

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM  
SAÚDE

Debora a Silva Moreira

**DETERMINANTES DA ANOREXIA NERVOSA EM ADOLESCENTES:**

o caso do ambulatório de transtornos alimentares do núcleo de  
estudo da saúde do adolescente – NESSA/HUPE/UERJ

Rio de Janeiro

2006

Debora a Silva Moreira

**DETERMINANTES DA ANOREXIA NERVOSA EM ADOLESCENTES:**

o caso do ambulatório de transtornos alimentares do núcleo de  
estudo da saúde do adolescente – NESSA/HUPE/UERJ

Monografia apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Técnico em  
Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental da  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim  
Venâncio  
EPSJV/FIOCRUZ.

Orientador: Prof. José Paulo Vicente da Silva

Rio de Janeiro

2006

*Dedico este trabalho aos meus amados pais  
Isabel e José Carlos pelo apoio diário e  
amor incondicional e  
A minha querida irmã Flávia pelo  
companheirismo e amizade.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar meus caminhos, até mesmo quando parecia que tudo seria impossível.

A meus amados pais, primeiramente por me darem a oportunidade de estar aqui, por ter toda a paciência em me ouvir, me aconselhar (mesmo tendo que repetir o que foi dito todos os dias!), pela amizade e confiança que sempre depositaram em mim. Ou seja, simplesmente por serem a razão de minha vida e as pessoas com que posso contar sempre. Que são pais e amigos, simultaneamente.

A minha querida irmã, pessoa muito especial que, mesmo tendo muitos afazeres, não deixou nunca de perder várias horas do dia para me dar força, ouvir o que tinha para dizer, me incentivar e me fazer distrair nos momentos necessários. Por nossas brincadeiras e conselhos (nunca dispensáveis), por me fazer rir quando estava chorando, e, acima de tudo, por ser, além de minha "irmãzinha", minha melhor amiga e companheira de todas as horas. Pessoa que me conhece somente ao me olhar.

Ao orientador da minha monografia, José Paulo (Zepa), que desde o início, mesmo estando em meio a concursos e projetos, com toda a "falta de tempo", não se opôs a me orientar. Pelas horas diárias que perdeu comigo, pelos conselhos, enfim, por toda a dedicação e apoio prestados a mim durante minha monografia.

A minha co-orientadora Gladys Miyashiro pela grande ajuda, força, carinho e atenção que teve comigo. Pena não poder estar presente na minha apresentação.

A Dra. Selma Correa, primeiramente por ter me dado a oportunidade de realizar o trabalho no NESAs. Pelas reuniões marcadas, pois mesmo estando com o horário ocupado, dava um jeito de reservar um tempo para mim. Pelo carinho e receptividade que teve comigo desde o início. Enfim, por toda sua paciência, compreensão e esforço em permitir que eu conhecesse e me integrasse à equipe do NESAs. Sobretudo, pela confiança que depositou em mim

A Ana Júlia pelo carinho de sempre.

A minha família pelo incentivo.

A todos meus amigos, em especial, Renan, Lipe, Renatinha, Prís, Kaká, Meireis, Milinha e Waguinho, pela amizade, força e companheirismo, e pelos ótimos momentos vividos juntos.

*... "nosso tempo ... prefere a imagem à coisa, a cópia ao original, a representação à realidade, a aparência ao ser ... O que é sagrado para ele, não é senão a ilusão, mas o que é profano é a verdade. Melhor, o sagrado cresce a seus olhos à medida que decresce a verdade e que a ilusão aumenta, de modo que para ele o cúmulo da ilusão é também O cúmulo do sagrado ".*

*GuyDebord (A Sociedade do Espetáculo)*

## RESUMO

A anorexia nervosa é um distúrbio mental que acomete principalmente jovens do sexo feminino, apresentando como sintomas alteração da imagem corporal, preocupação excessiva com o peso e medo de engordar. A doença que não tem uma "causa" específica, mas sim multideterminada. Dentre as causas da doença destacam-se a presença dos fatores biológicos, psicológicos, familiares e culturais. O referido transtorno vem acometendo, de forma crescente, adolescentes na maioria dos países do mundo ocidental e tem apresentado alto índice de mortalidade. Este estudo tem como objetivo geral conhecer os fatores determinantes da anorexia nervosa das usuárias do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ sobre os fatores que determinam a anorexia nervosa em adolescentes. Para o alcance dos objetivos foi utilizada a metodologia da pesquisa qualitativa, que nos permitiu estudar o objeto e conhecê-lo de forma ampla e detalhada, e também lançamos mão de um estudo de caso. Fizeram parte da metodologia os seguintes procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica com vista ao aprofundamento do marco teórico e elaboração dos instrumentos da coleta de dados; recortes de jornais e revistas, devido aos recentes casos de morte de três jovens por anorexia nervosa no mês de novembro; e análise de conteúdo, que se constituiu da análise de cinco prontuários de atendimentos de pacientes do NESN HUPE/UERJ.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; Transtornos Alimentares; Fatores determinantes; Adolescentes.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 7  |
| <b>2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA</b> .....                                   | 9  |
| 2.1 OBJETIVOS .....   | 9  |
| 2.2 METODOLOGIA .....   | 9  |
| 2.3 COLETA DE DADOS .....   | 10 |
| <b>3 INTERROGANDO A RELAÇÃO ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A ANOREXIA</b> ....  | 12 |
| 3.1 A ADOLESCÊNCIA .....  | 12 |
| 3.2 FASES DA ADOLESCÊNCIA .....   | 13 |
| 3.3 O ADOLESCENTE, A FAMÍLIA E A VIDA SOCIAL .....                      | 14 |
| 3.4 DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO: ASPECTOS RELACIONADOS À ANOREXIA ..... | 15 |
| <b>4 ANOREXIA: DO QUE SE TRATA</b> .....                                | 17 |
| 4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....  | 17 |
| 4.2 ANOREXIA NERVOSA HOJE .....   | 19 |
| <b>5 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS</b> .....                                 | 22 |
| <b>6 ETIOLOGIA</b> .....  | 24 |
| 6.1 ANOREXIA E FATORES BIOLÓGICOS E GENÉTICOS .....                     | 24 |
| 6.2 ANOREXIA E FATORES PSICÓLOGICOS.....                                | 25 |
| 6.3 ANOREXIA E FATORES SÓCIO-CULTURAIS.....                             | 25 |
| 6.4 ANOREXIA E RELAÇÕES FAMILIARES .....                                | 28 |
| <b>7- ASPECTOS CLÍNICOS</b> .....                                       | 30 |
| 7.1 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS .....   | 31 |
| <b>8 TRATAMENTO</b> .....   | 33 |
| <b>9 PESQUISA DE CAMPO</b> .....  | 35 |
| 9.10 NESSA.....   | 35 |
| 9.2 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTO .....                         | 36 |
| <b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                    | 42 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                                 | 45 |

## 1 INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa é um transtorno mental que acomete, predominantemente, adolescentes do sexo feminino. Suas principais características são a recusa em comer, perda de peso intensa, preocupação excessiva em engordar, e distorção da auto imagem corporal.

Não há uma causa específica para o desenvolvimento da referida doença. A anorexia nervosa “(...) é considerada multideterminada por uma mescla de fatores biológicos, psicológicos, familiares e culturais”, conforme aponta o psicólogo Cristiano Nabuco de Abreu, do Ambulatório de Bulimia, Anorexia e outros Transtornos Alimentares (Ambulim), Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. ([www.guiadasemana.com.br/noticias](http://www.guiadasemana.com.br/noticias)).

Pesquisas apontam que o desenvolvimento da anorexia está ligado a fatores biológicos, já que consideram que a doença seja causada, também, pelos mecanismos de defesa do organismo.

Os fatores psicológicos têm relação com depressão e baixa auto-estima.

Considera-se que a família influencia no desenvolvimento da doença tanto nos laços mãe e filha, quanto na relação com o alimento.

A temática apresentada relaciona-se intimamente com uma questão social, já que nos remete a interrogar os fatores que interferem na vida dos adolescentes fazendo-os ver o “corpo” como um objeto a ser moldado de acordo com padrões impostos pela sociedade. Estabelece-se, dessa forma, a relação entre a incidência da anorexia nervosa em adolescentes e os ambientes social e psicológico nos quais esses adolescentes estão inseridos.

Além de ser uma doença de alta incidência entre os jovens, também apresenta alto índice de mortalidade. Segundo Lima (2003), “(...) cerca de 1,7 milhões de pessoas sofrem de anorexia no Brasil. Na maioria das vezes são meninas com idade entre 11 e 14 anos que se recusam a comer e beber com medo de engordar”. Segundo Abreu (op cit), que aponta um índice de mortalidade estimado entre 6 e 10%, “anorexia é a doença psiquiátrica que mais mata”(www.redepsi.com.br).

Partindo dessa discussão, este estudo de caso tem como objetivo principal conhecer os fatores determinantes da anorexia nervosa das usuárias do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto –HUPE/UERJ.

Atualmente, devido ao aumento do número de casos com vítimas fatais, o debate sobre a anorexia nervosa vem sendo ampliado e ganhando espaço na mídia. Basta lembrar que, em

menos de um mês, a anorexia nervosa causou a morte de três jovens em São Paulo. O primeiro caso foi a morte da modelo A. C. R., de 21 anos, que faleceu no dia 15 de novembro. A modelo foi vítima da anorexia nervosa, e seu quadro se agravou por uma infecção generalizada. Outro caso foi o de uma estudante de 21 anos, C. S. C., que morreu no dia 16 de novembro, vítima de uma parada cardíaca causada pela anorexia nervosa. No dia 27 de novembro, morre outra jovem, de 23 anos, após lutar 3 anos contra a doença, por complicações com a anorexia. Ela contraiu uma virose, que causou parada cardíaca.

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, ou seja, quando ocorrem rápidas mudanças físicas, como a transformação (do corpo), e emocionais. Para ambos os sexos a sexualidade se intensifica, ocorrem conflitos internos como insegurança, ansiedade, timidez, instabilidade, angústia, aparecimento das vocações, entre outros. Devido à indefinição das perspectivas profissionais, dos seus sentimentos, dentre outras questões, o sentido de sua existência muitas vezes torna-se obscuro.

Interrogamos nesta monografia, se toda essa problemática estaria relacionada a maior vulnerabilidade dos adolescentes à anorexia nervosa.

