A.B. *Comida. Prazeres, Gozos e Transgressões*. 2. ed. rev. e ampl. Salvador: EDUFBA, 2007. 290p

NASCIMENTO, E. L. *O Sortilégio da Cor. Identidade, raça e gênero*. São Paulo: Summus, 2003. 414 p.

NETO, O.C.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. *Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, Minas Gerais, 2002.

NICDAO, E.G.; HONG, S.; TAKEUCHI, D.T. Prevalence and Correlates of Eating Disorders among Asian Americans: Results from the National Latino and Asian American Study. *Int J Eat Disord*; vol. 40, p.S22–S26, 2007.

NOGUEIRA, I. B. O corpo da mulher negra. *Revista de Psicanálise*, ano XIII, n. 135, p. 40-45, 1999.

NOGUEIRA, R. Mulher negra e obesidade. In: *O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe*. Organização: Jurema Werneck, Maisa Mendonça, Evelyn C. White; tradução Maisa Mendonça, Marilena Agostini e Maria Cecília MacDowell dos Santos. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000. 256p.

NUNES, M.A et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr*, vol, 23, n. 1, p. 21-27, 2001.

NUNES, M.A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev. ABP-APAL*. Vol. 16, n. 1, p.7-10, 1994.

NUNES, M.O.; BITTENCOURT, L.J. No rastro do que transtorna o corpo e desregra o comer: os sentidos do descontrole de si e das “compulsões alimentares”. *Interface*, vol. 16, n. 44, jan./mar. 2013. No prelo.

OLIVEIRA, D.V.; ALVES, K.M.; BARBOSA, C.P. Prevalência de Transtornos Alimentares em Adolescentes Praticantes de Ballet Clássico. VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá: Editora CESUMAR [anais eletrônico]. 25 a 28 de Outubro de 2011. Disponível em [http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/daniel_vicentini_oliveira%20\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/daniel_vicentini_oliveira%20(1).pdf). Acessado em 17/01/2013.

OLIVEIRA, E.A.; SANTOS, M.A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*, vol. 39, n. 3, p. 353-360, 2006.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 342p.

OLIVEIRA, F. Ser Negro no Brasil: alcances e limites. *Estudos Avançados*, v.18, n.50, 2004.

OLIVEIRA, L.L; HUTZ, C.S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010.

ORTEGA, F. Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In: ALMEIDA, M.I.M.M; EUGÊNIO, F. (Org.). *Culturas Jovens. Novos mapas de afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006. p. 42-58.

O'SHAUGHNESSY, R.; DALLOS, R. Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature. *Clin Child Psychol Psychiatry*, vol. 14, n. 4, p. 559-574, 2009.

PAIXÃO, M.J.P. *Desenvolvimento humano e relações raciais*. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2003. 159p.

PEDEN, J. et al. The Effects of External Pressures and Competitiveness on Characteristics of Eating Disorders and Body Dissatisfaction. *Journal of Sport and Social Issues*, vol. 32, n. 4, p. 415-429, Nov. 2008.

PEREIRA, C.S. Os wannabees e suas tribos: adolescência e distinção. *Revista Estudos Femininos*, vol. 15, n. 2, p. 357-382, 2007.

PETRUCCELLI, J. L. *Estudos sobre a classificação étnico-racial*. Coleção Políticas da cor. Rio de Janeiro: DP&A, 2007.

PHINNEY, J.S.; HORENCZYK, G.; LIEBKIND, K.; VEDDER, P. Ethnic Identity, Immigration, and Well-Being: An Interactional Perspective. *Journal of social Issues*. Vol. 57, n.3, p. 493-510, 2001.

PHINNEY, J.S.; ONG, A.D. Conceptualization and Measurement of Ethnic Identity: Current Status and Future Directions. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 54, n. 3, p. 271–81, 2007.

PIKE, K.M. et al. A comparison of Black and White Binge Eating Disorder. *Am J Psychiatry*, vol. 158, p. 1455-1460, 2001.

PIKE, K.M.; BOROVOY, A. The rise of eating disorders in japan: issues of culture and limitations of the model of “westernization”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 28, p. 493–531, 2004.

PINHO, O.A. O Efeito do Sexo: políticas de raça, gênero e miscigenação. *Cadernos Pagu*, 23, p. 89-119, 2004.

PINZON, V. et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev. Psiq. Clin.*, vol. 31, n. 4, p. 167-9, 2004.

