

fome de perfeição  
diana mendes

## ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	9
<b>PARTE 1 – O Contexto</b> .....	11
1. Distúrbios alimentares — <i>Um retrato-choque</i> .....	13
2. Perspetiva histórica .....	20
3. Doenças de comportamento alimentar — <i>As causas</i> .....	27
4. Caracterização da situação nacional e internacional .....	36
5. A mortalidade é um mito? .....	49
<b>PARTE 2 – As Perturbações de Comportamento Alimentar</b> ...	53
1. Anorexia nervosa .....	55
1.1. Anorexia de tipo restritivo, com perturbação <i>borderline</i> — <i>Sofia, um caracol</i> .....	62
1.2. Anorexia de tipo restritivo — <i>A história de Carolina,</i> <i>a médica</i> .....	73
1.3. Anorexia de tipo purgativo — <i>O desporto que deixa de ser</i> <i>saudável: o caso de Ana</i> .....	81
1.4. O que caracteriza esta doença .....	90
2. Bulimia nervosa .....	92
2.1. A libertação na bomba de gasolina .....	93
2.2. Comer é num dia bom... e num dia mau .....	96
2.3. Os fatores de risco e os sinais .....	105
3. Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC)/ <i>Night Eating Disorder</i> .....	110
3.1. Joana, a rainha do <i>binge</i> .....	116
3.2. Compulsões que adiam a vida — <i>O caso de Pedro</i> .....	127
4. Outras perturbações .....	136
4.1. Perturbações já classificadas: ruminção e pica .....	136
4.2. Novas doenças? Ortorexia e vigorexia .....	141

<b>PARTE 3 – E os Rapazes?</b> .....	145
1. As diferenças do género .....	147
2. Doença de rapazes e do interior, como Duarte .....	149
3. Desistir de Lutar — <i>A anorexia purgativa de João</i> .....	154
4. Manuel, o rapaz que queria mirrar .....	167
<b>PARTE 4 – Há Doentes Crónicos?</b> .....	185
1. Luísa, anorética e obsessiva-compulsiva .....	187
<b>PARTE 5 – O Tratamento e a Rede de Respostas no SNS</b> .....	197
1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) .....	200
2. Centro Hospitalar de São João .....	208
3. Centro Hospitalar de Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria	215
4. Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital D. Estefânia ...	221
5. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro/Hospital de Vila Real .....	229
6. Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital de Aveiro .....	237
<b>PARTE 6 – Outras Respostas/Respostas Sociais</b> .....	247
1. A família e a rede social .....	249
1.1. Maria e as saudades da família — <i>Uma história</i> .....	249
1.2. Desabafos de mãe: “Ainda nem chegaste à porra dos 46 quilos!” .....	256
2. Grupos de apoio .....	267
2.1. A AFAAB: 20 anos a ajudar .....	267
2.2. Reunião anual e grupo no São João .....	269
3. A internet e a imagem .....	271
4. O papel das escolas e da sociedade .....	275
<b>Conclusão</b> .....	279
<b>Bibliografia</b> .....	281

## Introdução

**A**norexia e a bulimia não são as únicas doenças de comportamento alimentar, nem as mais frequentes. A elas se juntam, por exemplo, a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), na gênese de muitos casos de obesidade, a ruminação ou a pica.

Não se trata de doenças de meninas, da moda, oriundas da influência dos média, do mimo, da rebeldia da adolescência. Podem chegar aos rapazes, antes da adolescência ou consumir famílias já na terceira idade.

São doenças dramáticas, doenças do foro psiquiátrico, contra o que muitos pais — e até doentes — gostariam de acreditar. São doenças mentais que se equiparam a psicoses, esquizofrenias, perturbações obsessivas-compulsivas. Têm consequências tão dramáticas que são mesmo das mais fatais, não apenas no momento em que uma grave perda de peso não é possível ser travada, mas também no seguimento a longo prazo, que é fruto da sua cronicidade, do prolongamento do sofrimento do corpo e da mente, com mazelas diárias.

Escrever sobre um tema com este grau de complexidade é um esforço imenso. É um exercício de tanta subjetividade que é quase utópico, impossibilitando a imparcialidade enquanto grande expoente do jornalismo. Não é possível evitar deixar algo ou alguém de fora.

Os serviços hospitalares, e os profissionais que os compõem, recusam ou abrem apenas pequenas brechas dos seus serviços para não expor

os seus doentes, as regras do seu tratamento e a organização. As equipas olham com desconfiança para aqueles seres estranhos ao serviço que teimam em parecer peças da engrenagem.

Mas não são os únicos. Os doentes e os seus familiares preferem ficar longe dos holofotes, dos microfones, da exposição pública a que qualquer reportagem obriga.

Escrever este livro implicou cortar essas barreiras, criar laços de confiança com quem trabalha este tipo de ligações com os doentes — eles próprios descrentes no sistema e a ligar-se, dia após dia, aos profissionais que os acompanham.

A maior dificuldade foi entrar nos serviços públicos e chegar à fala com as equipas, famílias e doentes, macerados por estas terríveis patologias, as doenças de quem deixa de comer, de quem come e purga, culpabilizado, de quem se empanturra sem controlo, come alimentos estranhos ou, até, come qualquer coisa, uma, duas ou mais vezes e regurgita.

Foram vários meses a entrar nos principais serviços do Serviço Nacional de Saúde que recebem estes doentes, sem esquecer que há respostas de qualidade no privado. Tratam deles e dos familiares. Também eles doentes, por vezes. Não faltam respostas no serviço público, mesmo quando os meios são escassos e as solicitações não permitem a exclusividade do tratamento destas doenças.

Escrever este livro foi um exercício de psicologia, de escuta paciente, de compreensão, de ligação a quem sofre. E é para estas pessoas que se destina, para doentes, familiares e profissionais que procuram mais do que uma avaliação científica e caracterização epidemiológica.

São histórias que se interrompem, até nas paragens físicas de crescimento, e que são retomadas em qualquer fase da vida. Porque até aos 60 ou 70 anos, é sempre possível retomar o trilho inicial.

A busca incessante de perfeição pode estar em todos nós.

**PARTE 1**  
**O CONTEXTO**



1  
DISTÚRBIOS ALIMENTARES

*Um retrato-choque*

Faça uma mistura nojenta de comida, assim fica com nojo de comer; coma em frente ao espelho; estabeleça punições. Eu ando sempre com um elástico azul no braço, daqueles de colocar dinheiro. Teve vontade de comer ou abandonar a Ana? Aperte bem forte no braço, fique na posição fetal e puxe! Vai sentir-se melhor, acredite; leve o lixo, cheire, se puder vá limpar um lugar sujo, passeie por uma rua cheia de cocó de cão e pense que a comida se vai tornar nisso, e para quê comer? Não acredite nas dietas que os nutricionistas nos dão, nunca emagrecemos o quanto eles prometem. Pode acabar perdendo num ano, seguindo a ementa prescrita por eles, quilos que poderia perder em três meses com a Ana e a Mia.