O presente trabalho será dividido em 9 capítulos. No capítulo I será exposto o histórico da doença. No capítulo II caracterizaremos a anorexia e faremos alusão à doença na atualidade no país. O capítulo III diz respeito aos aspectos clínicos da anorexia. No capítulo IV falaremos das complicações clínicas que as pacientes se submetem. O capítulo V trata do diagnóstico e tratamento da doença. No capítulo VI estudaremos os aspectos epidemiológicos da doença. O capítulo VII tratará da etiologia da doença. O capítulo VIII será dedicado ao estudo do adolescente e sua relação com a anorexia, a fim de entendermos o porquê de a doença incidir mais nessa faixa etária. No capítulo IX trataremos da trajetória da pesquisa, e no capítulo X serão apresentados os determinantes da anorexia nervosa no NESA.

## **2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA**

### **2.1 OBJETIVOS**

Esse estudo teve como objetivo geral conhecer os fatores determinantes para o desenvolvimento da anorexia nervosa nas usuárias do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto –HUPE/UERJ.

O campo de estudo foi o NESA, porque, na fase exploratória da pesquisa, tivemos conhecimento de que este hospital tratava exclusivamente dos adolescentes e isso nos chamou atenção.

Por este motivo, fomos ao NESA a fim de conhecer o ambiente e encontrar informações acerca da demanda de anorexia neste hospital. Fomos informados de que havia uma equipe multidisciplinar voltada para o tratamento de transtornos alimentares. Na equipe havia psicólogos, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Esta equipe, de Transtornos Alimentares, foi iniciada com a junção dos ambulatórios de Saúde Mental, Nutrição, Fisioterapia e Clínica Médica, pela quantidade de casos de anorexia que estavam ocorrendo no hospital.

Apresentamos o projeto para a psicóloga da equipe e fomos muito bem recebidos para fazermos o estudo que pretendíamos.

Durante os meses de agosto, setembro e outubro passamos a ir ao NESA para fazermos análises dos casos de pacientes com anorexia.

Foram feitas análises de cinco prontuários de atendimentos, de pacientes que já haviam sido internadas. Os elegidos casos foram aleatórios.

O presente trabalho tem como objetivos específicos analisar as circunstâncias psicológicas, sócio-culturais, familiares e genéticas que interferem para o desenvolvimento da anorexia nervosa em adolescentes; conhecer as complicações clínicas, o curso e a evolução da anorexia nervosa nos usuários do Ambulatório de Transtornos Alimentares do NESA – HUPE /UERJ; e identificar as repercussões sociais e psicológicas da anorexia nervosa nos usuários do Ambulatório de Transtornos Alimentares do NESA – HUPE /UERJ.

### **2.2 METODOLOGIA**

Para atingir os objetivos foi utilizada a metodologia da pesquisa qualitativa, pois esta não se relaciona com dados estatísticos. De acordo com Minayo (1996) “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A pesquisa ora proposta também se constitui em um estudo de caso. Entende-se por estudo de caso, o “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (Gil, 1988, p. 45).

### 2.3 COLETA DE DADOS

Para o cumprimento dessa etapa da pesquisa foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos:

- revisão bibliográfica sobre o tema, com vistas ao aprofundamento do marco teórico e elaboração dos instrumentos da coleta de dados;
- leitura de recortes de jornais e revistas, para se ter uma visão mais atual sobre a doença, devido aos recentes casos de morte de três jovens por anorexia nervosa no mês de novembro;
- análise documental de cinco prontuários de atendimentos de usuárias do NESA/HUPE/UERJ que são preenchidos pela equipe multidisciplinar responsável pela terapêutica das pacientes.

#### **Análise de dados**

Para operacionalizar essa fase da pesquisa utilizamos o método da análise de conteúdos na sua vertente da análise temática.

De acordo com Minayo (2004), a análise de conteúdo “(...) articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem”, o que permitiu analisar e correlacionar os diversos fatores que são determinantes da anorexia nervosa (em adolescentes).

Ainda segundo Minayo (*op cit*) “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem

alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter de discurso”. A partir desses *núcleos de sentido* foi possível identificar os três fatores mais recorrentes, considerados determinantes para o desenvolvimento da anorexia nervosa.

### 3 INTERROGANDO A RELAÇÃO ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A ANOREXIA

#### 3.1 A ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência vem do latim: *ad* - a para a + *olescere* – forma de *olere*-crescer, significando processo de crescimento.

Sendo assim, a adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, ou seja, quando ocorrem rápidas mudanças físicas e emocionais. Chama-se puberdade a fase de mudanças físicas. Esta corresponde aproximadamente dos 10 aos 12 anos, para as meninas, e dos 12 aos 14 anos para os meninos.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente considera-se adolescente aquela pessoa entre doze e dezoito anos de idade. Porém, devido às questões sócio -culturais atuais os limites se ampliaram e podemos dizer que o período é compreendido entre doze e vinte e um anos.

O crescimento e desenvolvimento físico são influenciados pela relação entre fatores genéticos e ambientais.

Na adolescência as influências genéticas são evidenciados em aspectos somáticos, como o início da puberdade, a intensidade de características como o tamanho das mamas, a idade da menarca, entre outros fatores.

O local onde o adolescente está inserido, ou seja, seu ambiente, sua família, as condições em que ele vive e sua classe econômica influenciam positiva ou negativamente.

Quando atinge a adolescência o indivíduo já traz consigo, desde a infância, uma pré formação de suas características que foram adquiridas como um somatório da educação e do estilo de vida que a pessoa teve. Se a vivência foi favorável, permitirá o pleno desenvolvimento de seus potenciais. Se negativo ocorrerá o oposto. Um exemplo disso é uma criança desnutrida na infância, que ao chegar na adolescência trará seqüelas que não melhorarão mesmo que as atuais condições sejam melhores.

De acordo com Marshall e Tanner (1974) a puberdade é o conjunto das modificações biológicas da adolescência. Esse período perpassa pelos seguintes caracteres: aceleração e posterior desaceleração do crescimento do esqueleto, mudança na quantidade e distribuição de gorduras, desenvolvimento do sistema reprodutor e circulatório, desenvolvimento da gônada da reprodução e caracteres sexuais secundários e combinações de fatores que modulam atividades dos elementos neuroendócrinos que controlam essas mudanças.

O início dessa fase, a puberdade, está relacionada às alterações do eixo hipotálamo<sup>1</sup>-hipófise<sup>2</sup>-gônadas<sup>3</sup>. Inicialmente há diminuição da sensibilidade hipotalâmica às baixas taxas de hormônios gonadais. Tal processo continua até que haja um nível adulto de interação entre hipotálamo, hipófise e gônadas. O processo de crescimento e desenvolvimento da adolescência ocorrem em vários setores do organismo, sendo as mais evidentes relacionadas à maturação sexual, aumento da altura e peso.

### 3.2 FASES DA ADOLESCÊNCIA

A primeira fase é a “adolescência média”, que compreende as idades de 10 a 14 anos. É quando o indivíduo está começando a se habituar com as modificações do corpo. Para as meninas é o período inicial do aumento do volume das mamas, aparecimento de pelos na região púbica e nas axilas e a instalação de períodos menstruais, dando surgimento aos fatores propiciatórios da reprodução. Para os garotos, começam a aparecer pêlos na região púbica, os testículos aumentam e a voz tende a ficar mais grave.

A segunda fase compreende dos 15 aos 17 anos, sendo o período em que a maioria dos adolescentes procura melhorar sua imagem através do físico e do vestuário. A conduta é estereotipada, surge identificação plena com grupos de pessoas semelhantes, há o início de uma busca pela identidade e de um lugar na sociedade. Emergem interesses sexuais e de afetividade para ambos os sexos. Ocorrem conflitos na área do comportamento, como insegurança, ansiedade, timidez, instabilidade, angústia, aparecimento das vocações, entre outras mudanças.

A chamada adolescência tardia compreende as idades entre 17 e 21 anos, e nesta os valores e comportamentos adultos predominam. O relacionamento amoroso torna-se mais íntimo e afetuoso, os jovens buscam estabilidade social, desenvolvem elaborados sistemas de valores e verbalizam de acordo com suas próprias idéias.

Em todas estas fases, as bases de sustentação familiar, religiosa e social exercem um papel muito importante, pois o jovem permeia tudo o que aprendeu com o que encontra pela frente.

---

<sup>1</sup> O hipotálamo é o principal centro integrador das atividades dos órgãos viscerais; atua na ativação de diversas glândulas endócrinas; regula o apetite e a temperatura corporal; está envolvido na emoção e no comportamento sexual.

<sup>2</sup> A hipófise é uma glândula endócrina situada na base do cérebro e é responsável pela regulação de outras glândulas e de várias funções do organismo.

<sup>3</sup> As gônadas são glândulas do sistema endócrino responsáveis pela produção de hormônios sexuais. A gônada masculina é o testículo e a gônada feminina é o ovário.

### 3.3 O ADOLESCENTE, A FAMÍLIA E VIDA SOCIAL

É na adolescência que se determinam os projetos de vida. O jovem ainda está em processo de formação pessoal, então, ele precisa de apoio e de orientação familiar.

Nesta fase o jovem entra constantemente em conflitos pessoais ou familiares, pois seus projetos de vida ainda não estão bem definidos. O jovem não sabe ao certo o que almeja profissionalmente e o sentido de sua existência muitas vezes torna-se obscura.

Esta é a fase em que eles gostam de ser vistos pelos seus semelhantes. “.. por um lado, o adolescente mostra a educação recebida na infância, por outro, dá tanta importância à turma, que se veste, fala e age como os outros membros do grupo” (Tiba, 2002).

Na infância há uma total dependência da família, porém, em sua fase posterior, a adolescência, começa a haver necessidade de autonomia. Isto significa um desligamento das relações afetivas com os pais e um comprometimento com um nível de socialização mais amplo, ou seja, há necessidade de inserção e relacionamentos com mais pessoas, como os grupos de amizades que se formam.

Os jovens apesar de aspirarem a autonomia dos adultos, ainda sentem necessidade de dependência dos pais, pois ainda não há muita maturidade.

No início dessa fase o jovem não sabe ao certo se age como criança ou como adulto. Em contrapartida, o mesmo ocorre com os pais, que, muitas vezes, sentem-se inseguros em relação a seus filhos. De acordo com Stone e Church este momento de incertezas entre pais e filhos foi denominado “ambivalência dual”.

Os adolescentes tendem a brigar e reclamar por vários motivos, inclusive pela imposição de seus pais, vide a subordinação perante eles e o desejo de emancipação.