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C. A medicalização da beleza. *Interface*, vol. 11, n. 23, p. 569-584, 2007.

POULAIN, J.P. Sociologias da Alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Tradução de Rossana Pacheco da Coesta Proença, Carmen Sívila Rial, Jaimir Conte. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004. 311p.

RAMBERAN, K.; AUSTIN, M.; NICHOLS, S. Ethnicity, Body Image Perception and Weight-Related Behaviour among Adolescent Females Attending Secondary School in Trinidad. *West Indian Med J*, vol. 55, n. 6, p. 388, 2006.

RECH, C.R.; ARAÚJO, E.D.S.; VANAT, J.D.R. Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*. Vol. 24, n. 2, p. 285-92, 2010.

RECUERO, R.C. A Internet e a Nova Revolução na Comunicação Mundial. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2000. Disponível em: <http://www.pontomidia.com.br/raquel/revolucao.htm>. Acesso em: 07 set. 2010.

RODRIGUES, J.C. T. *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé, p. 43-64, 1983.

RUBIN, L.R.; FITTS, M.L.; BECKER, A.E. “Whatever Feels Good In My Soul”: Body Ethics And Aesthetics Among African American And Latina Women. *Cult Med psychiatry*. Vol. 27, n. 1, p. 49-75, Mar 2003.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAIKALI, C.J.; et al. *Imagem corporal nos transtornos alimentares*. Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, [2005?]. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/164.html>>. Acesso em: 16 jan. 2005.

SAMPEI, M.A. et al. Eating Attitudes and Body Image in Ethnic Japanese and Caucasian adolescent girls in the city of São Paulo, Brazil. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, vol. 85, n. 2, p. 122-128, 2009.

SANT'ANNA, D.B. Cuidados de si e embelezamento feminino. In: SANT'ANNA, D.B. (org.). *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, p. 121-141, 1994.

SANTOS, M.A. Sofrimento e Esperança: grupos de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina* (Ribeirão Preto), vol. 39, n.3, p. 386-401, 2006.

SAWAIA, B. Exclusão ou Inclusão Perversa? In: SAWAIA, B. (org.). *As Artimanhas da Exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p.7-13.

SCAZUFCA, A.C.M. *Abordagem Psicanalítica da Anorexia e da Bulimia como Distúrbio da Oralidade*. São Paulo, Pontificia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado. 1998, 144 p.

SCHEMBRE, S.M.; NIGG, C.R. ; ALBRIGHT, C.L. Race/Ethnic Differences in Desired Body Mass Index and Dieting Practices Among Young Women Attending College in Hawai'i. *Hawai'i Medical Journal*, vol. 70, supl. 1, p.32-36, july, 2011.

SCHUMACHER, S; BRAZIL, E.V. *Mulheres negras do Brasil*. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2007.

SHUTTLESWORTH, M.E.; ZOTTER, D. Disordered Eating in African American and Caucasian Women: The Role of Ethnic Identity. *Journal of Black Studies*, vol. 42, n.6, p. 906–922, 2011.

SOUSA, N. S. *Tornar-se Negro: Vicissitudes da Identidade do Negro Brasileiro em Ascensão Social*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990. Coleção Tendências; vol.nº4

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. A Família e os Transtornos Alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, vol. 39, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2006.

STOJEK, M; FISCHER, S; COLLINS, B. Thinness and restricting expectancies mediate the influence of ethnic identity on bulimic symptoms. *Personality and Individual Differences*. Vol. 49, p. 102–6, 2010.

STOLCKE, V. ¿ Es Sexo para el Género lo que la Raza para la Etnicidad...y la Natureleza para la Sociedad? *Política y Cultura*, Universidade Autónoma Metropolitana – Xochimilco. Distrito Federal, México, n. 014, p. 25-60, 2000.

STRIEGEL-MOORE et al. Eating Disorders in white and Black Women. *Am J Psychiatry*, n. 160, p. 1326-31, 2003.

STRIEGEL-MOORE et al. Behavioral Symptoms of Eating Disorders in Native Americans: Results from the Add Health Survey Wave III. *Int J Eat Disord*, vol. 44, p.561–566, 2011.

STRIEGEL-MOORE, R.H.; Schreiber, G.B.; Lo, A.; Crawford, P.; Orbanzaneck, E.; Rodin, J. Eating symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: the NHLBI Growth and health Study. *Int J Eat Disord*, vol. 27, n.1, p. 49-66, 2000.