Truques e conselhos que atravessam as páginas dos sites inspirados nestes dois nomes. Ana e Mia, as borboletas. São nomes e palavras doces, pesquisáveis na internet, entre imaginários hiperfemininos, arranjos florais, lindas silhuetas, vestidos de tecidos leves que cheiram a verão e rodopiam. Sugerem até campos a perder de vista, de ervas e flores cheirosas, dias inteiros sem stress e ansiedade, a sós com o EU.

Ana e Mia são de facto meninas. Para meninas (e alguns meninos), para senhoras e jovens a caminho da idade adulta. São meros símbolos e abreviaturas de um universo negro, nada feminino, perverso e que evolui como uma viagem por quilómetros e quilómetros de trevas.

Ana e Mia são anorexia e bulimia. Duas das mais perturbadoras



doenças psiquiátricas atuais, as mais citadas no campo das doenças de comportamento alimentar. Terão séculos de existência, apesar de só nas últimas décadas terem adquirido visibilidade.

A sua descrição, e o seu batismo, surgiram já no século XIX e também por cá encontram descrições em livros, na experiência dos clínicos, alguns escritores. Mas a internet tem levado a sua visibilidade ao extremo, como uma espécie de seita. Com adeptos que quase as canonizam, referindo-se a elas como um estilo de vida, nunca como doença.

Há até os que distinguem a anorexia da “rexia”, a primeira enquanto doença e a segunda como um estilo de vida em que não há morte, mas grandes feitos. Afinal uma boa ana não morre, sabe o que está a fazer.

Estas doenças nunca poderão ser atribuídas a um único fator. E este livro não será, nem nunca irá ser, um livro pró-ana e pró-mia, à semelhança da informação que tantos destes doentes procuram na internet.

Serão muitos, inúmeros, mas os sites e blogues que explodem a todo o instante não ajudarão e irão dirigir-se às suas vítimas preferenciais. Aquelas que têm o bichinho anorético, a voz anorética, a incrível capacidade de provocar o vômito para perder algum peso, ou pelo menos para aliviar o sentimento de culpa obtido naquele momento curto, mas intenso, de compulsão.

É tão fácil pesquisar, qualquer criança que use o Google o pode fazer. E não há censura. Muitos países determinaram a sua ilegalidade, mas a legislação é difícil de controlar e de se fazer cumprir. Por isso, a sua proliferação é imparável, mesmo quando em alguns destes blogues os autores anunciam uma pausa: “Olá, minhas borboletas favoritas! Quem já conhece o blogue sabe que ele está em pausa por conta de alguns problemas pessoais meus.” Mandy Donzela tem menos de 300 seguidores, mas aproxima-se do milhão de visualizações com o seu blogue *Como ser uma borboleta Ana e Mia*.

A autora responde a apelos desesperados para emagrecer, inebria as leitoras com todas as dietas a que vai acedendo, como a dieta do leite, em que se bebe um copo de leite por refeição, ou a dieta ABC, Anna Boot Camp, em que durante 50 dias apenas se permite uma ingestão entre zero e um máximo de 500 calorias. Diz Mandy que há pessoas que chegam a perder 30 quilos.

## CONTINUA A PASSAR FOME

“Continua a partilhar. Continua a comentar. Continua a passar fome.” *Theproanalifestyleforever*. Mais um blogue com mensagens fortíssimas e mais dietas de sucesso “garantido, garantido”, porque é impossível não se passar fome, não se desesperar de fome. Também aqui a autora não se coíbe de apresentar dietas drásticas. Três peças de fruta diárias para um total de 200 a 300 calorias por dia; dietas com uma taça de iogurte e fruta.

Neste blogue não há uma identificação da pessoa que está por trás, mas é claramente uma adolescente ou jovem adulta, pela dependência que ainda tem dos pais, com quem vai fazendo compromissos, como o de ser vegetariana.

O desprezo pelo gordo, pela gordura, a comparação da comida a lixo e a cocó de cão, os truques para perder peso e moderar o apetite e os métodos para disfarçar as consequências inevitáveis desta privação energética parecem ser fáceis de alcançar. A isso, o blogue de Mandy junta fotos de corpos maravilhosos, de rabos perfeitos, barrigas lisas, imagens altamente sexuais e sensuais (*thinspiration* — inspiração de magreza) que se cruzam com algumas de outros “fracassados”, menos glamorosos e obesos.

Muitas das mulheres que vibram com as imagens têm muitos quilos a mais, certamente. São mulheres com 90 a cem quilos e desesperadas por dietas rápidas.

## SER MAGRA PARA QUÊ?

“Porque choro todas as noites? Para ter um namorado? Para ser sexy? Para vestir vestidos longos? Para vestir vestidos curtos? Porque gordos não são nada. Poderei dançar sem parecer uma porca com epilepsia. Deixarei as pessoas fazer cócegas em mim sem me preocupar com excessos de gordura. Porque a glória vai ser minha.”

Parece impossível, mas a autora do blogue conta 365 motivos para ser magra. Mais dias do ano houvesse e ela seria capaz de encontrar mais.

Este é apenas um exemplo da oferta que pulula na internet, de mias, anas, borboletas e outros tantos a falar em *starvation for perfection* (fome para a perfeição). No fundo, são diários de tantas jovens a desejar emagrecer, a sentirem-se gigantes (pelos feitos orgulhosos, não pelo peso) quando

saem das suas dietas, em que resumem a uma semana o que uma pessoa normal come num dia.

*Theproanalifestyleforever* faz uma lista de mandamentos, como ser preferível ser magra a saudável ou não ser possível ser bela sem se ser magra. Um magro que se define como ser escanzelado. Uma viagem pela anorexia, também ela cheia de truques para lá chegar, de empoderamento pela recusa de alimento, de salvação pela fome, efabulações escritas em carta para a amiga Ana. “Hei de ser a cabra mais magra deste planeta.”

### A ANA FALHOU, CHAMA-SE A MIA

Podem ser uma alternativa ou um complemento. Falamos dos blogues e dos sites pró-mia, mia de bulimia. Sem tabus, as meninas e adeptos falam dos comportamentos purgativos, maioritariamente compostos por vômitos, como atos corriqueiros. Dizem que vão “miar”. Seja em que língua for, encontra-se quase sempre a mesma lista de conselhos para se adquirir esta competência. Para se purgar melhor.

Desde logo descrevem os alimentos proibidos, como os pães e os produtos com fibra, os picantes, porque magoam no nariz, ou os chocolates, porque sabem terrivelmente mal na boca.

Uma vez que se coloquem os dedos, devem ser mantidos lá o mais fundo possível. Se os dedos forem retirados, poderá ser mais difícil vomitar. O uso de instrumentos, como as escovas de dentes, pode proteger os dedos do ácido, mas pode de igual modo gerar lesões. Descrições tão pormenorizadas e gráficas que se tornam chocantes. São pormenores que dificilmente alguém se atreveria a analisar, exceto quem os procura na sua busca inamovível pela perda de peso.