Na visão dos pais a responsabilidade é sinal de maturidade. Já no final da adolescência há um elo entre pais e filhos, pois com mais maturidade o jovem já é capaz de solidificar seus interesses, escolher sua profissão e estabelecer sua própria identidade com caráter mais autônomo.

No início da adolescência há uma maior aproximação de jovens do mesmo sexo. Porém, com a maturidade e o “nascimento” de uma identidade sexual, o jovem tende a se aproximar de pessoas do sexo oposto.

O adolescente se insere num grupo e é dependente dos valores e julgamentos deste. Que passam a influenciar em questões de roupas, sapatos, cortes de cabelo, pensamentos, modos de falar e de agir. O jovem que quer ser “bem visto” no grupo de amigos, pois tem necessidade de aceitação exterior.

Para Erikson (1976) o desenvolvimento da personalidade se dá da infância até a velhice. Ele considera que a adolescência é a fase inicial para a formação da identidade. Ele atribui a auto-estima como um importante papel para o estabelecimento de uma identidade.

A presença da família para a orientação e complementação da formação individual ante o mundo é de suma importância, pois através do diálogo e contato afetivo há uma facilidade no processo de caracterização pessoal, já que há aproximação de indivíduos importantes e que podem permear a boa conduta do jovem e possibilitar um elo de amizade entre pais e filhos.

### 3.4 DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO: ASPECTOS RELACIONADOS À ANOREXIA

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento do ser. Para Margareth Mahler (1993) “o desenvolvimento psicológico do indivíduo se traduz numa sucessão de experiências intrapsíquicas no sentido do desligamento, que consiste na separação e individualização culminando com a aquisição da consciência do sentimento de identidade”.

Entende-se, desta forma, que a adolescência é um período em que o indivíduo passa a se “desligar” e começa a “se perceber” no mundo com uma identidade separada, podendo atuar com mais autonomia e independência.

O adolescente sente vontade de chorar sem motivo, às vezes vive a solidão e o distanciamento, tem necessidade de se isolar. Prepondera, assim, uma insegurança afetiva pois o jovem sente-se sem condições de amar e de ser amado.

Gradativamente emergirão características pessoais e idiosincrasias. Esses dois fatores são de extrema importância. Na adolescência há uma radical transformação corporal, reformulação de caráter social, ideológico e vocacional.

Nessa fase a auto-imagem que foi construída na infância tem que se modificar e se adequar aos novos modelos que o corpo assume. Muitas vezes há dificuldade em conviver com o “novo corpo” e, com isso, desencadeia sentimentos de ansiedade e depressão, pois o indivíduo nega o próprio corpo.

Sintomas como esses desestabilizam a vida do jovem, porque a formação de uma identidade pessoal significa o sentimento de estar insatisfeito com o próprio corpo.

Nos momentos de baixa auto-estima o adolescente se agita impetuoso, e muitas vezes, inconseqüente. Ou entra em depressão e vive em um mundo exterior ao qual somente ele

pertence. Verifica-se, desta forma, o quão é importante a presença familiar para auxiliar nesses momentos difíceis para o adolescente.

O jovem é influenciado pela mídia e pelos conceitos criados e estabelecidos pela sociedade. Porém, o espaço reservado para a formação da identidade nobre do adolescente é muito pequeno, e, sendo assim, há uma supervalorização, da sensualidade, da sexualidade promíscua e da aparência física. A mídia é um veículo de emoções, e nela, o que vale mais é a imagem. Todas essas influências afetam o comportamento, a mente do adolescente e costumam agravar os problemas e acentuar os quadros clínicos adquiridos nesta fase. O adolescente padece mais de sintomas psicossomáticos do que de doenças propriamente orgânicas.

## 4 ANOREXIA NERVOSA: DO QUE SE TRATA?

### 4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

A anorexia nervosa foi descrita pela primeira vez no ano de 1689, quando o médico inglês, Richard Morton, publicou o livro intitulado *Tisiologia sobre a doença da consunção*, que tratava das doenças compulsivas e descrevia a atrofia nervosa, que se caracterizava pelo emagrecimento, amenorréia<sup>4</sup> e perda do apetite. O autor também comentou a influência entre o mental, o físico e as emoções (Bidaud, 1998).

Em 1691, o referido médico descreveu um caso relativo a uma jovem de dezessete anos, que não se alimentava, tinha feições cadavéricas, estava hipotérmica, bradicárdica e hipotensa, porém não apresentava nenhum problema orgânico que justificasse esse quadro clínico. (Busse, 2004). Apesar de na época não se ter tecnologia aprimorada para determinados estudos que comprovassem problemas orgânicos, entende-se que Richard Morton detectou quadros correspondentes à anorexia nervosa já naquela época.

Após esse caso, foram observados e descritos diversos relatos semelhantes. Na segunda metade do século XIX a anorexia nervosa emerge como uma entidade clínica independente. Pinel, no início do século XIX faz uma reflexão sobre as particularidades da conduta alimentar, levando em consideração o luxo, as orgias na França, a farta mesa dos ricos, jejuns, abstinência dos brâmanes (membro da casta sacerdotal hindu), entre outros fatores. No que diz respeito ao olhar da religião, entende-se o jejum como uma “purificação”. Mas o jejum pode ser visto como um fator interno influenciado pelas relações humanas. Dessa forma, o autor considera que a questão da alimentação é influenciada pelo conjunto de regras de cada época. Por fim, classifica a anorexia como uma “neurose das funções nutritivas”. (apud. Bidaud, 1988).

No ano de 1868, Willian Gull criou o termo “anorexia histérica”, e, em 1873 “anorexia nervosa”. Para ele “a anorexia se define como uma privação do apetite”. (apud Bidaud, 1998).

Ao mesmo tempo Laségue, na França, estabelece a doença no campo da histeria e liga a anorexia à depressão, constatando que a repugnância ao alimento produz desgostos imaginários. Segundo ele, o meio em que vive a doente exerce uma influência muito grande, sendo, portanto, imprescindível o conhecimento deste para uma possível cura. Laségue

---

<sup>4</sup> Ausência ou sensação anormal da menstruação.

também relaciona a anorexia com a alienação, associando, assim, um sintoma mental (apud. Bidaud, 1998).

Precedendo Laségue, em 1885, Charcot reconhece na anorexia um sintoma puramente histórico. A psicanálise acentua essa ideia publica um livro intitulado *Disorders of the nervous System*. Neste, talvez tenha reconhecido a característica psicopatológica central da anorexia: a ideia fixa de obesidade. Charcot inicia o método de isolamento terapêutico, o único reconhecido como eficaz, pois se sustenta com base na retomada de peso. O doente é isolado e afastado de seus pais até apresentar uma melhora - quando isso acontece, ela recebe a “recompensa” de vê-los (apud. Bidaud, 1998)..

Embora Freud não tenha dedicado um texto exclusivo ao assunto, em algumas de suas obras podemos encontrar conceitos que permitem a compreensão da anorexia nervosa, segundo um ponto de vista da psicanálise. Freud destaca laços entre depressão e anorexia, no *Manuscrito G.*, relacionando a doença à melancolia. O referido autor inicia a cura pela hipnose, fazendo um paralelo com uma mulher anoréxica e o nascimento de seu primeiro filho. A mãe teve de interromper a amamentação por falta de leite, fato ocorrido também quando teve seu segundo filho. Os sintomas cedem, mas ressurgem rapidamente. O caso coloca em questão a relação mãe-filho, associando-a com a relação comer-amamentar. Freud, ao analisar o caso da mãe anoréxica com seu filho, “deriva a anorexia mental da corrente auto-erótica na histérica. Sendo assim, identifica uma repulsa alimentar” (apud. Bidaud, 1998).

Karl Abraham, um contemporâneo Freud, orienta seu trabalho em direção as fases pré-genitais do desenvolvimento. Tenta mostrar a origem dos transtornos alimentares, estuda o papel do sadismo, da ambivalência, da oralidade no jogo devorar/ser, amar/destruir. Reconhece que o paciente recusando-se a comer, automaticamente proibi-se de satisfazer seus desejos canibalescos, cedendo à auto-punição, deixando-se, assim, morrer (Busse, 2004).

Melanie Klein interpreta o fenômeno psíquico em termos de defesa contra a angústia. A angústia paranóide o conduz a desconfiar dos objetos no momento em que os incorpora. Desta forma, como não há identificação do sujeito com o alimento, passa a haver um enfraquecimento dos desejos orais. Inspirada nas ideias de M. Klein, M. Palazzoli Selvini considera a formação patológica anoréxica como uma medida defensiva do sujeito. (Bidaud, 1988)

Já, Hilde Bruch analisa a anorexia fenomenologicamente de forma mais ampla e é ela quem introduz a linha teórica que estuda a anorexia a partir da relação mãe-filha e do lugar ocupado pela alimentação nas primeiras relações objetais e pela discriminação da mãe das

necessidades do bebê. Ela associa a doença à dificuldade de compreensão e identificação de sensações internas associadas às emoções.

Jac Lacan relaciona a necessidade, demanda e desejo – “É preciso comer para viver”. Porém, essa necessidade jamais se encontra fora de sua formulação. Sendo assim, Lacan vê na prática a necessidade que o sujeito sente em controlar os seus desejos para satisfazer o seu “eu” e sustentar a imagem tão exaltada pelo anoréxico.

E. Kestemberg, J. Kestemberg e S. Descobert consideram que a análise da anorexia mental baseia-se em conceitos freudianos relativos a estrutura perversa a partir do fetichismo - “adoração ao culto de fetiches. Culto de objetos materiais, (...), subserviência total, perversão que consiste em amar não a pessoa, mas a uma parte dela ou um objeto de seu uso” (Aurélio, P.295). A realidade do corpo próprio permanece como fonte de prazer – isso introduz uma “perversão fria”, “caracterizando uma organização do tipo psicótica pela prevalência dos investimentos narcísicos e das modalidades arcaicas das lutas contra a angústia” (Bidaud, 1988).

O que diferencia este tipo de organização psicótica das psicoses é a ausência de fatores delirantes no plano da clínica. A realidade negada é a do próprio corpo. Há a adoração a uma identidade, ou seja, uma idealização de um biótipo corporal. Sendo assim, os autores evidenciaram a repulsa ao alimento para a obtenção de um corpo desejado.

Valabrega, em 1967, situa a anorexia na ordem neurótica, psicótica, psicossomática e perversa.