SWANSON, S.A; SAITO, N.; BORGES, G. et al. Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from Mexico to the US. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 46, n. 31-37, 2012.

SZABO, C.P. & ALLWOOD, C.W. Application of the Eating Attitudes Test (EAT-26) in a rural, Zulu speaking, adolescent population in South Africa. *World Psychiatry*, vol. 3, n. 3, p.169-171, October, 2004^b.

SZABO, C.P. & ALLWOOD, C.W. A cross-cultural study of eating attitudes in adolescent South African females. *World Psychiatry*, vol. 3, n. 1, p. 41-44, 2004^a.

SZABO, C.P. & ALLWOOD, C.W. Body Figure preference in South African adolescent females: a cross cultural study. *African Health Sciences*, vol. 6, n. 4, p. 201-206, 2006.

SZEKELY, E. *Never too thin*. Toronto: The women's press, 1988, 210p.

TALLEYRAND, R.M. Eating Disorders in African American Girls: implications for counselors. *Journal of Counseling and Development*, vol. 88, p. 319-324, 2010.

TAVARES, M.C.G.C.F. *Imagem Corporal: Conceito e desenvolvimento*. Barueri, SP: Manole, 2003.

TAYLOR, J. Y. et al. Prevalence Of Eating Disorders among Blacks in the National Survey of American Life. *Int J Eat Disord.*, supl. 40, S10-S14, November, 2007.

TAYLOR, C. *As fontes do self. A construção da identidade moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1989

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e Comorbidades Clínicas. *Rev. Psiq. Clín.* vol. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

THOMAS et al. A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous Pacific population: evidence of cross-cultural variation in phenomenology. *Psychological Medicine*, vol. 41, p. 195–206, 2011.

THOMPSON, J. B. A Metodologia da Interpretação. In: *Ideologia e Cultura Moderna. Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. P. 355-419.

TORO J. et al. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican Female adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, n. 41, p. 556-565, 2006.

VALE, A.M.O; KERR, L.R.S.; BOSI, M.L.M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n. 1, p.121-132, 2011.

VÉLEZ, B. Cuerpo y sociedad urbana: el caso de la ciudad de Medellín. *Educación Física y Deporte*, vol. 19, n. 1, p. 115-139, 1997.

VICENTE B. et al. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, jul/2011.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde. Uma introdução ao tema*. Porto alegre: tomo Editorial, 2000, p. 33-44.

VIEIRA et al. Distúrbios de Atitudes Alimentares e sua Relação com a Distorção da Auto-Imagem Corporal em Atletas. *Maringá*, v. 17, n. 2, p. 177-184, 2. sem. 2006.

VILELA, J.E.M. et al. Transtornos Alimentares em Escolares. *J. Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

VITOLLO, M.R.; BORTOLINI, G.A.; HORTA, R.L. Prevalência de Compulsão Alimentar entre Universitárias de Diversas Áreas de Estudo. *Rev Psiquiatr RS*, vol. 28, n. 1, p. 20-26, 2006.

WAADDEGAARD, M.; DAVIDSEN, M.; KJØLLER, M. Obesity and prevalence of risk Behavior for Eating Disorders among Young Danish Women. *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 37, p. 736-743, 2009.

WADE, P. Debates contemporáneos sobre raza, etnicidad, género y sexualidad en las ciencias sociales. In: WADE, P; GIRALDO, F.U.; VIGOYA, M.V. (coord.). *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Bogotá: Universidade Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales. Escuela de Estudios de Género, 2008. 568p.

WAINWRIGHT, S.P.; TURNER, B.S. Reflections on embodiment and vulnerability. *Med Humanities*, vol. 29, p. 4-7, 2003.

WALCOT, D.D.; PRATT, H.D.; PATEL, D.R. Adolescents and Eating Disorders: gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues. *Journal of Adolescent Research*, vol. 18, n. 3, p. 223-43, 2003.

WANDERLEY, M.B. Refletindo Sobre a Noção de Exclusão. In: SAWAIA, B. (org.). *As Artimanhas da Exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p.16-26.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A.; MUNOZ, P.A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Rev Psiquiatr*, vol. 27, n. 1, p. 51-56, 2005.

WEINBERG, C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 224-237, junho 2010.

WHITE, M.A.; GRILO, C.M. Ethnic Differences in the Prediction of Eating and Body Image Disturbances among Female Adolescent Psychiatric Inpatients. *Int J Disord.*, vol. 38, p. 74-84, 2005.