Nestes locais conhecem-se truques para o fazer melhor, desde a pesagem antes e depois do ato, até às formas de disfarçar estas façanhas em locais públicos e em família, sem pôr em causa o seu sucesso: uma hora depois de comer pode ser tarde, porque haverá alimentos já absorvidos.

Mas há blogues, como o *missanamia*, que descrevem os truques em pormenor, mas que os desaconselham devido aos perigos que encerram. O melhor é levar os princípios e o estilo de vida Ana.

## EXERCÍCIOS E ROTINA DO DIA A DIA

Cuidar de uma criança emagrece, aspirar, limpar carpetes ou cozinhar também. Mas dormir e ler também fazem perder calorias. A única atividade que as faz disparar é comer. *Theproanalifestyleforever* exibe listas. São as listas que muitos doentes ou pessoas com um tipo de personalidade mais rigorosa, obsessiva, e rígida podem pesquisar e adorar.

Há listas de exercícios caseiros, listas de calorias associadas a desportos mais ou menos vigorosos, listas de calorias pelos alimentos — nunca comer nada sem saber quantas calorias tem —, listas de dicas para resistir à privação.

Seguem-se os tão úteis exemplos: cuidar de bebés vale 100 calorias, mudanças de casas que impliquem carregar caixas valem 202. Até dormir faz perder 18 calorias.

As opções profissionais também acarretam diferenças no dispêndio energético. O melhor mesmo é ser bombeiro, a profissão que encabeça a lista por ser a que está associada a um maior gasto de energia (346 calorias). Nos desportos, a preferência vai para as corridas, andebol, andar de bicicleta, fazer escalada. Mas há ainda diferenças — todas elas bem traçadas, para as diferentes velocidades, tempos de exercício e rapidez com que os mesmos são feitos.

Doentes do comportamento alimentar ou adeptos deste estilo de vida, se assim se puder considerar, decoram estas listas, sabem as calorias de cada alimento, despendem muito tempo a decifrar rótulos, a encontrar defeitos e a riscar ingredientes.

Guarde um euro sempre que não comer, coma garfadas cada vez mais pequenas (e defina um número), mastigue pastilhas. Elas tiram o apetite e evitam que coma se estiver a cozinhar. Evite estar com os amigos nesta fase... Vá eliminando ingredientes, faça jejuns de 12 horas.

A descrição é obsessiva, são listas e listas de memórias, experiências, trocas de mensagens. Sites que criam conversas privadas como se fossem linhas de saúde públicas, como a linha Saúde 24, mas com uma lógica inversa e totalmente invertida. São a voz má que vem do lado negro da mente. “Não se pode cair em tentação. Vê como estás gorda. Quando estiveres com fome, come despida em frente ao espelho e vê como estás.”

Rachel Rodgers, psicóloga e investigadora na Bouvé College of Health Sciences (Northeastern University), refere numa pequena entrevista que a investigação já mostrou que quem vai a estes sites “estará à procura de

informação relacionada com a perda de peso ou ainda apoio social. Uma meta-análise em que participei revelou que até uma breve exposição a estes conteúdos está associada a um aumento de fatores de risco destas doenças. Sugere que estes sites podem ser um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção destas perturbações”.

A oferta destes conteúdos está distante do que era há umas décadas. Lembra os tempos em que a aparência era associada a um determinado produto de beleza “vendido” numa revista feminina. Hoje, nascem aplicações e sites como cogumelos, legíveis em tantas plataformas como os telemóveis, computadores, *ipads* e portáteis. “Hoje, estas imagens estão à nossa volta, 94% das adolescentes americanas vão à internet e 24% estão constantemente online”, refere, durante o congresso do Núcleo de Doenças de Comportamento Alimentar, que se realizou em Braga, em março de 2016.

Considera que “a investigação mostrou já que a cultura (e em particular a ocidentalização) tem um papel importante na prevalência destas doenças, tal como a sua apresentação. O crescimento económico também tem um papel relevante”.

Durante a sua apresentação, desfiou um sem-número de teorias que ligam o universo das perturbações alimentares e o culto do corpo e da magreza aos meios de comunicação, em particular pelo acesso à internet, onde tudo chega de forma fácil, sem interrupções, tantas vezes sem supervisão e sem o filtro de qualidade e de proteção, sobretudo de almas mais perturbadas.

Numa curta entrevista salienta estes aspetos, mas recorda que as doenças de comportamento alimentar são “multifatoriais. O que sabemos é que fatores genéticos, ambientais, biológicos e psicológicos desempenham um papel importante na vulnerabilidade de uma pessoa à influência dos meios de comunicação e do respetivo consumo”.

O que os blogues mia e ana transmitem não chega apenas a anoréticas e bulímicas, mas a pessoas que tentam copiar estes modelos. Algumas terão na sua estrutura tudo o que é necessário para desenvolver uma verdadeira perturbação alimentar, porque não basta querer e tentar. É preciso reunir os ingredientes perfeitos, nas doses corretas, para misturar o *cocktail* perfeito e explosivo.

Rachel reconhece o poder desta informação, da imagem e da mensagem, recordando os desfiles da Victoria's Secret e os milhões de *tweets* de pessoas do mundo inteiro sobre a forma como esta ou aquela modelo se apresentaram.

Uma fotografia de 2011, do estudo de Hussein, contabilizou mais de 493 mil vídeos estigmatizantes, alguns deles com mais de 2,5 milhões de visualizações. As mulheres e adolescentes “objetificadas”. Muitas vezes “auto-objetificando-se”.

Rachel Rodgers citou várias investigações que provam que estes sites e estas informações não são inocentes ou inconsequentes. Na teoria da identidade, muitos jovens constroem a sua autoimagem com base na pertença a um grupo social, ao mesmo tempo que atribuem a essa ligação um significado emocional.

“As jovens identificam-se com outras, veem estes sites e seguem dietas, não enquanto pessoas doentes, mas sim como um estilo de vida. Procuram outras pessoas iguais. A internet consegue, por si só, ser um fator de risco ainda maior do que a televisão”, refere a investigadora, que tem dedicado muito do seu tempo a estudar o impacto dos meios de comunicação, em especial da internet, no desenvolvimento da personalidade dos jovens e, em particular, o seu impacto nas perturbações de comportamento alimentar.

Mas a sua abordagem não é só crítica. É construtiva. Procura encontrar soluções e tirar partido da inevitabilidade e, arrisquemos, imortalidade da internet. “Podemos refinar o modelo, pensar na quantidade e na qualidade da internet e em formas de levar as pessoas a ter uma alimentação mais saudável.” Divulgação ou elaboração de estudos que permitam avaliar estas doenças e até reduzir o seu impacto; trabalhos sobre a imagem corporal, que eduquem, que espalhem mensagens positivas.