## 4.2 ANOREXIA NERVOSA HOJE

A anorexia nervosa é um transtorno<sup>5</sup> mental caracterizado por uma limitação na ingestão de alimentos por medo de engordar. Acomete, principalmente, jovens do sexo feminino, e apresenta como sintomas a alteração da imagem corporal, preocupação excessiva com o peso e medo de engordar (Busse, 2004). A perda de peso nas pessoas com anorexia nervosa é decorrente, sobretudo, da redução do consumo alimentar. Geralmente o doente recusa-se a ingerir carboidratos e outros alimentos considerados calóricos. De modo geral, a maioria dos pacientes termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns poucos tipos de alimentos.

---

<sup>5</sup> De acordo com o CID-10 (OMS, 1993), o termo *Transtorno* é usado por toda classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos como “doença” ou “enfermidade”. “Transtorno” não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado a sofrimento e interferência com funções pessoais.

Nos casos mais graves o paciente adota métodos adicionais de perda de peso, dentre os quais estão incluídos a auto-indução de vômito, caracterizando a bulimia<sup>6</sup> ou anorexia subtipo purgativa (Alvarenga, 2004), uso indevido de laxantes ou diuréticos e prática de exercícios intensos ou excessivos.

Estudos realizados nos EUA, os pesquisadores concluíram, através de acompanhamento de gêmeos, que mais da metade do risco de uma pessoa desenvolver esse distúrbio alimentar é determinado geneticamente. Especialistas acreditam que há um forte componente genético para o distúrbio – com prevalência em mulheres e meninas.

Fatores psicológicos também influenciam a evolução da doença, visto que as relações psíquicas e a alimentação encontram-se mescladas. A anorexia tem ligação com sintomas depressivos e afetivos.

A família tem ligação também com a evolução da doença. Observa-se desde a infância que a mãe estabelece para o filho os hábitos alimentares e o tipo de alimentação. Sendo assim, o meio e a conduta familiar em que o indivíduo está inserido podem apresentar risco para o desenvolvimento da anorexia.

Um fato muito relevante para o desenvolvimento da anorexia nervosa em adolescentes é a cultura da sociedade em que vivemos: uma sociedade capitalista, baseada no consumo e na aparência. É exatamente esta busca pela imagem perfeita e a valorização da aparência que fazem com que as pessoas busquem se inserir no padrão “imposto” para não se sentirem excluídas. "Os indivíduos que imigram de culturas nas quais o transtorno é raro para culturas nas quais o transtorno é mais prevalente podem desenvolver anorexia nervosa, à medida que assimilam os ideais de elegância ligadas à magreza<sup>7</sup>."

A mídia, por sua vez, reforça a idéia de que a imagem é o fator mais importante, através da exibição de corpos considerados ideais em programas, comerciais, telenovelas, revistas de dietas, entre outros meios. Hoje há uma valorização excessiva do culto ao corpo e

---

<sup>6</sup> Bulimia Nervosa: “É o transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de “orgias alimentares”, no qual o paciente come num curto espaço de tempo grande quantidade de alimento como se estivesse com muita fome. O paciente perde o controle sobre si mesmo e depois tenta vomitar e/ou evacuar o que comeu, através de artifícios como medicações, com a finalidade de não ganhar peso”. (Psychiatry Research 2001; 103 15-26 Self-Destructiveness and Serotonin Function in Bulimia Nervosa Howard Steiger).

Para qualificar a Bulimia Nervosa, a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana por três meses.

<sup>7</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

são lançados na mídia modelos que são impostos para a sociedade e se a pessoa estiver fora deste padrão estipulado, não é socialmente aceita (Cury, 2005).

O engrandecimento da beleza e a sua atual importância para a sociedade faz com que surjam profissões que sirvam para representar produtos. Tal representação é feita por modelos. De acordo com o Dicionário Aurélio, Modelo é: *1- Objeto destinado a ser reproduzido por imitação; 2- Pessoa ou coisa cuja imagem serve para ser reproduzida em escultura, pintura, fotografia, etc. 3- Pessoa que, empregada em casas de modas, ou por conta própria, traja vestes para exibi-las à clientela; manequim.*

Atualmente as modelos exercem a função de representar objetos e também padrões a serem seguidos. Porém, a saúde delas torna-se prejudicada, pois seus horários são desregrados, não têm hora para dormir, comer e ficam a mercê de suas agências de moda, pois não têm autonomia para mudar sequer o próprio visual. Com a exigência dos padrões de beleza, como um corpo extremamente magro, muitas vezes acabam desencadeando-se distúrbios alimentares e prejudicando a própria saúde.

As agências de moda e os meios de comunicação têm necessidade de padronizar a beleza e colocá-la como primordial, pois no mundo capitalista em que vivemos a sociedade “compra” o que a mídia impõe. A mídia chama, convence e instiga não apenas o consumo, mas também nosso comportamento. Ela forma atitudes, cria estilos, quebra censuras, desvia caminhos e, muitas vezes, influencia adolescentes a quererem ser tão belas como as atrizes e as modelos que são exibidas como padrão de perfeição.

Porém, tal padrão não é o estilo de corpo da maioria das mulheres, então, para atingi-lo e não se sentirem excluídas da sociedade, muitas fazem dietas muito rigorosas para chegarem a um peso “ideal”. Eliminam alimentos calóricos de sua dieta e tornam-se extremamente magras.

A inclusão da família no tratamento de pacientes com transtornos alimentares é peça fundamental na eficácia terapêutica. Atualmente considera-se que a participação dos familiares é de extrema importância (Alverenga, 2004).

Na atualidade, o fator mídia e pressão cultural para um estilo de corpo magro, podem ser considerados relevantes para o desencadeamento da doença, contudo, não se pode afirmar ser a causa específica da doença, já que para esta há a mescla de diversos fatores.

## 5 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estudos epidemiológicos sobre a anorexia nervosa são dificultados pela recusa de muitos pacientes em procurar ajuda profissional, até mesmo porque o próprio paciente não se considera doente. Isso dificulta a detecção de casos e, conseqüentemente, a avaliação de prevalência<sup>8</sup> e incidência<sup>9</sup> populacional. São notificados, em sua maioria, os casos de maior magnitude.

Constata-se, entretanto, que a doença atinge, em sua maioria, adolescentes com idades entre 13 e 18 anos. Acomete quase exclusivamente mulheres, ocorrendo na razão de 10-20 vezes mais em comparação ao sexo masculino (Busse, 2004). Logo, a prevalência da anorexia nervosa entre as mulheres é de, aproximadamente, 0,5%, e, entre os homens, de apenas um décimo da taxa encontrada nas mulheres.

A anorexia nervosa apresenta altíssima taxa de mortalidade<sup>10</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade é de 20%. Já, Abreu (2006), estima a taxa de mortalidade por anorexia nervosa entre 6 e 10%.

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) a anorexia nervosa tem uma prevalência maior em sociedades industrializadas, pois nestas, ser atraente está ligado à magreza. É mais freqüente nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Europa, Nova Zelândia, Japão e África do Sul.

Meninas de classe social alta, atléticas, inteligentes, porém frágeis afetivamente, depressivas e insatisfeitas com o próprio corpo é o perfil típico dos pacientes com transtornos alimentares – anorexia, bulimia ou uma mistura dos dois tipos. Mas esse público vem se alterando com o aumento do número de pacientes homens e com a ampliação para outras classes sociais. Isso se deve ao alcance dos meios de comunicação, que levam, principalmente pela televisão, o ideal de beleza e saúde retratado por mulheres extremamente magras. A magreza, na sociedade contemporânea, é um paradigma para os jovens, que tentam manter o corpo exageradamente abaixo do limite e submetem o organismo a um perfil que eles, por natureza, não têm, diz Marco Antônio Tommaso, psicólogo membro da Associação Brasileira para Estudos sobre a Obesidade.

De acordo com o CID-10, a incidência de anorexia nervosa parece ter aumentado nas últimas décadas.

---

<sup>8</sup> Número total de casos existentes em uma determinada população e tempo.

<sup>9</sup> Números novos de casos em uma determinada população.

<sup>10</sup> Número absoluto de óbitos ocorridos em uma determinada população, durante um certo período .

Considera-se que modelos, bailarinas e outras profissões que enfatizam a necessidade da magreza, são mais sucessíveis a desencadear a doença (Nunes, 1995).

## 6 ETIOLOGIA

A anorexia é considerada uma doença multideterminada, pois se verifica a associação de vários fatores para o seu desenvolvimento. Dentre estes se destacam fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais.

### 6.1 ANOREXIA E FATORES BIOLÓGICOS E GENÉTICOS

Novas pesquisas realizadas pelo médico Serguei Fetissof (2006), professor do departamento de nutrição, fisiologia e metabolismo da Escola Médica da Universidade de Rouen, na França apontam fatores biológicos para o desenvolvimento da anorexia, considerando a doença auto-imune, ou seja, causada pelos próprios mecanismos de defesa do organismo. (Saúde é vital, fevereiro de 2006).

Fetissof verificou, através de estudos, que na maioria dos pacientes com anorexia e bulimia, alguns anticorpos envolvidos na defesa do organismo reagiam com a melanocortina (hormônio responsável por mediar funções relacionadas às emoções e também, ao consumo alimentar).

Para chegar a esse resultado, Fetissof selecionou um grupo de pacientes que apresentavam transtornos alimentares (como a anorexia e a bulimia). Estas pacientes preencheram um questionário a respeito de insatisfações corporais, perfeccionismo (características psíquicas) e sobre seus comportamentos alimentares. No mesmo dia foram colhidas amostras sanguíneas das mesmas.

Após o resultado dos exames, verificou-se que houve uma relação significativa entre o nível de anticorpos que reagia com a melanocortina e as respostas dos questionários.

Após o estudo, Fetissof diz que a anorexia e a bulimia poderiam ser consideradas auto-imunes, pois fica pressuposto que o sistema auto-imune pode interferir em mecanismos cerebrais em relação ao apetite e às emoções. Em contrapartida, é sabido que a imunidade não é capaz de causar esses males, por ser uma função fisiológica. Então, ele considera que essas alterações na defesa são um dos componentes responsáveis por quadros dessas doenças.

Para Adriano Segal, psiquiatra da Associação Brasileira de Obesidade, a doença não deve ser classificada como auto-imune.

Taki Cordás (psiquiatra do Ambulim), considera os dados do estudo interessantes, mas julga que o controle do apetite ainda é muito complexo e misterioso.