WOOD, N.A.R.; PETRIE, T.A. Body Dissatisfaction, Ethnic Identity, and Disordered Eating Among African American Women. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 57, n.2, p. 141-153, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva, 1997.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Equipe de Pesquisa do projeto “O Padrão de Beleza Socialmente Construído na Gênese de Transtornos do Comportamento Alimentar em Mulheres Negras de Salvador / Bahia”

• Mônica de Oliveira Nunes	Médica, Doutora em Antropologia Cultural, Pós-doutora em Antropologia da Saúde. Professora Associada I do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
• Liliane de Jesus Bittencourt	Nutricionista, mestre em saúde materno infantil, professora Assistente II da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, doutoranda em ciências sociais pelo ISC/UFBA.
• Eloísa Solange Magalhães Bastos	Assistente social, especialista em Administração Pública, técnica da Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, mestranda em políticas sociais e cidadania.
• Adailton Conceição de Souza	Psicólogo, cientista Social, especialista em psicologia clínica, professor da Faculdade de Ciências e Tecnologia.
• Fernanda Montero Landeiro	Psicóloga, mestre em cultura e sociedade, doutoranda em saúde pelo instituto de Ciências da Saúde/UFBA.
• Juli Joi Ferreira de Oliveira	Nutricionista, especialista em saúde da família pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
• Maíra Passos Santana	Psicóloga, mestre em Ciências Sociais pelo ISC/UFBA, psicóloga do Centro de Referência Lélia Gonzalez.
• Isabela Ayumi Kesen Araújo	Psicóloga, supervisora de recrutamento e entrevista do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA Brasil.
• Elder Vargão Borges	Psicólogo.
• Bárbara Galvão	Psicóloga.
• Rafaela Andrade Almeida	Psicóloga.
• Jean Caron	Epidemiologista e Doutor em Psicologia. Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da McGill University, Pesquisador do Institute Universitaire en Santé Mentale do Hospital Douglas.
• Carlos Teles	Bacharel em Estatística, mestre em saúde comunitária, doutor em saúde pública, professor adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Apêndice 2 – Lista de sites, blogs e comunidades de Orkut visitados

Blog “Eu Vou conseguir – Tudo Sobre Ana e Mia” -

<http://tudosobreanaemia.blogspot.com/2008/05/carta-da-anacompleta.html>. Acesso em 05/09/10.

Blog cammy- <http://ana.zip.net>. Acesso em 02/09/10.

Blog Pro Ana – http://sick_life.zip.net/. Acesso em 02/09/10.

Blog Um Dia Após o Outro - <http://roxy-nf.blogspot.com/?zx=7ccb09e0e754eb88>. Acesso em 04/09/10.

Blog: “Anorexia: diário de minha outra personalidade” - <http://anorexica.zip.net/>. Acesso em 20/05/2010.

Blog: “Pró Ana” - <http://anorexica.zip.net/> - Acesso em 20/05/2010.

Blog: Ana + Mia = PERFEIÇÃO - <http://anaemia.no.comunidades.net/index.php>. Acesso em 05/09/10.

Comunidade: A História da Minha ana/mia (Possui 26 membros) -

<http://www.orkut.com.br/Main#Community.aspx?cmm=51872974>. Acesso em 04/09/2010.

Comunidade: Ana e Mia - grupo de apoio (Possui 1501 membros) -

<http://www.orkut.com.br/Main#Community?cmm=2451972>. Acesso em 05/06/2010

Comunidade: Bulimia e Anorexia: eu superei (Possui 2461 membros) -

<http://www.orkut.com.br/Main#Community?cmm=2451972>. Acesso em 05/06/2010

O Diário de Ana Mia - <http://anamia2007.blogspot.com/2007/09/conselhos-pr-ana-e-pr-mia.html> - Acesso em 02/06/10.

Official Pro Ana/Mia Community (Possui 14 membros) -

<http://www.orkut.com.br/Main#Community.aspx?cmm=53521846>. Acesso em 04/09/2010.

Pro Ana & Mia Sempre e + 1 Dia - <http://blog-br.com/magra/>. Acesso em 02/06/10.

Pró Ana e Mia forever...line e ge juntas...S2 - <http://blog-br.com/lineanage/> - Acesso em 02/06/10.

Site Proanna.net - <http://www.proanna.net/>. Acesso em 02/09/10.