Em jeito de conclusão, Rachel Rodgers demonstra não ter uma opinião final e irredutível sobre a internet, sobre as aplicações (*apps*) e outros recursos informativos. “Depende de quem os usa. Poderá ser positivo para quem quer perder peso ou motivar-se, haver aplicações para controlo da alimentação e calorias, mas estas podem ser perigosas se for uma pessoa mais vulnerável a utilizá-las.”

## PERSPETIVA HISTÓRICA

*Vou passando, como a sombra que declina; sou atirado para longe, como um gafanhoto.*

*De tanto jejuar, os joelhos me vacilam, e de magreza vai mirando a minha carne.*

*Tornei-me para eles objeto de opróbrio; quando me veem, meneiam a cabeça.*

Salmo 109, 23  
Catarina de Siena

**S**e as doenças de comportamento alimentar fossem doenças da moda, da vaidade, da contemporaneidade, então não haveria descrições da doença e relatos de doentes ainda na Idade Média.

A anorexia mística ou sagrada, a anorexia histérica, ou a anorexia mental, como a descrita pelo português Elysio de Moura, provam precisamente o contrário. As doenças do comportamento alimentar, e em particular a anorexia, existem há séculos; têm muito de comum na sua base, mas ganharam nuances que acompanharam os contornos e a evolução da sociedade.

A anorexia tem uma história longa, mais longa do que certamente a da bulimia, essa sim com uma forte componente atual na sociedade ocidental, muito contraditória por estimular o grande consumo, mas ao mesmo tempo privilegiar o culto da magreza.

Uma das primeiras histórias descritas da anorexia teve a designação de anorexia mística, de cunho religioso. Foi por ela que passou na Idade Média Santa Catarina de Siena. E o seu exemplo, longe de ser único, é interessante em diversos aspetos. Acima de tudo, porque tem feito os estudiosos e investigadores questionarem se a anorexia de hoje é a mesma de outras épocas. As opiniões relativas a essa consideração dividem-se.

A história de Catarina de Siena (1347-1380) assemelha-se à de muitas

mulheres que, naquela época, renunciaram à comida como a muitos outros comportamentos, atividades e percursos.

São muitas as descrições clínicas e psicológicas das doenças do comportamento alimentar, em particular da anorexia, muitas vezes associada à renúncia de um destino que não se desejava. Catarina de Siena morreu aos 32 anos, depois de uma vida inteira de reclusão, privação alimentar e intensa autoflagelação.

Nunca aceitou o casamento que a sua mãe impusera, a vida doméstica. Em vez disso, aprendeu a usar o controlo e a privação alimentar como uma arma. A entrega a essa vida religiosa, mística, era uma fuga, uma libertação. Para Catarina e para muitas outras mulheres deste período histórico.

Catarina passou etapas comuns a muitas das anoréticas que deram o seu testemunho neste livro. Mas fê-lo em plena época da peste negra. Opôs-se firmemente à mãe em prol de uma vida diferente, iniciando o seu trajeto de privação depois de um evento de vida com significado, que foi o gatilho: a morte da irmã mais velha, Bonaventura, durante o parto.

Esta irmã era a que tentara inculcar-lhe a beleza, o gosto por roupas bonitas, cabelos cuidados ou maquilhagem, contra a crença que Catarina antes tinha de que esses prazeres terrenos não seriam dignos. A sua morte foi quanto bastou para fazer esse corte. O momento de choque que em tantas outras histórias leva a doença a desencadear-se. Não como uma causa, mas um precipitante.

“Tirar a comida da boca para, disfarçadamente, a dar ao gato, ingerir apenas alguns vegetais, provocar o vômito através da estimulação da garganta com uma pena de pato, são comportamentos tão semelhantes aos das atuais doentes com anorexia nervosa que é difícil não os associar”, refere o livro *Doenças do comportamento alimentar*<sup>1</sup>. Catarina não foi a única da sua época a ter este transtorno de restrição alimentar, mas foi certamente um caso único. Ela esteve envolvida no cisma que levou à existência de dois papados, um em Roma, outro em Avignon, já que na época manteve correspondência regular com o Papa.

Sofria o que se designava por anorexia *mirabilis*, uma falta de apetite milagrosa, por motivos religiosos. A diferença em relação à anorexia nervosa tem sido associada ao facto de não haver uma distorção da imagem

---

<sup>1</sup> Bouça, Dulce; Carmo, Isabel do; Jorge, Zulmira; Sampaio, Daniel, *Doenças do Comportamento Alimentar: Manual para o Clínico Geral*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Porto, 1999, página 20.



corporal como se verifica nas doentes atuais. Jejuava-se em nome de Deus, como uma parte de muitas outras parcelas de sacrifício, de renúncia ao prazer e semelhança para com os mais pobres e desprovidos.

Ter forças, comer ou ter carne e formas corporais não eram uma condição aceite pelo divino, nem permitiriam partilhar com os mais pobres a sua forma de viver. O que ela preconizava era o ascetismo, ou seja, a renúncia do prazer.

No livro já citado, surgem nomes de outras mulheres com comportamentos semelhantes desde o século XIII. “Maria de Oignes, Beatriz da Nazaré, foram descritas como pessoas que não só evitavam a comida como vomitavam com o próprio cheiro da carne.”<sup>2</sup> Outro exemplo, de Santa Verónica, no século XVII, envolvia jejuns de vários dias seguidos, interrompidos por refeições de cinco carços de laranja “em memória das chagas de Cristo”.

### SAGRADA OU NÃO, ESTA ANOREXIA É IGUAL À DE HOJE?

Este tipo de comportamentos alimentares viriam mais tarde a ser questionados, a ser associados a práticas malignas, demoníacas, e considerados heréticos.

Foram também amplamente explanados em livros de estudiosos como Rudolph Bell, autor de *Holy Anorexy*, gerando também uma divisão de opiniões quanto à origem e bases da doença. Afinal, a anorexia mística e a anorexia nervosa são a mesma doença em séculos distintos?

Bell acredita nesta versão. Estas mulheres santas tinham o mesmo padrão que as atuais doentes com anorexia nervosa. Caroline Bynum, autora de *Holy Feast and Holy Fast: Food Motifs in the Piety of Medieval Women*, não tem dúvidas em inserir o comportamento alimentar numa forma de estar muito mais ampla. É apenas uma parte da sua vida religiosa, como o recato, a pobreza na forma de vestir e estar, a virgindade, o despojo dos prazeres terrenos, a autoflagelação e o sacrifício diário.

Isabel do Carmo contesta esta versão demasiado limitada da história da doença. “De acordo com os conhecimentos atuais, o que podemos dizer é que o enquadramento sociocultural, as motivações, os caminhos, são bem diferentes para a anorexia mística medieval e para a anorexia nervosa, mas o estado físico e psicológico a que chegaram umas e a que chegam outras

---

<sup>2</sup> Ibidem.

tem muito de comum, pelo que poderemos compreender melhor a antiga anorexia através do conhecimento da moderna anorexia.”<sup>3</sup>

### OS PRIMEIROS RELATOS CIENTÍFICOS

Henriette Abramides Bucaretschi já considerava as descrições de anorexia pré-racionalismo como “verdadeiras histórias clínicas”<sup>4</sup>, relatadas pelos seus confessores. Mas foram precisos três séculos para considerar as descrições de anorexia e das outras doenças do comportamento alimentar como “descrições científicas”.