A maioria dos especialistas em transtornos alimentares concorda que é necessário haver uma conjunção de fatores para desenvolver esses tipos de problemas. Consideram que existe realmente uma certa vulnerabilidade, mas também há muita influência do campo psicológico.

Alguns estudos também mostram que o desenvolvimento da anorexia também é influenciado por fatores genéticos. Demonstram que a taxa de concordância é muito maior em gêmeos monozigóticos (56%), contra 5% entre os dizigóticos. Há também um risco praticamente 8 vezes maior de os parentes de primeiro grau desses pacientes apresentarem anorexia. (Assumpção, 1994).

## 6.2 ANOREXIA E FATORES PSICOLÓGICOS

A anorexia foi inserida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), no capítulo V, que trata de transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), e no DSM IV (Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais).

Segundo Freud (1980), todas as pessoas são dotadas de psiquismo, que são sentimentos, reações mentais conscientes e inconscientes e emoções.

Já que as relações psíquicas e a alimentação encontram-se mescladas, o desenvolvimento físico e emocional está correlacionado. Entende-se, assim, que o ato de se alimentar perpassa pela personalidade de cada indivíduo e é influenciado pelas nossas emoções.

Pode-se considerar a anorexia como uma doença psíquica também, por estar relacionada à depressão. A preocupação excessiva com alimento e aparência pode ter suas correspondentes em sintomas depressivos, como a culpa inapropriada, baixa auto-estima e desesperança. Estudos indicam que, dentre as pacientes com anorexia, 50 a 60% apresentam sintomas depressivos (Busse, 2004).

De acordo com Herzog e Beresin (1997), transtornos alimentares como a anorexia podem ser variantes de transtornos afetivos.

## 6.3 ANOREXIA E FATORES SÓCIO-CULTURAIS

Um dos fatores que está fortemente associado à anorexia é a influência da mídia. Atualmente a mídia reforça a idéia de que é preciso ser belo (e magro) para ser aceito na

sociedade e ser feliz. As cantoras, atrizes e apresentadoras são macérrimas e, cada vez mais, lançam produtos e vendem essa imagem e estereótipo de beleza que deve ser seguido por seus fãs. Segundo Táki Cordas, “Tratamos no varejo o que a moda produz no atacado. A pressão da mídia é muito grande. Esta não é a causa exclusiva, mas influencia muito. Tanto que é uma das razões para a doença predominar entre as mulheres”. (Revista O GLOBO, setembro de 2006, p. 28).

Nos intervalos de programas, *outdoors*, comerciais e produtos, percebe-se a presença de modelos belíssimas exibindo seus “corpos perfeitos” e levando uma série de jovens, principalmente, a desejar ser igual. O resultado desse padrão de beleza extremamente rígido e não condizente com o biotipo da maioria das mulheres brasileiras é a preocupação exacerbada com o físico. Esta procura incessante pela beleza é conhecida por corpolatria. A preocupação com o visual se sobressai sobre o afeto, ou seja, as pessoas passam a ser mais valorizadas pela beleza que por suas características pessoais.

“As muito feias que me perdoem, mas beleza é fundamental”. Esta célebre frase de Vinícius de Moraes traduz os valores atuais da sociedade. É um retrato de uma sociedade em que o corpo magro passou a ser sinônimo de belo. “A cultura da aparência leva a uma eterna insatisfação com a própria imagem e a um narcisismo frustrado o tempo todo (...) o nosso corpo psíquico deixou de ser um instrumento a nosso favor e passou a ser um objeto a ser exibido” (Alverenga, 2004). É a cultura do parecer em detrimento do ser.

A indústria do corpo movimenta milhões de dólares no mercado com tratamentos estéticos, cirurgias plásticas, academias. (Renata Petrocelli, 2006). A beleza não é mais um atributo natural, ela agora pode ser “adquirida”, é uma conquista. Porém, o preço a ser pago por esta “conquista da beleza” pode ser muito alto e, muitas vezes, prejudicar a saúde. É o caso dos distúrbios alimentares como a anorexia e a bulimia.

Alguns países têm incluído em sua agenda pública medidas para o combate a doença. Citamos o exemplo do governo espanhol que decidiu barrar modelos macérrimas nas passarelas da Semana de Moda de Madri. Tal medida proíbe participação de meninas que têm o IMC abaixo de 18, pois caracteriza uma pessoa não saudável. Índia, Milão e Londres pensam em fazer o mesmo, pois adolescentes estão copiando a aparência das modelos e desenvolvendo distúrbios alimentares. “A polêmica chama a atenção para o tema: os casos de anorexia e bulimia vêm aumentando, e uma das causas das doenças é a pressão cultural por corpos esqueléticos e medidas zero”. (Rev. O GLOBO, setembro de 2006, p. 28).

A ministra da cultura de Londres Tessa Jowell diz que “o culto à magreza excessiva veiculado pela indústria da moda é muito nefasto para a saúde das jovens e sobre o olhar que elas têm delas mesmas”.

Fashionistas brasileiros defendem o bom senso na escolha das tops e dizem que a modelo não é referência de como as mulheres deveriam ser. “Procuramos meninas magras, mas que tenham *cara de saudáveis*<sup>11</sup>”, diz Amir Slama, estilista de uma grife famosa.

Na sociedade atual, temos diversos meios de comunicação que favorecem a disseminação de idéias de grupos que enaltecem a anorexia, são conhecidos como “pró Ana”. Utilizam blogs, orkut e sites para trocarem dicas sobre dietas, uso de laxantes, emagrecedores e manterem uma perigosa rede de incentivo à “Ana”, como a doença é conhecida na internet. Nesses sites as anoréxicas combinam dia de “NF” (No Food), ou seja, dias em que elas não podem comer nada, somente beber água; ou então, dias de “LF” (Low Food), que é um dia em que só é permitido a ingestão de pouquíssimo alimento, como por exemplo, uma maçã dividida ao longo do dia. (O Dia, 16 de abril de 2006). As anoréxicas definem a anorexia como “um estilo de vida”.

“Eu estou nessa de emagrecer a mais ou menos 1 mês... tenho 1.70 , e pesava 60 kg, hoje estou com 51, sempre achei que alface no almoço e na janta era muito pouco! mas hoje em dia eu até já estou achando que isso engorda. que tudo engorda, mas no fundo sei que não e faço veterinária não sou ignorante, mas meu pensamento vem automático sabe?? Hoje eu não comi nada, são 21h e só comi até agora UM biscoito de goiaba e fiquei com peso na consciência...” (Depoimentos retirados do Orkut).

Há uma carta que nos aponta a dimensão do problema e circula na internet conhecida como “Carta da Ana”. Abaixo foram retirados trechos da carta de um site “pró Ana”.

“Permita me apresentar. Meu nome, ou como sou chamada, pelos também chamados ‘doutores’ é Anorexia. Anorexia Nervosa e meu nome completo, mas você pode me chamar de Ana. (...) Você não é perfeita, você não tenta o bastante! Você perde muito tempo pensando e falando com amigos! Logo, esses atos não serão mais permitidos. Seus amigos não te entendem. Eles não são verdadeiros. No passado, quando inseguramente você perguntou a eles:- Estou gorda?- E eles te disseram:- Não, claro que não! -você sabia que eles estavam mentindo! Apenas eu digo a verdade! Você não tem permissão para comer muito. Eu vou começar devagar: Diminuindo a gordura, lendo tabelas de nutrição, cortando doces e frituras, etc. Por um tempo os exercícios serão simples. (...) Eu vou te fazer diminuir calorias consumidas e vou aumentar a carga de seus exercícios. Eu vou te forçar até o limite! Eu preciso fazer isso, pois você não pode me derrotar! Eu estarei começando a me colocar dentro de você. (...) Eu vou encher sua cabeça com pensamentos sobre comida, peso e calorias. Pois agora, eu realmente estou dentro de você. Eu sou sua cabeça, seu coração e sua alma. As dores da fome, que você finge não sentir, sou eu dentro de você! (...) Quando eu fizer um prato de alface, será

---

<sup>11</sup> Grifos do autor.

como uma refeição de rei! Empurre a comida envolta! Faça uma cara de cheia...Como se você já tivesse comido! Nenhum pedacinho de nada...Se você comer, todo o controle será quebrado...E você quer isso? Ser de novo aquela vaca gorda que você era? Eu te forço a ver uma revista de modelos. Aquele corpo perfeito, magro, dentes brancos, essas modelos perfeitas te encaram pela pagina da revista! (...) Às vezes você vai ser rebelde. (...) Você quebrou uma regra, e comeu, e agora você me quer de volta. Eu vou te forçar a ir ao banheiro, ajoelhada e olhando para a privada! (...) Vou te tirar a vontade de sair com pessoas de sua idade, e tentar agradar todos eles. Pois agora eu sou sua única amiga, eu sou a única que você precisa agradecer (...).<sup>12</sup>.

Todos esses subsídios favorecem o desenvolvimento da doença, e como observamos, a Carta retrata um típico caso de anorexia como os que ocorrem com freqüência. Os pensamentos em calorias e a dieta como meta central na vida de pacientes com anorexia.

#### 6.4 ANOREXIA E RELAÇÕES FAMILIARES

Não somente a relação mãe-filha tem importante papel na anorexia, assim como a família. Desde a infância o bebê é alimentado pelo leite materno, gerando, assim, uma afetividade com a mãe. É ela quem estabelece hábitos alimentares e o tipo de alimentação.

Sendo assim, as condutas familiares podem apresentar risco para o desenvolvimento da anorexia, ainda mais se houver casos de pais obesos, superproterores, ou pais e outros membros da família que apresentem distúrbios alimentares como anorexia ou bulimia (Thompson & Smolak, 2002).

Bruch (1978) afirma que distúrbios podem ocorrer desde a fase de amamentação, quando a mãe da paciente com anorexia não consegue perceber as necessidades do bebê, e age de acordo com suas vontades.

Minuchin (1978) destaca que a anorexia desempenha um papel central num mecanismo de evitar problemas e manter o equilíbrio familiar, e descreve algumas características de famílias de pacientes com anorexia.

O perfeccionismo é comum entre os pais de adolescentes e pacientes anorexas, pois, em geral, enfatizam o comportamento e a conduta social adequada de suas filhas.

Outra característica é a superproteção e extrema preocupação dos pais com seus filhos, o que desenvolve um atraso na autonomia dos filhos e uma ligação muito forte com os pais, em especial com a mãe.

---

<sup>12</sup> Texto extraído do site: <http://anamyliife.zip.net>

Famílias que repreendem as emoções tendem a supervalorizar a autoridade da mãe (Alvarenga, 2004), e as que têm extrema preocupação com o peso e dieta também costumam ser características de famílias de pacientes com anorexia.