Apêndice 3 - Relação de Instituições de Ensino Elegíveis para Coleta de Dados**Instituições de Ensino Médio**

Critério de escolha: Localidade (escolas situadas no Centro de Salvador)

NOME	TIPO
Centro Educacional Edgar Santos	Público
CIEMP- Centro Integrado De Ensino Médio e Profissional	Privado
Colégio 2 de Julho	Privado
Colégio Adventista de Salvador	Privado
Colégio Antonio Vieira	Privado
Colégio Apoio	Privado
Colégio de São Bento	Privado
Colégio Delta	Privado
Colégio e Curso Direção	Privado
Colégio Estadual Azevedo Fernandes	Público
Colégio Estadual da Bahia (Central)	Público
Colégio Estadual da Fonte Nova	Público
Colégio Estadual Deputado Manoel Novaes	Público
Colégio Estadual Mario Augusto Teixeira de Freitas	Público
Colégio Estadual Odorico Tavares	Público
Colégio Estadual Senhor do Bonfim	Público
Colégio Estadual Severino Vieira	Público
Colégio Estadual Ypiranga	Público
Colégio Francisco Santa Clara	Privado
Colégio Ideia	Privado
Colégio Marista de Salvador	Privado
Colégio Nossa Senhora da Soledade	Privado
Colégio Nossa Senhora das Mercês	Privado
Colégio Núcleo	Privado
Colégio Sagrado Coração de Jesus	Privado
Colégio Salesiano do Salvador	Privado
Colégio SS Sacramento	Privado
Escola de Engenharia Eletromecânica da Bahia	Privado
Instituto Central de Educação Isaias Alves (ICEIA)	Público
Instituto Educacional Visão	Privado
Instituto Nossa Senhora da Assunção	Privado
Instituto Nossa Senhora da Salete	Privado

Instituições de Ensino Superior – Salvador/Ba

Critério de escolha: Existência dos cursos de nutrição, enfermagem, medicina, psicologia, educação física

FACULDADE	CURSOS	TIPO
Faculdade Regional da Bahia – FARB	Nutrição Enfermagem Educação Física Psicologia	PARTICULAR
Centro Universitário da Bahia – FIB	Nutrição Enfermagem Psicologia	PARTICULAR
Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE	Nutrição Enfermagem Psicologia Educação Física	PARTICULAR
Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC	Nutrição Enfermagem Psicologia Educação física Medicina	PARTICULAR
Universidade Federal da Bahia – UFBA	Nutrição Enfermagem Psicologia Educação física Medicina	PÚBLICO
Universidade do Estado da Bahia – UNEB	Nutrição Enfermagem	PÚBLICO
Faculdade São Camilo	Enfermagem	PARTICULAR
Faculdade Dom Pedro II – FADPII	Enfermagem	PARTICULAR
Universidade Católica de Salvador – UCSAL	Enfermagem Psicologia Medicina	PARTICULAR
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS	Medicina Psicologia	PARTICULAR
Faculdade São Tomaz de Aquino – FSTA	Enfermagem	PARTICULAR
Faculdade São Salvador – FSS	Enfermagem	PARTICULAR
Faculdade Delta – FACDELTA (UNIME)	Psicologia Educação Física	PARTICULAR
Faculdade Social da Bahia – FSBA	Psicologia Educação Física	PARTICULAR
Universidade Salvador – UNIFACS	Psicologia Nutrição Enfermagem	PARTICULAR
Faculdade Ruy Barbosa de Psicologia – FRBPSIC	Psicologia	PARTICULAR
Faculdade São Bento da Bahia - FSBB	Psicologia	PARTICULAR
Faculdade Cidade do Salvador – FCS	Psicologia	PARTICULAR
Faculdade Castro Alves – FCA	Psicologia	PARTICULAR

Apêndice 4 – Bloco de Questionários Fase I**Dados de Identificação:**

Nome: _____ Idade: _____

Escola/Faculdade: _____ Turma: _____ Curso: _____

Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Telefone: _____ E-mail: _____

Renda mensal familiar: _____ Religião: _____

Peso: _____ Altura: _____

QUESTIONÁRIO 1

Este questionário envolve perguntas sobre apoio social no cotidiano, discriminação racial percebida e percepção sobre cor e características fenotípicas. Por favor, leia cada questão com atenção e marque com um “x” a alternativa apropriada.