Thomas Hobbes, filósofo e teórico político inglês, terá sido envolvido quase acidentalmente num primeiro relato de anorexia, em 1668, dentro dessa visão racionalista da época. À margem das disciplinas médicas, observou uma rapariga que na altura estaria em estado de caquexia, fase ulterior de degradação após seis longos meses sem comer.

Fora chamado pela mãe da menina e desde logo debruçou sobre ela novos olhares em relação à privação alimentar. Estaria “manifestamente doente.”<sup>5</sup>

O escritor de *Discurso da Prodigiosa Abstinência*, John Reynolds, descreveu em detalhe um caso de uma jovem de 19 anos que vivia em Bakewell, uma aldeia em Inglaterra, permanecendo imóvel numa cama, esquelética, e conhecida da população que a considerava obra do milagre.

Mas Reynolds explicava este estranho caso de sobrevivência com uma capacidade de fermentação dos ovários inerente às adolescentes: “os ovários fermentam o sangue, que é percorrido por vários destemperos sem a evacuação devida”, cita o livro de Isabel do Carmo.

A primeira descrição de carácter científico foi, considera, a de Richard Morton em 1691, no livro *Tisiologia sobre a Doença da Consunção*. A jovem de 18 anos, filha de Mr. Duke, padecia de uma estranha doença “caracterizada por um emagrecimento auto-induzido, secundário a um estado mórbido de espírito”<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Ibidem, página 21.

<sup>4</sup> Bucaretschi, Henriette Abramides, *Anorexia & Bulimia Nervosa*, Casa do Psicólogo, 2003, página 20.

<sup>5</sup> Bouça, Dulce; Carmo, Isabel do; Jorge, Zulmira; Sampaio, Daniel, *Doenças do Comportamento Alimentar: Manual para o Clínico Geral*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Porto, 1999, página 22.

<sup>6</sup> Bucaretschi, Henriette Abramides, *Anorexia & Bulimia Nervosa*, Casa do Psicólogo, Brasil, 2003, página 23.

Todos os sintomas sugerem a moderna anorexia, desde a atrofia nervosa, falta de apetite, emagrecimento e hiperatividade até à aversão à comida e às queixas de frio no corpo. “Um esqueleto tapado pela pele.”

Já as primeiras definições da moderna anorexia surgiram no século XIX através de um clínico inglês, William Gull, e de um neurologista francês, Lasègue. O primeiro apresentou em 1873 três casos clínicos na Clinical Society of London, que na altura designou como anorexia histérica, termo que mais tarde abandonou depois de se ter deparado com um caso masculino.

Histeria tem por base uma associação ao útero, mas o termo entrou em desuso, ao contrário de designações como a anorexia mental, que ainda se mantém no léxico da doença em França.

Os três casos descritos por Gull na sociedade científica foram publicados num artigo intitulado “Anorexia nervosa”.

Também Charles Lasègue publicou em 1873 um artigo sobre a anorexia histérica, tendo sido mesmo o primeiro a fazer uma publicação. A verdade é que ambos os artigos vieram enriquecer a comunidade científica: o primeiro por excluir esta doença de uma patologia de foro orgânico; o segundo por abordar sobretudo os aspetos psicológicos e os dramas familiares, nomeadamente indicando que a separação em certos casos seria benéfica.

Elysio de Moura foi a grande referência em Portugal nesta doença, tendo sido publicado um livro — que ele não queria publicar — sobre o tema. Descreve a doença de forma brilhante, excluindo outros diagnósticos: a anorexia resultante da doença e a nervosa, em que o que se vive é uma constante falta da falta de apetite.

## **E O QUE DIZ A HISTÓRIA DA BULIMIA?**

A bulimia, ou melhor, o diagnóstico da bulimia, encerra um conjunto de sintomas, entre eles a preocupação com a imagem e o peso corporal, além da existência de episódios de ingestão compulsiva associados a compensatórios — vômitos, laxantes, entre outros.

Talvez por essa razão não se possam contar “histórias da história da bulimia” associadas à Roma Antiga, em que a longos repastos se seguiam os vômitos autoinduzidos em *vomitoriums*, por exemplo. Henriette Bucarechi diz precisamente que faltam a estes quadros a necessidade de controlo de

peso e a preocupação com a forma corporal para se considerarem bulimias nervosas.

Bulimia traduz-se como fome de boi, apetite insaciável. Se este significado tem longos séculos, a verdade é que só em 1979 esta doença ganha autonomia enquanto tal.

Na verdade, Isabel do Carmo refere no seu livro 12 casos clínicos recolhidos por Brenda e William Parry-Jones desde 1668 até ao século XIX. Casos que envolvem episódios de ingestão compulsiva, períodos de vômitos e de jejum. No entanto, as descrições apontam para outros diagnósticos em parte dos casos.

Nove deles ocorriam em homens, muito longe do que hoje se sabe de nove casos em mulheres para um de homens. O mesmo em relação às idades assinaladas, com sete destes casos a ocorrer antes dos 14 anos, quando o comum atualmente é ser na idade adulta.

A estas diferenças juntam-se outros fenómenos de psicopatologia e problemas adicionais que distanciam estas descrições da doença moderna.

David Stein publicou diversos artigos sobre bulimia, admitindo a existência da doença há já alguns séculos. Tantos quanto os séculos em que se utilizou a administração de gordura em estado puro para criar repugnância pela comida e evitar este tipo de episódios compulsivos. O ópio também era um “medicamento” prescrito.

A prática de vômitos ou de enemas (uso de laxantes) e os efeitos secundários dos mesmos sempre foram descritos ao longo da História, mas a doença apenas muito recentemente ganhou um estatuto próprio, porque durante muito tempo esteve conotada com a anorexia e como parte do quadro patológico.

No início do século XX, era ainda associada à anorexia, ao sexo feminino e a perturbações neuróticas. Apenas em 1979 foi publicada a primeira descrição científica de bulimia nervosa, por Russel, que no seu artigo descreveu mais de 30 casos desta doença que observou em seis anos, entre 1972 e 1978. Nesta altura foi designada por bulimia nervosa.

Inicialmente descreveu a doença como uma evolução da anorexia, reconhecendo-se desde logo que havia dois tipos de anorexia, a restritiva e a purgativa, e que era sobre esta última que este quadro se desenhava. No entanto, a experiência e a observação científicas viriam a revelar que nem todas as anoréticas evoluíam para esta doença, podendo ser autónoma.