Atualmente a inclusão da família no tratamento de pacientes com transtornos alimentares é peça fundamental na eficácia terapêutica.

Russell *et al* (1987) concluiu, através de estudos, que a terapia familiar era o tratamento mais eficaz para o tratamento em crianças e adolescentes. Há algum tempo considera-se que a participação dos familiares é de extrema importância (Alvarenga, 2004).

## 7 ASPECTOS CLÍNICOS

O quadro de anorexia se apresenta, geralmente, em mulheres jovens e adolescentes. Em casos gerais, por uma excessiva obsessão à magreza e à busca do corpo perfeito, as pacientes, consideram-se obesas mesmo ao defrontar-se com o corpo esquelético e, por este motivo, iniciam um processo de eliminação gradativa de alimentos considerados muito calóricos, como doces e carboidratos. Em casos que a doença se encontra desenvolvida, a paciente tem uma dieta praticamente sem suporte calórico, ou seja, quase não ingere nada. Por vezes, come alguns grãos de ervilha e toma café sem açúcar (Russel, 1983). As pacientes sentem-se obesas mesmo estando magras ou com o peso adequado à idade e altura. Há uma alteração da imagem corporal. Esta alteração e o temor em ganhar peso são os principais sintomas da anorexia.

Há relatos de que pacientes iniciam o quadro de anorexia após algum comentário de alguém a respeito de seu corpo, algum fato estressante como perda de entes queridos, término de relacionamentos amorosos, separações ou mudanças e enfermidades.

Da gradativa evitação de alimentos, a doente passa a pular refeições e banir por completo alimentos de sua dieta, chegando a fazer uma única refeição e consumir, às vezes, somente um alimento, em geral frutas. Depois dessa mudança alimentar a doente passa, em alguns casos, dias sem se alimentar e até mesmo diminuem a ingestão de água, pois algumas consideram que esta engorda. Desta forma, o padrão alimentar torna-se cada vez mais secreto e até bizarro (Beumont, 1995).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID –10), o diagnóstico de um paciente com anorexia exige que o mesmo tenha um índice de massa corporal igual ou inferior a  $17,5 \text{ Kg/m}^2$ .

A família só constata a perda de peso da paciente muito tempo depois, pois esta tem costume de usar roupas largas para disfarçar para os familiares e amigos sua magreza, e ao mesmo tempo, esconder de si própria sua “gordura” (pela distorção da imagem corporal que a paciente tem de si mesma).

Para a anorexia nervosa são reconhecidos dois tipos de apresentações clínicas: A anorexia nervosa do tipo restritiva e a anorexia nervosa do tipo purgativa.

A Anorexia nervosa do subtipo restritiva compreende pacientes com comportamentos alimentares restritivos. Nesse tipo, a perda de peso é conseguida através de dietas muito rigorosas, jejuns e exercícios excessivos.

Já na anorexia nervosa do subtipo purgativa as pacientes desenvolvem comportamentos mais perigosos, pois se envolvem em compulsões periódicas, purgações (indução de vômitos) e abuso de laxativos e diuréticos. Nesse tipo há pacientes que comem compulsivamente e fazem purgações para eliminar o que comeram e, com isso, abolirem a culpa por terem comido. É uma forma de compensar aquilo que foi ingerido sem, contanto, engordar.

Há também casos de indivíduos que não comem de forma compulsiva, mas, mesmo assim, por menor que seja a ingestão alimentar, desejam eliminar o que foi ingerido.

As pacientes com anorexia são, geralmente, hiperativas e costumam se exercitar exageradamente. Fazem isso como compensação para queimar mais caloria e perder peso. Com o tempo, vão aumentando a frequência e a intensidade dos exercícios.

## 7.1 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Pacientes com anorexia apresentam um estado de desnutrição cuja profundidade é avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>13</sup>. Pelo estado de desnutrição e caquexia em pacientes com anorexia, outras complicações físicas e psicológicas podem surgir.

É considerado com peso normal um adulto com IMC entre 20 e 25 Kg/m<sup>2</sup>. De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico (DSM IV) ou CID-10, um IMC abaixo ou igual a 17,5 Kg/m<sup>2</sup> é um dos critérios de diagnóstico para a anorexia.

Inicialmente há aparecimento de alguns sinais como o crescimento de pêlos ralos (lanugo), queda de cabelo, pele ressecada e quebradiça (alopecia e ceratose folicular) e com aspecto amarelado.

No sistema endocrinológico há a amenorréia associada às alterações metabólicas no eixo gonadal e aumento do hormônio do crescimento e cortisol e hipercolesterolemia (concentração plasmática e elevada LDL<sup>14</sup> que regula a degradação de LDL e síntese de colesterol).

Em relação ao sistema gastrointestinal, as complicações são: obstipação (constipação, prisão de ventre), pancreatite e alteração das enzimas hepáticas.

No sistema hematológico (relativos ao sangue) há decorrência de anemia (redução de eritrócitos circulantes no sangue ou na quantidade de hemoglobina) e leucopenia (diminuição de glóbulos brancos no sangue).

---

<sup>13</sup> IMC= peso em quilogramas sobre a altura em metros quadrados.

<sup>14</sup> lipoproteínas de baixa densidade

No sistema metabólico há desidratação, hipocalcemia (diminuição da concentração de potássio), hiponatremia (diminuição da concentração de sódio sérico- relativos ao soro) e hipoglicemia (diminuição dos níveis de glicemia).

Para o sistema reprodutivo pode haver infertilidade e recém-nascido com baixo peso.

No sistema cardiovascular as complicações são bradicardia (lentidão na ação do coração), arritmias (variação do nível normal de batimentos cardíacos), diminuição da pressão arterial, parada cardíaca, hipotensão postural (queda de pressão após uma postura ereta) e alterações no eletrocardiograma.

São observadas deficiências nutricionais e vitamínicas, como o escorbuto (deficiência de vitamina C), que pode causar fadiga e dor abdominal (Van Zuuren, 2001).

Também decorrem outras alterações corporais para a paciente com anorexia como hipotermia, intolerância ao frio, convulsões, redução da massa corporal e osteoporose. Esta é considerada uma das mais sérias conseqüências da anorexia.

Há a associação dos transtornos alimentares com quadros psiquiátricos, como transtorno de humor ou humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia, estresse, ansiedade e transtorno de personalidade.

É verificada na anorexia uma forte ligação com a depressão principalmente na infância e adolescência. “Jovens podem chamar atenção por estar engordando ou emagrecendo diante dos amigos e familiares e, na realidade estão deprimidos, têm ideias ou estão planejando tentativas suicidas” (Busse,2004).

Entende-se que a depressão pode estar associada à anorexia como um fator presente no início do quadro, perpetuar-se durante o processo ou mesmo ser uma das complicações.

## 8 TRATAMENTO

Ao tratamento da anorexia procura-se oferecer uma abordagem multidisciplinar vide a grande variedade de fatores que contribuem para a manutenção, evolução e curso da doença. Deve ser feito por profissionais da área da saúde mental (psiquiatras e psicólogos), bem como médico clínico e nutricionista.

Deve-se manter o acompanhamento por exames laboratoriais e físicos que estão relacionados à terapêutica medicamentosa nutricional (Fisher et al., 1995).

Uma dificuldade muito grande evidenciada na anorexia é a negação da doença por parte do paciente em inúmeros casos. Sendo este fator um aspecto a ser considerado na elaboração do projeto terapêutico destes pacientes já que a adesão se configura como determinante para o sucesso do tratamento.

A terapêutica deve contemplar o acompanhamento psicoterápico e também informativo. O acompanhamento de um psicólogo faz-se imprescindível já que a doença perpassa por caracteres mentais e distúrbios relevantes.

É de extrema importância, também, a presença da família para a recuperação da paciente, já que alterações na dinâmica familiar são aspectos mantenedores da anorexia, principalmente em adolescentes (APA, 2000).

É comum que haja necessidade de intervenção. Esta, em geral, ocorre em hospitais nos casos de maior gravidade determinadas por condições como: ausência de ganho de peso; contínuas práticas purgativas; acentuada perda de peso (mais de 30%) ao longo de seis meses; ideação suicida; alterações clínicas importantes, como diminuição dos níveis de potássio (pois há risco de parada cardíaca).

Contudo, a decisão de internação é muito delicada e leva a paciente a ter medo de se tornar obesa e criar falsas expectativas de que a cura pode ser muito difícil. Caso a internação não seja bem trabalhada, após a paciente receber alta, perderá todo ou mais que o peso adquirido na internação (Assumpção, 1994).

Em regime de hospitalização há administração de uma dieta hipercalórica, o que, muitas vezes, leva a paciente a não aceitar a dieta via oral por medo de engordar por já estar recebendo muitas calorias com a dieta enteral.

Em geral a terapêutica medicamentosa psiquiátrica se dá pelo uso de antidepressivos. Os mais usados são os inibidores de recaptção de serotonina.

É muito comum a permanência dos sintomas e as recaídas (Ratnasuriya, 1991) durante o período de tratamento ou até em fases que a paciente, aparentemente, já tenha se recuperado.

## 9 PESQUISA DE CAMPO

### 9.1 O NESA<sup>15</sup>

O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente - NESA é o setor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes na faixa etária entre 12 e 20 anos de idade, funcionando como unidade docente-assistencial nos três níveis de atenção.

A abordagem interdisciplinar que caracteriza sua prática, aliada às possibilidades de atuação conjunta com diversas instituições nos âmbitos universitário, comunitário, governamental e não-governamental, vem permitindo que o modelo não seja apenas viável, mas passível de ser tomado como exemplo para novos empreendimentos na área de saúde integral do adolescente. A equipe do NESA é formada, atualmente, de um corpo docente e técnico-administrativo de 76 profissionais, sendo 35 de nível superior e os demais de nível médio.

As atividades do NESA iniciaram em 1974, com a criação da antiga Unidade Clínica de Adolescentes (UCA) pelo Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas. A proposta inicial era limitada aos cuidados dos adolescentes internados no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Com o crescimento e institucionalização dos três níveis de atenção, a coordenação propôs ao Conselho Universitário da UERJ a mudança para a posição de Núcleo e vinculação ao Centro Biomédico. Dessa forma, a partir de 1995, a equipe passou a ter com esse novo status mais autonomia e facilidade para exercer suas funções.