Quando precisa, você pode contar com:

A. Sim () B. Não ()

1. Alguém que ajuda você quando está doente;

A. Sim () B. Não ()

2. Alguém que mostra carinho por você e diz que a ama;

A. Sim () B. Não ()

3. Alguém em quem você confia para falar seus problemas íntimos;

A. Sim () B. Não ()

4. Alguém que dá a você informação ou conselho de como você deve agir quando tem algum problema;

5. Alguém com quem você sai para se divertir ou com quem você faz coisas agradáveis e relaxantes;

A. Sim () B. Não ()

6. Você se sente discriminado por causa da sua cor?

A. Sim () B. Não ()

7. Você já foi barrado em clubes, shoppings, bloco de carnaval ou hotéis?

A. Sim () B. Não ()

8. Você acha que sua cor dificultaria a obtenção de empréstimo ou crédito financeiro?

A. Sim () B. Não ()

9. Caso, em algum momento da sua vida, tenha procurado emprego, você já teve dificuldade de conseguir trabalho por causa de sua cor?

A. Sim () B. Não ()

10. Se você já trabalhou antes, já foi dispensada ou demitida de algum emprego por causa de sua cor?

A. Sim () B. Não ()

11. Você aprovaria o casamento de alguém de sua família com uma pessoa de cor diferente da sua?

A. Sim () B. Não ()

12. Você já sofreu discriminação por se relacionar com uma pessoa negra?

A. Sim () B. Não ()

13. Se respondeu "sim" na questão anterior responda: Por quem foi discriminada?

A. Família () B. Amigos () C. Outros ()
D. Não se aplica ()

14. Você já se sentiu rejeitada por vizinhos, amigos ou colegas por causa da sua cor?

A. Sim () B. Não ()

15. Você tem ou já teve dificuldade para arranjar namorado por causa da sua cor?

A. Sim () B. Não ()

16. Alguma vez você já foi mal atendido em uma loja por causa da sua cor?

A. Sim () B. Não ()

17. Alguma vez você já foi obrigado a usar o elevador de serviço devido a sua cor?

A. Sim () B. Não ()

18. Você se sente satisfeita com sua cor?

A. Sim () B. Não ()

19. Você se sente satisfeita com suas características físicas (cabelo, nariz, lábios)?

A. Sim () B. Não ()

20. Você sente vontade de modificar ou já modificou alguma destas características? Nesta questão podem ser marcadas múltiplas respostas.

A. Cabelo () B. Nariz () C. Lábios ()
D. Não se aplica ()

21. Você se sentiria melhor caso modificasse sua aparência?

A. Sim () B. Não ()

QUESTIONÁRIO 2

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua alimentação. Por favor, leia cada questão e faça um círculo no número apropriado. Use a legenda abaixo:

- | | |
|--------------|-------------------------|
| 1. Nunca | 4. Frequentemente |
| 2. Raramente | 5. Muito frequentemente |
| 3. Às vezes | 6. Sempre |

Por favor, responda a todas as questões.

1. Costumo fazer dieta.	1	2	3	4	5	6
2. Como alimentos dietéticos.	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me mal após comer doces.	1	2	3	4	5	6
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.	1	2	3	4	5	6
5. Evito alimentos que contenham açúcar.	1	2	3	4	5	6
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.)	1	2	3	4	5	6
7. Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro (a).	1	2	3	4	5	6
8. Gosto de estar de estômago vazio.	1	2	3	4	5	6
9. Quando faço exercícios penso em queimar calorias.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer.	1	2	3	4	5	6
11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso.	1	2	3	4	5	6
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.	1	2	3	4	5	6
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.	1	2	3	4	5	6

15. Vômito depois de comer.	1	2	3	4	5	6
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.	1	2	3	4	5	6
17. Passo muito tempo pensando em comida.	1	2	3	4	5	6
18. Acho-me uma pessoa preocupada com comida.	1	2	3	4	5	6
19. Sinto que a comida controla a minha vida.	1	2	3	4	5	6
20. Corto minha comida em pedaços pequenos.	1	2	3	4	5	6
21. Levo mais tempo que os outros para comer.	1	2	3	4	5	6
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.	1	2	3	4	5	6
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.	1	2	3	4	5	6
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.	1	2	3	4	5	6
25. Evito comer quando estou com fome.	1	2	3	4	5	6
26. Demonstro autocontrole em relação à comida.	1	2	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO 3

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

- | | |
|--------------|-------------------------|
| 1. Nunca | 4. Frequentemente |
| 2. Raramente | 5. Muito frequentemente |
| 3. Às vezes | 6. Sempre |