Russel definiu três critérios para se fazer o diagnóstico: os pacientes sentem intensas e irresistíveis necessidades de se sobrealimentarem; tendem

a evitar o aumento de peso ligado a essa ingestão, provocando vômitos ou abusando de laxantes; e experimentam um medo exagerado de engordar.<sup>7</sup>

Se Russel foi um marco histórico na definição da doença, deve ser destacado o facto de este trabalho não ser o primeiro a descrever com minúcia e rigor casos de bulimia nervosa, à imagem do conceito hoje reservado para a doença.

Em 1976, por exemplo, Marlene Boskind-Lodahl escreveu sobre a bulimarexia e definiu-a como a doença em que subsiste um “incontrolável desejo de comida, que consome em grandes quantidades. Em seguida, purga-se a si própria livrando-se da comida por via de vômitos forçados (com frequência várias vezes ao dia), jejuando, fazendo dieta, laxantes, abusando de anfetaminas”, tal como cita Isabel do Carmo no livro *Doenças do Comportamento Alimentar*.

---

<sup>7</sup> Ibidem.

**DOENÇAS DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR:***as causas*

**S**e estas doenças existiram desde sempre, se se repetem em todos os continentes e em distintas culturas, mostrando que há um paralelismo cultural, poderemos dizer que têm vindo a aumentar em termos de incidência ou prevalência?

Maria Antónia Silva e Margarida Marques, pedopsiquiatras da unidade de internamento do Hospital D. Estefânia (Centro Hospitalar de Lisboa Central — CHLC) garantem que se está a assistir a uma tendência de aumento, segundo os dados que têm recolhido, embora admitam que esta é uma tendência que ainda se está a apurar.

“Aqui no internamento temos visto mais crianças este ano e sobretudo mais novas. A idade média tem sido geralmente os 14 anos, mas este ano tem sido claramente diferente”, diz a diretora da unidade de internamento da pedopsiquiatria, Margarida Marques.

Maria Antónia Silva exemplifica: “Há um mês tínhamos internadas três meninas com idades inferiores a 12 anos, mas chegámos a ter quatro ao mesmo tempo. Era uma com 10 anos, duas com 11 e uma outra com 12.”

Maria do Carmo Pinto, pediatra na mesma instituição, admite sentir “a existência de mais casos e um aumento de gravidade de expressão em meninas mais novas, a que acresce complexidade, porque há poucos estudos e experiência. E vemos formas de doença que nos chegam já num estado avançado. Podem ter perdido 10% do seu peso em seis meses, o que

é imenso para meninas que estão numa fase da vida em que a obrigação é crescer, para chegar a adultas. Imagine o que é acontecer um desvirtuar do crescimento em meninas mais pequenas.”

Se o mais comum no passado era receber jovens de 16 anos, diz que de repente surgiram doentes abaixo dos dez anos. “Tivemos uma com oito anos este ano.” A doença é emergente e a sensibilidade para a sua existência é distinta de outros tempos em que o diagnóstico seria ainda mais tardio, por vezes levado a um extremo em que se confunde magreza, estrutura e constituição. “Pode ser uma constituição que é da própria família, é diferente de uma menina que está a crescer e que depois vê isso inverter-se. Há diferenças.”

Dulce Bouça, psiquiatra que agora trabalha exclusivamente no setor privado, refere ter doentes com dez anos há muito tempo. Atribui como uma das causas a designada puberdade precoce. “Há meninas que têm a menstruação aos nove anos. Isso dá-lhes um desenvolvimento acelerado, porque a puberdade é isso mesmo: crescimento e forma.” Um exemplo é o de uma “menina que passa para o liceu e que cresceu, ao contrário das outras que ainda são pequenas. Se ela teve um desenvolvimento precoce, tem mais risco de desenvolver uma doença de comportamento alimentar”.

Há aqui, portanto, fatores biológicos envolvidos no surgimento das doenças. Margarida Marques volta a referir o exemplo da menarca. “Em 1800, a média de idades para o aparecimento da primeira menstruação era aos 16 anos. Agora temos casos de dez, nove e até de oito anos.” Antónia Silva diz mesmo que “é um susto”, quiçá explicado pelas mudanças alimentares a que foram sendo sujeitas, uma alimentação hipercalórica e substâncias estrogénicas, referem as médicas, referindo alguns estudos que têm sido publicados.

Os casos continuam a ser mais escassos, mas criam sempre uma sensação de solidão, uma síndrome de ave rara, ou pelo menos exótica, no meio de crianças que ainda são crianças.

O estigma está na base deste sentimento que envolve esta menina. “Se esta puberdade precoce fosse comum a todas, não havia problema. As mais altas, mais crescidas, que têm mais peito e formas no corpo sentem-se diferentes das outras e podem tender a fazer uma dieta mais drástica.”

Nuno Madeira, psiquiatra e coordenador da equipa de Perturbações Alimentares e Intervenção no Adulto Jovem, dá o exemplo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), com registo de grande parte das situações entre os 14 e 16/17 anos. Mas no Centro do país

também se conhecem casos de maior precocidade. “Agora aparecem aos nove ou dez anos.”

### UMA SOCIEDADE EM BUSCA DA PERFEIÇÃO

Maria do Carmo Pinto, pediatra e coordenadora da consulta do adolescente no CHLC, é da opinião que na sociedade ocorrem cada vez mais fenômenos, circunstâncias e ambientes que proporcionam o adoecer com uma perturbação do comportamento. E não é a única. É quase uma opinião unânime de quem trabalha com as doenças do comportamento alimentar de que atos e objetos simples como uma balança, uma fita métrica, uma comparação infeliz ou um incentivo levado ao extremo podem catapultar o surgimento de uma destas doenças, particularmente a anorexia.

O mesmo se passa com a existência de erros grosseiros de alimentação, os fundamentalismos alimentares, experiências paleolíticas, vegetarianas ou dietas extremas que, sendo, na maioria dos casos, indiferentes, podem ser a gênese do problema em rapazes ou raparigas mais rígidos, perfeccionistas, com necessidade de controlo.

Um dos mais frequentes é a pesagem das meninas nas aulas de educação física, as medições, as comparações entre pares. “Não concordo, pode ser banal mas pode não ser, porque as meninas se comparam. Há alguns alunos que, por fragilidade e características pessoais, inerentes à família que têm e devido a um perfil próprio, podem ser lesados. Se uma menina já é perfeccionista, manipuladora, preocupada e com uma certa rigidez, se tem problemas de socialização, entre outros, pode ser condicionada.”

Em distintas conversas são vários os técnicos que vão desfiando histórias de meninas e meninos pesados nas aulas, separados para os grupos dos mais leves ou pesados, selecionados para equipas e modalidades onde essa diferença de peso pode ser uma condição.

Ginástica rítmica, ginástica acrobática, judo, são alguns exemplos citados com frequência pelos técnicos, que levam meninas como Ana — cuja história de anorexia segue no capítulo seguinte — a entrar em dietas extremas, a comer e a usar laxantes mesmo quando o organismo recebe já pouco alimento.

A pedopsiquiatra Maria Antónia Silva especifica que as doenças do comportamento alimentar são multifatoriais, mas reconhece haver uma grande percentagem de meninas e meninos desportistas, incluindo rapazes.