No NESA há diversos ambulatórios responsáveis pela atenção aos adolescentes. Dentre eles há o Ambulatório de Saúde Mental, onde trabalham uma psiquiatra e quatro psicólogas, sendo a psicanálise o principal eixo teórico que norteia a prática clínica. Os casos atendidos são variados e encaminhados prioritariamente por profissionais de diferentes especialidades do próprio NESA. Entre esses casos estão adolescentes com desequilíbrios emocionais gerados por problemas familiares e escolares. Citam-se também casos de obesidade, anorexia nervosa, enurese noturna, abusos sexuais, depressão - por vezes com tentativa de suicídio - e fobias.

---

<sup>15</sup> Retirado da página da internet: [www.nesa.uerj.br](http://www.nesa.uerj.br)

A equipe atua também na enfermaria de adolescentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto através da supervisão de estagiários e residentes de psicologia, participando de reuniões e interconsultas.

Além de desenvolver pesquisas clínicas, a equipe de saúde mental participa de treinamentos recebendo estudantes de estágio interno, residentes de psicologia e profissionais já formados do Estado do Rio de Janeiro, de outros estados do Brasil e do exterior.

Do ano de 2004 a 2006, já passaram pelo NESAs 20 pacientes com anorexia nervosa, e do ano de 1998 a 2006, já houve 36 internações pela mesma.

## 9.2 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTO

Foram analisados cinco prontuários de atendimento de pacientes que já foram internadas no NESAs com anorexia nervosa, com a finalidade de encontrar os fatores mais recorrentes que influenciam no desenvolvimento da anorexia em adolescentes.

A partir desta análise, constatou-se que era mais recorrente a influencia de fatores psicológicos, sócio-culturais e familiares. Para a determinação desses foi levado em conta o estudo dos fatores nas revisões bibliográficas.

### **Fatores psicológicos**

Foram classificados como fatores psicológicos casos de pacientes que eram depressivas, preocupadas com a aparência e perfeccionistas. Em todos os casos foi encontrada a presença de fatores psicológicos no curso e evolução da doença.

Trechos dos prontuários de atendimentos do NESAs que caracterizam a presença desses fatores:

#### Paciente “A”:

*“Perdeu peso durante estudos para vestibular ao se sentir arrasada por não ter conseguido passar para o IME (Instituto Militar de Engenharia)”. (...) “Ao procurar um endocrinologista o mesmo indicou o uso de Fluoxetina, que a paciente começou a usar, mas parou porque achava que aumentava a sua ansiedade”. (...) “Após se alimentar a mesma culpava-se, pois achava que não precisava ter comido por não estar com fome. Preferia líquidos a sólidos. Apresentava distúrbio da imagem corporal.” (...)*

*“A paciente apresentava distúrbio obsessivo-compulsivo. Por exemplo, ao chegar em casa ela tinha que tirar toda roupa suja da rua”.(...) “Durante a internação a paciente ingeria toda a comida oferecida, mas ficava angustiada por ter comido. Aceitava a dieta oferecida porque queria receber alta por estar perdendo trabalhos e provas. Ela apresentava medo de se tornar obsessiva por comida”.(...) “Teve uma crise de choro por ter ingerido duas fatias de goiabada. Apresenta diferenças de pensamento: acha que comeu em exagero, mas, ao mesmo tempo tem medo de ficar internada de novo”.*

Observamos, no caso da paciente “A” importante preocupação com o auto-desempenho e a auto imagem. Consta na descrição que a dieta teve início por um “fracasso”: o de não ter conseguido atingir seu objetivo: passar para o IME. Esses fatores associados aos sintomas clínicos de um transtorno obsessivo compulsivo nos aponta para a fragilidade psíquica da paciente analisada. Desta forma analisamos a possibilidade destes estarem na origem de outros problemas como a distorção da auto imagem e a anorexia.

#### Paciente “B”:

“A paciente apresentava distúrbio da imagem corporal e quadros depressivos, tinha momentos de choro” (...) “apresentava distúrbio emocional. Relatou que com 15 anos pesava 60 Kg e que parou de comer no ano de vestibular devido à depressão”.

Observamos na paciente “B” quadros depressivos e alterações em relação à aspectos emocionais, segundo discutido no prontuário. O início do quadro anorético também associa-se a depressão e a ansiedade ao ano de vestibular, assim como a paciente “A”.

#### Paciente “C”:

“Relata ter dificuldades em lidar com as perdas”. (...) “Tem idéias de suicídio”.(...) “Tem depressão. Apresenta agitação psicomotora intensa”.(...) “Tem medo de magoar as pessoas e mostra preocupação em agradar e não provocar desapontamento em quem se relaciona”. (...) “Apresenta modificações na imagem corporal”. “Apresenta um bom rendimento escolar”.

A paciente “C”, tal como as duas outras, também tem quadros depressivos. Podemos interrogar a relação da “preocupação em engordar” com os aspectos que envolvem sua noção de si mesma (auto- imagem, auto-estima). Ao mesmo tempo questionar se a busca de uma

certa perfeição poderia estar envolvida. Coincidindo com a revisão bibliográfica a paciente tem um bom rendimento escolar e também apresenta distúrbios na imagem corporal.

Paciente “D”:

“Paciente apresenta distúrbios de imagem corporal”.(...) “Diz que poderia emagrecer mais um pouco” (...) “Paciente tentou suicídio com 17 comprimidos de Ritrovil e metade do vidro de Fluoxetina”.

Esta paciente também apresenta relato compatível com características depressivas.

Paciente “E”:

“Paciente apresenta distúrbios da imagem corporal”.(...) “Paciente ficou três dias sem comer porque se achava gorda”.(...) “engordou 100 g e disse que por isso não iria mais comer”.

Nesta descrição é possível observar apenas uma alteração perceptiva da auto imagem.

### **Fatores sócio-culturais**

Foram classificados como fatores sócio-culturais casos de pacientes que se importavam demasiadamente com a aparência física e, por isso, acham que deviam manter o padrão corporal esquelético, como é o modelo de beleza da sociedade atual, e acham que para isso é necessário eliminar alimentos considerados “calóricos”, usar laxantes e fazer exercícios intensos, como é mostrado na mídia. Também foi considerado um fator sócio-cultural o tipo de relação social das pacientes: como elas lidam com as amigas e o tipo de vida que elas têm. Foi detectada a presença de fatores sócio-culturais para a evolução da doença em quatro dos cinco prontuários analisados.

Trechos dos prontuários de atendimentos do NESA que caracterizam a presença desses fatores:

Paciente “B”:

“Fazia dietas, tomava medicamentos, laxantes, fazia exercícios intensos e tinha medo de engordar, além de ser muito seletiva em relação aos alimentos”.

A paciente “B” era muito seletiva quanto aos alimentos, pois ela achava que se comesse muito poderia engordar, e, desta forma, sair do “padrão de beleza” que ela julgava ser o ideal, tendo em vista os padrões impostos pela sociedade.

#### Paciente “C”:

“... começou a retirar alimentos para não engordar”. (...) “Paciente diz ter nojo de comida”. (...) “Recusa-se a ingerir alimentos”. (...) “diz que não quer comer de jeito nenhum”. (...) “emagreceu 4 Kg porque parou de falar com o namorado”. (...) “Paciente refere que no período inicial da anorexia tinha preocupação em fazer exercícios e perder peso”. (...) “Paciente associa sua vivência amorosa e repreensão da mãe com sua falta de apetite e com a preocupação extrema em agradar os outros”. (...) “paciente é isolada socialmente, diz ter poucos amigos no colégio”.

A paciente “C” tinha uma dieta muito restrita, exatamente pelo temor em engordar, chegando até a ter nojo da comida, ademais, inicialmente, tinha preocupação em fazer muito exercício físico para queimar as calorias que possivelmente teria ingerido. O fato de a paciente não ter muitos amigos coaduna com a característica de isolamento descritas em pacientes anoréxicas.

#### Paciente “D”:

“Paciente iniciou dieta muito restritiva com o objetivo de emagrece, depois começou a fazer intensos exercícios”. (...) “estava cansada de ser humilhada por ser gorda”. (Antes pesava 67 Kg, e depois da anorexia pesa 30 Kg).

A paciente “D” também inicia fazendo dietas restritas e exercícios intensos para emagrecer. Porém o caso desta paciente se difere das demais, visto que esta estava um pouco acima do peso considerado ideal. É um fato relevante para o desenvolvimento da anorexia, pois se observa que pela pressão social, a paciente resolve fazer uma dieta tão restrita para perder peso rapidamente que acaba iniciando quadros como a anorexia, já que a paciente percebia-se como “humilhada por ser gorda”.

#### Paciente “E”:

“Paciente iniciou perda de peso auto-imposta, se achava gorda”. (...) “Paciente alega que quando ia comer se recusava, só comia frutas. Quando comia doces e biscoitos vomitava tudo”. (...) “Paciente diz não ter amigos”. (...) “Diz que assiste TV todos os dias”.

A paciente “E”, mais uma vez, se enquadra nas pacientes que não tem muitos amigos, são isoladas socialmente.

### **Fatores familiares:**

Foram classificados como fatores familiares casos de pacientes que tinham famílias que se importavam demasiadamente com a aparência física, eram super protetores, tinham problemas na relação pais e filhos (brigas, separações e desentendimentos), famílias que apresentavam preocupação demasiada com o físico e magreza, ou que apresentavam problemas em relação à alimentação desde a infância. Foi detectada a presença de fatores familiares para a evolução da doença em três dos cinco prontuários analisados.

Trechos dos prontuários de atendimentos do NESA que caracterizam a presença desses fatores:

#### Paciente “B”:

“Paciente afirmava que sua mãe tomava conta de sua vida. Apresentava falta de apetite por problemas familiares”. (...) “Seu pai brigava muito com ela e a irmã, e após essa brigas a paciente diminuía a ingestão de alimentos e jogava remédios fora”. (...) “Dizia que desde a infância tinha conflitos em relação à alimentação”. (...) “Relatou que seu relacionamento com os pais e familiares não era bom, e eles “atrapalhavam” seu tratamento, pois ficavam falando de sua doença o tempo todo”.

A paciente “B” apresentava problemas de relacionamento com seus pais, o que é um fator relevante, pois a própria revelou que “os familiares atrapalhavam o seu tratamento”, demonstrando, assim, a influência de sua relação familiar no que diz respeito a seu posicionamento diante do tratamento e curso da doença.