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6

18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?	1	2	3	4	5	6
20. Você já teve vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você toma laxantes para se sentir magra?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO 4

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

- A.** 0. Não me sinto triste
1. Eu me sinto triste
 2. Estou triste e não consigo sair disso
 3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
- B.** 0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
 2. Acho que nada tenho a esperar
 3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
- C.** 0. Não me sinto um fracasso
1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
 2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos
 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
- D.** 0. Tenho tanto prazer em tudo com antes
1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes
 2. Não encontro um prazer real em mais nada
 3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
- E.** 0. Não me sinto especialmente culpado
1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo
 2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
 3. Eu me sinto sempre culpado
- F.** 0. Não acho que esteja sendo punido
1. Acho que posso ser punido
 2. Creio que vou ser punido
 3. Acho que estou sendo punido
- G.** 0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo
1. Estou decepcionado comigo mesmo
 2. Estou enjoado de mim
 3. Eu me odeio
- H.** 0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
1. Sou crítico com relação a mim por minhas fraquezas ou erros
 2. Eu me culpo sempre por minhas faltas
 3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece
- I.** 0. Não tenho quaisquer idéias de me matar
1. Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
 2. Gostaria de me matar

3. Eu me mataria se tivesse oportunidade
- J.** 0. Não choro mais que o habitual
1. Choro mais agora do que costumava
 2. Agora, choro o tempo todo
 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
- K.** 0. Não sou mais irritado agora do que já fui
1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
 2. Agora, eu me sinto irritado o tempo todo
 3. Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar
- L.** 0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
 3. Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
- M.** 0. Tomo decisões tão bem quanto antes
1. Adio as tomadas de decisão mais do que costumava
 2. Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
 3. Absolutamente não consigo mais tomar decisões
- N.** 0. Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1. Estou preocupado em estar parecendo velho e sem atrativo
 2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3. Acredito que pareço feio
- O.** 0. Posso trabalhar tão bem quanto antes
1. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
 2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
 3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho
- P.** 0. Consigo dormir tão bem quanto o habitual
1. Não durmo tão bem quanto costumava
 2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
- Q.** 0. Não fico mais cansado que o habitual
1. Fico cansado mais facilmente do que costumava
 2. Fico cansado em fazer qualquer coisa
 3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
- R.** 0. Meu apetite não está pior do que o habitual
1. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
 2. Meu apetite é muito pior agora
 3. Absolutamente não tenho mais apetite
- S.** 0. Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente
1. Perdi mais do que 2 quilos e meio
 2. Perdi mais do que 5 quilos
 3. Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:

Sim ____ Não ____

- T.** 0. Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual
1. Estou preocupado com problemas físicos tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
 2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
 3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer coisa
- U.** 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1. Estou menos interessado por sexo do que costumava
 2. Estou muito menos interessado por sexo agora
 3. Perdi completamente o interesse por sexo

Apêndice 5 – Convite para o grupo focal



Apêndice 6 – Roteiro Grupo Focal

Tema	Questões
Importância social do corpo jovem	Vocês acham que o corpo é uma coisa importante na vida dos jovens? E para a sociedade? Como assim?
Cuidados com o corpo	O que vocês costumam fazer para cuidar do corpo?
Corpo socialmente valorizado	O que atualmente é valorizado no corpo de uma moça? E no corpo de um rapaz? Qual o ideal de corpo para vocês? Há diferenças de ideal de corpo entre pessoas de raças diferentes?
Corpo na interação amorosa	Na experiência de vocês, o que os atrai no corpo de uma moça/rapaz? Que tipo de moça/rapaz vocês buscam para namorar? Por quê?
Barreiras e dificuldades na produção de um corpo ideal	Quais são as dificuldades encontradas para se chegar a um corpo ideal? Se pudessem mudar algo no corpo de vocês, o que mudariam? Nos questionários, a gente observou que uma resposta frequente é que há um desejo das moças de mudar o cabelo, o nariz e a boca. O que vocês pensam a respeito disso?
Corpo discriminado	Há pessoas que são colocadas de lado nos grupos de jovens, na escola ou na família por causa da beleza? Descrevam situações. O que vocês acham disso? Já se sentiram vítimas de discriminação? Que elementos do corpo produzem discriminação? Vocês acham que a cor da pele pode desvalorizar uma pessoa?
Sofrimento psíquico e social provocado pelo corpo	Vocês conhecem pessoas que sofrem por não terem o corpo que desejam? Poderiam citar exemplos sem citar nomes? O que essas pessoas fazem para tentar alcançar o ideal desejado?
Transtornos do comportamento alimentar	Vocês conhecem pessoas que chegaram mesmo a adoecer por esses problemas? Saberiam dar os nomes desses problemas de saúde? Como vocês identificam que uma pessoa está com... (usar o nome que os jovens indicaram)? Vocês já ouviram falar de anorexia e bulimia? O que pensam a respeito? Os estudos têm falado que essas doenças aparecem principalmente em meninas ou mulheres brancas. Vocês concordam com isso? Como vocês explicam isso?