Falamos de desportos em que o peso ou a imagem são importantes”, refere, adicionando o ballet ao rol dos que foram já referidos como associados a estas perturbações. Todos os que impliquem pesagens, medições e controlo para atingir determinados objetivos por peso e estrutura física.

“Selecionar as meninas mais leves para determinadas atividades, pondo outras de lado, transforma o desporto numa atividade de exclusão, quando devia ser de inclusão”, lamenta Maria do Carmo Pinto.

A pediatra do Hospital D. Estefânia reconhece estes padrões, histórias que já lhe passaram pelas mãos, meninas “doentíssimas”, como uma de que se recorda com 12 anos e que estava extremamente desnutrida quando chegou à unidade. “Já tinha falência de órgãos. Tinha um índice de massa corporal de 15 mas já tivemos casos de 10.” A história repete-se: “Foi pesada, excluída, porque não tinha nem agilidade nem peso. Foi posta de parte.”

### **PESAGENS NA ESCOLA**

Poderá a escola induzir este tipo de comportamentos nos jovens mais fragilizados, com traços de personalidade que podem estar associados a um maior risco e predisposição para estas doenças?

Infelizmente a escola não é sempre o ex-líbris da formação dos jovens, nem nunca poderia ambicionar-se tal utopia. É também ela geradora de inúmeros conflitos, criação de estigma, mudanças de comportamento indesejáveis. E isso pode verificar-se mesmo quando se procura que os alunos sejam os melhores. Seja pelas suas notas, porque conseguem trazer prémios para a instituição, ou pelos seus resultados em geral. Os meninos de ouro das escolas e das famílias podem sofrer pressões inclassificáveis, silenciosas, que ajudam a reestruturar um cérebro mais maleável.

As pressões, porém, não vêm apenas do lado educativo escolar, vêm também do lado familiar que introduz esta vertente competitiva nas crianças e adolescentes. Também as acicata, por vezes.

Estamos a falar — uma vez mais — de doenças multifatoriais, que dependem de um temperamento e de uma personalidade pré-mórbida, que depois se funde e se avoluma com outros contributos que surgem do meio, da família, do crescimento. “Estas meninas não procuram isto por acaso. Nós temos tido culturalmente coisas preocupantes. Há uma exigência demasiado grande que as famílias têm tido em relação aos seus desempenhos académicos”, diz Maria Antónia Silva.

Há os estudos e as obrigações familiares, os trabalhos de casa, tempos de lazer que têm cada vez menos essa componente livre, de divagação, em que se sente que o tempo é infinito e se pode escolher entre ler um livro, ouvir música, sair. Ou mesmo não fazer nada (porque não?).

Os espaços de lazer são progressivamente menos de brincadeira. “Juntamos a música, o futebol... Tudo atividades de desempenho”, exemplifica.

Mas há uma preocupação também comum a vários profissionais de saúde, em que se incluiu Maria Antónia Silva. “Não percebo porque temos as escolas a pesar miúdos sistematicamente, não há doente que tenha passado por mim que não me tenha referido que há professores de educação física ou outros a pesar as crianças e a falar de índices de massa corporal (IMC). Num miúdo com fatores de risco isto pode ser relevante.”

É uma tendência aparentemente inócua, sem consequências negativas e, até, imbuída de um objetivo positivo que é dar saúde e alertar para a mudança de estilos de vida, desde as mais tenras idades.

“Há uma tendência que não existia que é a pesagem pelos professores de educação física e com pouca privacidade, com os outros miúdos a saberem de tudo, do peso, do índice de massa corporal, fazem comentários... os treinadores destes desportos também fazem comentários sobre a alimentação, se comem mais ou menos hidratos de carbono, se têm de perder peso, há um fator de humilhação e comparação no sentido narcísico: o que está melhor é o que tem menos.”

Bastaria avaliar o seu perfil e capacidades no terreno, sendo o que realmente interessa a aptidão para o desporto. “Um clima de seleção desta forma não traz tolerância em relação às diferenças. E é para isso que devem ser educados os jovens”, lamenta Maria do Carmo Pinto. É nesta fase que pode dar-se o clique em alguns doentes, que iniciam o processo de restrição alimentar e começam a não gostar do seu corpo.

Maria Antónia Silva fala deste tema com enorme preocupação, porque a história é ouvida tantas e tantas vezes no serviço onde trabalha. “Está a aparecer imenso e os miúdos falam muito disso, que se sentiram mal, que se sentiram comparados, que têm aquele índice porque o professor disse que tinha peso a mais.”

Os comentários por vezes são jocosos, outros escondem sorrisos maliciosos, observações desumanas. “Não têm em conta que são crianças, que precisam de brincar. Agora tenho aqui uma atleta que está seis horas a treinar por dia, em cima de um rendimento escolar ótimo. A miúda anda

numa exaustão brutal. Acho isto escandaloso. Faz ginástica acrobática, tem prémios nacionais e internacionais... Claro que adoeceu”, conclui num derradeiro desabafo. A joia da coroa é o prémio institucional em que este galardão pessoal se transforma.

“O que vemos é crianças como esta a ganhar prémios para a instituição. O atleta nem sequer é valorizado, não há palavra de alento.”

### **ANDAMOS TODOS A FALAR DE ALIMENTAÇÃO**

Margarida Marques junta ao desporto a obsessão, ou pelo menos a hiperfocagem, no tema da alimentação. Saudável, é claro, desde a roda ou pirâmide dos alimentos até às mais variadas e modernas correntes de alimentação. “A sociedade é mais exigente, tem estes padrões de perfeição”, refere.

Mas a sociedade é também incoerente, paradoxal, transmite mensagens duplas, antagónicas, e transforma qualquer um num ser bipolar. A televisão por cabo difunde programas e canais de 24 horas sobre alimentação, com programas de cozinha e pratos hipercalóricos e irresistíveis. Mas não perdoa os corpos maduros, marcados, com depósitos de gordura. Doridos.

“Ligamos a televisão: ou apanhamos canais de cozinha, com coisas hiperapetitosas, ou dietas para perder peso. Há um paradoxo. É quase enlouquecedor.”

Maria Antónia Silva acompanha a colega neste ponto de vista. “Exatamente. Isto não está a ajudar.” E as famílias contribuem em muito para isso, porque são também extremamente focadas nas refeições e numa quase perfeição e rigor alimentares — seja isso o que for.

“Não há sítio onde estejamos em que alguém não comente a comida. Estamos invadidos por isto, pelo ‘isto não porque faz mal’, pela leitura de rótulos... Tudo isto. Eu acho que num meio tão bombardeado é inevitável este tipo de situações. Os miúdos estão a crescer com pessoas a dizer para não comer.”

As mães podem, elas próprias, por vezes até inadvertidamente, passar discretamente os seus hábitos aos seus filhos, esquecendo-se do seu corpo e mente em formação. Uma criança precisa de comer para crescer; uma dieta restritiva tem efeitos avassaladores, sobretudo nestes corpos em crescimento.