#### Paciente “C”:

*“A paciente apresenta uma forte ligação com a mãe”. (...) “Mãe relata que a filha teve anorexia quando seu pai estava em crise (pai tem problemas mentais e, na maioria das vezes,*

*fica sob efeito de medicamentos)”. (...) “Paciente relata problemas em sua relação com o pai”. (...) “Sua mãe ameaça abandoná-la e sua irmã a chama de doida”. (...) “Paciente aborda questões referentes à mãe e relações com a família e sente-se culpada”.*

A paciente “C” tinha uma forte ligação com a mãe, que é um traço descrito como característico nas pacientes que apresentavam anorexia. Destaca também conflitos familiares no momento da abertura do quadro.

Paciente “D”:

*“Paciente apresenta problemas familiares: os pais disputam a filha”.*

A paciente “D” também apresentava problemas familiares, que era uma disputa entre os pais separados.

## **10 CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

A anorexia nervosa atinge, em sua maioria, adolescentes. Facilitada por fatores do desenvolvimento psicológico onde esta faixa ainda se encontra em formação da identidade pessoal. Inquirimos se a vulnerabilidade às influências externas, principalmente opiniões de amigos, família e mídia favorecem problemas psico- sociais que desencadeiam transtornos como a anorexia nervosa.

A anorexia nervosa tem chamado atenção da população por casos recentes de morte pela doença. Ocorreram três casos em menos de um mês.

A partir da análise dos prontuários de atendimento das pacientes, reforça-se a idéia de que não se pode considerar a presença de apenas um fator que influencie para a evolução da anorexia nervosa em adolescentes, como já previsto na revisão bibliográfica. A doença ocorre por uma associação de diversos fatores, sendo os mais recorrentes na análise fatores psicológicos, sócio – culturais e familiares.

Os fatores psicológicos foram encontrados em todos os casos analisados, até mesmo porque a doença é caracterizada como um transtorno mental. Esta se desenvolve, majoritariamente, em pessoas que se cobram demais, exigem muito de si mesma e são depressivas.

Conforme os dados dos fatores psicológicos envolvidos na anorexia, obtidos no capítulo VII, a análise dos casos de pacientes do NESA comprovam que a anorexia está associada à depressão e é realmente influenciado pelas emoções, baixa auto-estima e transtornos afetivos.

As pacientes também demonstraram quadros depressivos e distúrbios em relação à aspectos emocionais. Também se associa depressão e ansiedade ao ano de vestibular, ou seja, períodos em que pacientes costumam passar por problemas emocionais. Coincidindo com a revisão bibliográfica, pacientes costumam tem um bom rendimento escolar.

É notório que a doença tem uma forte associação com fatores psicológicos, visto que as pacientes, em geral, desencadeiam a doença através do início de uma dieta incentivada por motivos distintos, mas que têm relação com o psicológico. A partir do início da dieta e restrição alimentar a paciente começa a desencadear os traços marcantes da anorexia, como a distorção da auto-imagem, a compulsão por dietas e observações da quantidade calórica de cada alimento. De acordo com a psicóloga Ellen Simone Paiva, do Centro de Terapia Nutricional (CITEN), de São Paulo, (...) “o comportamento dessas pessoas é absolutamente

metódico. Elas interessam-se por tudo que diz respeito à culinária e às dietas e têm muito conhecimento sobre as calorias dos alimentos e as dietas da moda” (...).

Entende-se que os fatores psicológicos foram mais recorrentes, pois por mais que haja muita influência do meio externo, seja ela relativa a fatores culturais como a pressão e o culto à magreza que a nossa sociedade impõe, ou seja, ela de cunho familiar, a doença só incidirá se o indivíduo associar essas influências externas com problemas pessoais ou de sua mente.

Os fatores sócio-culturais foram recorrentes em quatro casos de pacientes do NESA. Frente aos valores que são dados à beleza física, que atualmente confunde-se com a magreza, é esperado que a cobrança das pacientes para ter um corpo “bonito”, ou seja, magro, se dê através de dietas muito restritas que desencadeiam transtornos alimentares como a anorexia e a bulimia. “A C. não sucumbiu às pressões de uma agência em particular, mas de um mercado grotesco. Eles não querem seres humanos, e sim cabides”, frase dita por Mirtes Reston, tia da modelo A. C. R. após morte de sua sobrinha por anorexia.

Além disso, inclui-se como fatores sócio-culturais o convívio social da paciente, que acaba influenciando em sua conduta até em relação à alimentação.

A ditadura da moda é um forte fator de influência. Segundo Fábio Lopez, um nutrólogo da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo): “Em geral a mídia impõe um padrão corporal que não é adequado e os jovens são bombardeados com essas imagens”. (Extra 16 de Novembro de 2006). Os discursos midiáticos valorizam a forma e a exposição de imagens tidas como ideais modelos a serem seguidos. Ademais, a influência da sociedade contemporânea de valorização extrema do belo e da magreza incidem sobre todos, porém é o psicológico de cada pessoa que vai abrir espaço ou não para o desenvolvimento de doenças como a anorexia.

Foram encontrados influência de fatores familiares em três dos cinco casos analisados. A família interfere diretamente no desenvolvimento de transtornos alimentares. Desde o nascimento o bebê mantém com a mãe um laço ligado à alimentação (amamentação), sendo assim, as condutas familiares em relação ao alimento podem facilitar o aparecimento da anorexia. A falta de equilíbrio familiar, a superproteção, ou problemas familiares, como brigas e desentendimentos, foram fatores encontrados nos casos das pacientes do NESA.

Constata-se que a anorexia nervosa, assim como o previsto nas fontes bibliográficas, é uma doença multideterminada, pois não há um único fator que seja determinante para o desenvolvimento desta doença, mas sim, vários fatores associados.

A doença se desenvolve por uma “mescla de fatores”, como já dizia Táki Cordas. Sendo assim, para um tratamento mais eficaz, é necessário que haja acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, que consista, pelo menos, em um profissional especializado em saúde mental (psicólogos), médicos para diagnosticar a doença e um nutricionista para um acompanhamento alimentar da paciente.

Pelo fato de a doença ser determinada por uma série de fatores associados, faz-se mister ressaltar que há a necessidade de uma equipe com diversos profissionais da área de medicina, psicologia, nutrição, fisioterapia, somado ao apoio familiar para uma cura mais eficaz e para que, após o tratamento, haja uma base que impeça a reincidência da doença nas pacientes, já que a doença costuma reincidir, em muitos casos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABREU, Cristiano Nabuco. **Transtornos Alimentares : Anorexia – doença psiquiátrica com mais vítimas fatais.** < www.diaadia.dgabc.com.br>.
- ALVARENGA, Marlene. Transtornos alimentares. *Uma visão nutricional.* São Paulo: Manole, 2004.
- BIDAUD, Èric. Anorexia: mental, ascese, mística. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- BUSSE, Salvador de Rosis. Anorexia, Bulimia e Obesidade. São Paulo: Manole, 2004.
- CARROLL, Stephen, SMITH, Tony. Guia da vida saudável. São Paulo: O Globo, 1995/1996.
- COLLI, Anita. Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros VI. Maturação sexual. São Paulo, Editora Brasileira de Ciências, 1988.
- COLOGNESE, Silvio Antônio, MÉLO, José Luiz Bica de. A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social. Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. Cadernos de Sociologia. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, v. 9, 1998.
- CRISTINA, Pâmela. Ingerindo medos. <www.guiadasemana.com.br/noticias>
- CURY, Augusto. A ditadura da beleza e a revolução das mulheres. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.
- DIAS, Reinaldo. Introdução à Sociologia. São Paulo: Pearson, 2005.
- DURKHEIM, Émile. As regras do método sociológico. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- ERIKSON, Eric. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIMENO, Suely Godoy Agostinho. Alimentação e Saúde de A a Z: bem estar qualidade de vida- prevenção de doenças. Espanha: Editorial Sol90, 2005.
- HERZOG, W., Schellberg, D., & Deter, H. C. (1997). First recovery in anorexia nervosa patients in the longterm course: Adiscrete-time survival analysis. Journal of Consulting & Clinical Psychology.
- JUSTUS, Daisy. Estados gerais da psicanálise. <www.estudosgerais.org/gruposvirtuais>
- LIMA, Neyse Cunha. Anorexia atinge 1,7 milhão de brasileiros. Bahia: A Tarde-BA, 2003.

Manual da adolescência. Publicação da Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê da adolescência. Reitoria de Publicação da SBP.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM -IV-TR. 4.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre, Artmed, 2003.

MAHLER, Margareth. *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARSHALL, W.A. & TANNER, J.M. — Puberty. In DAVIS, J.A. & DOBBING, J. — Scientific Foundations of Paediatrics. Philadelphia, Saunders, 1974.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8.<sup>a</sup> ed., São Paulo, Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 2<sup>a</sup> ed., Petrópolis: Vozes, 1994.

NOVIKOFF, Cristina. Os adolescentes e a construção dos valores.  
[www.miniweb.com.br/Cidadania/Temas\\_Transversais/](http://www.miniweb.com.br/Cidadania/Temas_Transversais/)

NUNES, Abuchaim. Anorexia Nervosa. Parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995, P. 5-9.

OLIVEIRA, Fábio. Anorexia e bulimia: o corpo sob auto-ataque. *Saúde é vital*. Nº 270 fevereiro de 2006, p. 42-45.

PETROCELLI, Renata. Espelho, espelho meu. *Nós da Escola*. Nº 34, fevereiro de 2006, p. 37-39.

I Congresso nacional. A saúde do adolescente. Curso pré congresso. Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, 1991

REZENDE, Joffre. *Linguagem Médica*. Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2004.

SETIAN, Nuvarte. *Adolescência*. Monografias Médicas XI. São Paulo, Sarvier, 1979.

STEDMAN, Thomas Lathrop. *Stedman Dicionário Médico*- 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

TIBA, Içami. *Quem ama, educa*. São Paulo: Editora Gente, 2002.

Transtornos alimentares. Anorexia – doença psiquiátrica com mais vítimas fatais. <[www.redepsi.com.br](http://www.redepsi.com.br)>

Transtornos da alimentação. <[datasus.gov.br/cid10/webhelp/f50.htm](http://datasus.gov.br/cid10/webhelp/f50.htm)>

VARELLA, Drauzio. **O drama de quem vive a anorexia**.  
<[www.drauziovarella.com.br/qpeso/qpeso12.asp](http://www.drauziovarella.com.br/qpeso/qpeso12.asp)>

VASCONCELLOS, José Luiz. Programas de Saúde. São Paulo: Ática, 1985.