<p>Determinantes dos transtornos do comportamento alimentar</p>	<p>Quais os fatores que provocam o adoecimento desses jovens?</p> <p>Quais os motivos que mais os fazem sofrer?</p> <p>O que faz um(a) jovem engordar ou emagrecer exageradamente?</p>
<p>Fatores de proteção e de risco</p>	<p>Para vocês, a religião interfere de algum modo na maneira que vocês se enxergam? E a família? Como assim?</p> <p>O padrão de beleza divulgado na mídia interfere na maneira como o jovem vê o seu corpo?</p>
<p>Estratégias de manejo/cuidado do sofrimento</p>	<p>O que pode contribuir com a melhora desses jovens?</p> <p>Quem pode ajudar e como? [Como a família pode ajudar? E os amigos? E a religião?]</p> <p>Quais profissionais de saúde podem ajudar?</p>
<p>Transformações sociais</p>	<p>Como poderia ser uma sociedade que produzisse jovens mais felizes?</p> <p>O que precisa mudar?</p>

Apêndice 7 – Roteiro entrevista com história de vida

ENTREVISTA NARRATIVA PARA JOVENS UNIVERSITÁRIAS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (ANOTAR NA FOLHA EM ANEXO)

NOME:

IDADE:

COR DA PELE:

RAÇA:

ESCOLARIDADE:

ESTADO CIVIL:

RELIGIÃO:

PESO:

ALTURA:

1. Como se sentiu sendo chamada para essa pesquisa? (oportunidade de tirar as dúvidas sobre a pesquisa e tranquilizar a participante)
2. Você poderia começar me contando um pouco da sua história? (onde nasceu, filha de quem, onde mora, o que gosta-lazer, hobby, arte-e não gosta de fazer, relação com a família, amigos, se tem namorado, escola, vizinhança, religião, política).
3. Se eu te pedisse para me contar um pouco a sua história a partir das mudanças do seu corpo será que você conseguiria? Como você percebe as transformações do seu corpo desde quando se lembra? Por exemplo, você nasceu com quantos quilos? E desde então...
4. Você acha que o seu corpo é uma fonte de alegrias na sua vida? Como assim?
5. O que pra você é um corpo bonito para uma jovem? Você poderia me dar exemplo de pessoas que têm um corpo que você admira?
6. Como você cuida do seu corpo? (explorar dietas, exercícios físicos, cirurgias, tatuagens, gostos vestimentários).

7. Você percebe alguma relação entre a maneira como você cuida do seu corpo e padrões familiares? Na sua família alguém mais adota essa forma de cuidar do corpo? [nível universitário]
8. Houve alguma mudança radical no seu corpo em algum momento particular? Fale-me dela e o que ela provocou em você e na sua vida.(explorar emoções positivas e negativas, mudanças nas relações sociais, reações de outras pessoas, efeitos sobre o cotidiano).
9. Como você imagina que os outros te vêem e como você se sente diante disso?
10. Você mudaria alguma coisa no seu corpo? Por quê?
11. Você se acha magra demais, gorda demais ou está satisfeita com o seu corpo?
12. Você já se sentiu discriminada ou rejeitada? Por quê? Como você se sentiu e como reagiu?
13. Nessa situação, recebeu algum tipo de apoio? De quem?
14. Você acha que a cor da pele interfere na beleza e na aceitação social?
15. Tem espaços que você frequenta nos quais se sente mais aceita? Por quê? Quais?
16. Em que lugares você se sente menos à vontade ou onde as pessoas te olham de forma diferente? Por que você acha que isso acontece? Como você se sente e como reage?
17. O que você valoriza mais no corpo de uma mulher branca e no corpo de uma mulher negra?
18. Para você a sociedade pensa assim? Explique.
19. Você acha que uma cidade praieira como Salvador interfere no padrão de beleza das jovens/mulheres?