“Por vezes há uma colaboração das próprias famílias com estes processos. As miúdas escondem-se porque tudo corre tão bem, elas são perfeitas.

Queres fazer uma dieta? Come lá como eu. Come ervas, come alface.” Maria Antónia Silva não contém o sarcasmo. Termina o desabafo com palavras de desalento de quem fecha um grande livro com tantas e as mesmas histórias. “Terrível. As meninas não podem fazer as dietas das mães, sem proteínas, sem hidratos de carbono. Cada vez têm ideias mais bizarras, apostam em dietas mais estranhas.” As tais dietas que se propagam nos sites como pragas: a dieta do leite, a dieta da fruta, a dieta temática.

E é aqui que vêm à memória os dias passados entre crianças e avós. Com lanches saudáveis e gulosos, de pão fresco, manteiga, fiambre e queijo, por vezes doce, copos de leite gigantes — um minipeçado, aquele que não era pecado no passado, do copo de leite gordo, por vezes — e sumos de fruta. Uma papa bem densa fazia as delícias em dias de festa, um bolo caseiro, um folhadinho.

“Estes problemas não existiam há décadas. A alimentação era uma coisa boa, saudável, inócua: peixe com batata, massa com carne, salada, sopa. Fazíamos uns disparates, o bolo ou o chocolate do fim de semana. É quase uma coisa decadente. Ficámos tão enriquecidos, vivemos tão bem. Agora parece que não sabemos comer”, desabafa a pedopsiquiatra.

### **A PIRÂMIDE DE ALIMENTOS FORJADA**

A roda, agora pirâmide dos alimentos, tem conhecido gerações variadas e sempre transmitiu a mesma mensagem. A de que é preciso variar, colorir o prato, experimentar tudo. E fazê-lo desde as mais tenras idades, quando os bebés ainda amassam a comida nas mãos e mostram esgares de surpresa a cada dentada numa novidade.

Chama-se crescimento.

Está lá tudo — quase tudo — sem fanatismos, sem modas, ou escolhas particulares. Nela não há só cereais integrais, estão todos, mesmo que os primeiros sejam naturalmente boas opções, não há a abolição do consumo do leite ou da carne. E nem a carne vermelha, que liderou uma das maiores ondas mediáticas com a sua associação a um maior risco de cancro, a veio alterar.

A roda/pirâmide é inclusiva. Tem todas as crenças, todas as dietas, todas as fórmulas. Por isso Maria Antónia Silva não compreende as facadinhas à pirâmide original, sócias descaradas, plasmadas em livros que são os escolhidos para as escolas portuguesas.

“A pirâmide tem disparates. Há livros oficiais que usam uma pirâmide que não é a verdadeira. Uma pirâmide que diz que só se pode comer carne vermelha uma vez por mês. Está errado. Não sei se tem alguma coisa a ver com a guerra da Organização Mundial da Saúde [aquela que alertou para o risco cancerígeno do alimento]. Está num livro do terceiro ano. Estamos a falar de miúdos que estão a crescer.”

### COMO ENCONTRAR O EQUILÍBRIO?

“Muitas das crianças que nós temos começaram com uma dieta pediátrica, que foi recomendada. Isto não é raro. Eram meninas mais redondinhas, mas que tinham um índice de massa corporal normal”, diz Margarida Marques. Maria Antónia logo acrescenta aquilo que parece ter ascendido a um pecado capital:

“Um índice de massa corporal normal está entre 18,5 e 25, mas isso não quer dizer que tenhamos 19 ou 20. Já ninguém quer ter 22 ou 23. Olham para a forma, querem barrigas e pernas de outra forma.”

Dulce Bouça faz exatamente a mesma leitura de obsessão. As crianças são ainda tão pequenas que mal guardam memória das dietas que lhes foram impostas. “Hoje em dia as crianças são inundadas de informação para combater o excesso de peso nas escolas ou nas consultas de pediatria.”

Às suas mãos, chegam aos nove ou dez anos, com um historial antigo. Algumas andaram desde os quatro ou cinco em nutricionistas para perder peso. Crianças que lidam com estímulos antagónicos, à semelhança dos já referidos nas televisões, nos programas de rádio ou nas revistas.

Nas escolas há um ambiente social onde os alimentos oferecidos são uns e a maiorias dos jovens aceitam-nos. “São os alimentos que os outros comem, mas depois andam acompanhados por um nutricionista a dizer para não comerem bolachas, bolos, dónutes, criando um estigma tão grande como o excesso de peso. Depois há uma altura em que as crianças deixam de ser crianças, chegam aos dez anos e passam a ser elas a fazer as coisas e a deixar de comer. É preciso muito cuidado na informação que se dá aos pais sobre os cuidados alimentares e o excesso de peso.”

O que Dulce Bouça pretende transmitir é que a informação é importante, mas deve ser adequada para que a criança entenda que não se está a proibir comida.

O resultado não podia ser mais dramático, porque são estas crianças

que aos quatro anos andaram a fazer dietas que cometem os maiores pecados e que comem as bolachas às escondidas. Comem-nas e cometem as mesmas falhas que os pais, que vão dando os maus exemplos. Por vezes também eles o fazem às escondidas. “Comem mal à frente dos filhos: bolachas, bolos, etecétera. E não se coíbem de o fazer. Isto é confuso. A alimentação saudável é tudo, mesmo as gomas; os doces devem ser comidos ou a criança sente-se completamente marginalizada num ambiente em que toda a gente come isso.”

E como mudar tendências que se transformam no padrão, no comportamento comum? Em vez de chamar a atenção para o negativo, com a ameaça de excesso de peso, de imagens desagradáveis quanto à fisionomia, há fórmulas com maior sucesso, como ensinar a comer de tudo, das verduras e frutas aos doces. “Comer só grelhados não é saudável para uma criança.”

Margarida Marques sugere o regresso à base. “A única solução é fazer a alimentação simples, básica. Aproveitar o facto de ter havido pessoas que, com a crise, passaram a comer menos fora e a apostar menos nas comidas pré-feitas e mais processadas. As pessoas têm menos possibilidade de o fazer.”

Quanto a sessões de esclarecimento, formações nas escolas, *workshops* sobre como comer bem, “é preciso garantir que quem as faz são pessoas confiáveis e com a formação adequada nestas matérias”.

Dulce Bouça critica mesmo o excesso de debate sobre o tema da alimentação saudável. “Saudável é tudo. Todas as mães e jovens que entram aqui fazem esta conversa da alimentação saudável. Eu pergunto, o que é isso? Cozidos. Grelhados, vegetais. Mas isso não é uma alimentação saudável para uma criança de 10, 11 anos, isso é saudável aos 40, 50 anos para prevenir doenças cardiovasculares, não para crescer. É saudável comer hidratos de carbono, guisados, assados, de tudo. A questão é como é que se come. É preciso ensinar a ter o gosto da comida mas saber seleccionar o que não é em excesso.”