



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

ANOREXIA NERVOSA E A PERCEPÇÃO DA AUTO-IMAGEM
CORPORAL EM ADOLESCENTES

Amaya Caldas Villar de Almeida

Rio de Janeiro

Dezembro de 2005

Amaya Caldas Villar de Almeida

ANOREXIA NERVOSA E A PERCEPÇÃO DA AUTO-IMAGEM CORPORAL EM
ADOLESCENTES

Monografia apresentada como
Conclusão do Curso de Ensino Médio
e Técnico em Laboratório de
Biodiagnósticos em Saúde.

Orientador: Marco Aurélio Soares Jorge

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

Dedico esta monografia a meus pais, Laura e Eldemar, minha madrinha Glória e minha avó Rosa (in memoriam), pessoas que foram e continuarão sendo minha motivação a trilhar esse caminho de conhecimento, além de meu afilhado Gustavo que, com sua alegria de viver, incentiva o aperfeiçoamento diário de minha existência.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Laura e Eldemar, pelo apoio e incentivo constantes, ao se mostrarem sempre ao meu lado na produção deste trabalho, principalmente nos momentos difíceis nos quais a presença deles foi fundamental.

A minha madrinha Glória e familiares pelo encorajamento e dedicação para aperfeiçoamento deste trabalho, além do carinho com o qual me guiaram ao longo destes anos.

Ao meu orientador Marco por aceitar o compromisso tão sério de me orientar neste longo percurso de construção de conhecimento.

Àqueles profissionais dos Centros de Pesquisa em Transtornos Alimentares e professores que me auxiliaram através de referências bibliográficas e textos de apoio, como Verônica Soares e à ex-aluna Luiza, que prontamente me auxiliaram.

A meus amigos e todos aqueles que torceram pelo resultado satisfatório desta monografia, e à turma 2003 da EPSJV, a qual considero como minha segunda família, principalmente àquelas que acompanharam de perto todos os passos e evoluções deste trabalho: Karen, que de sua forma essencial esteve comigo sempre que necessitei; Fernanda, pela paciência com minhas dúvidas e inseguranças; além de Júlia, Vanessa, Liduína, Viviane e Simone, que também foram muito importantes na confecção deste trabalho e nessa jornada no Politécnico. Também agradeço a minha amiga Carolina, que mesmo à distância me apoiou e esteve disposta a me ouvir quando necessitei.

“Sobre o próprio corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados, do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros.

Nele também se atam e, de repente, se exprimem. Mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito.”

Michel Foucault

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
Capítulo 1-Anorexia Nervosa: Definição Geral e Breve Histórico.....	12
1.1-Definição Geral.....	12
1.2- Classificações diagnósticas da Anorexia Nervosa.....	12
1.2.1- DSM.IV.....	13
1.2.2-CID-10.....	14
1.3- Subclassificações da Anorexia Nervosa.....	15
1.4-Breve Histórico.....	16
Capítulo 2 - Quadro clínico e Conseqüências da Anorexia Nervosa.....	22
2.1-Aspectos Clínicos da doença.....	23
2.1.1- Alterações na conduta.....	23
2.1.2- Alterações no Corpo.....	25
2.1.3- Alterações na Atitude.....	25
2.2- Conduta Alimentar Diferenciada e Complicações Clínicas.....	25
2.3- Comorbidade na Anorexia Nervosa.....	28
2.4- Diagnóstico Diferencial.....	30
2.5-Epidemiologia da doença.....	32
Capítulo 3- Anorexia Nervosa e sua Determinação Multifatorial.....	34
3.1- Fatores Predisponentes.....	35
3.2- Fatores Precipitantes.....	36
3.3-Fatores de Manutenção.....	37

3.4- Fatores Sócio Culturais.....	38
Capítulo 4 - Características da portadora e de sua família.....	40
4.1- Aspectos Psicológicos e Comportamentais da Paciente.....	40
4.2- Formação geral das famílias.....	44
Capítulo 5- Curso e Prognóstico da doença.....	47
5.1-Curso da doença.....	47
5.2-Prognóstico e Evolução.....	49
Capítulo 6- Principais Tratamentos Empregados.....	51
6.1 – Manejo Nutricional.....	52
6.2 - Modelo Cognitivo-Comportamental.....	54
6.3- Terapia Familiar.....	57
6.4-Terapia de Grupo.....	58
6.5-Tratamento Ambulatorial.....	59
6.6- Tratamento Hospitalar.....	60
6.7- Tratamento farmacológico.....	61
Capítulo 7- Imagem Corporal.....	63
7.1- Breve Histórico.....	63
7.2- Principais Conceitos Introdutórios.....	65
7.2.1-Corpo.....	65
7.2.2-Autoconceito e Desenvolvimento.....	67
7.3-Imagem Corporal.....	69
7.4- Imagem Corporal e Esquema Corporal.....	73
Capítulo 8- Fatores Sócio Culturais na Imagem Corporal.....	75
8.1- Corpo e Sociedade.....	75

8.2- Imagem Corporal e Anorexia Nervosa.....	78
CONCLUSÃO.....	81
GLOSSÁRIO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

RESUMO

Esse trabalho tem por conteúdo geral o estudo do distúrbio conhecido por Anorexia Nervosa, e uma revisão bibliográfica acerca deste tema, citando portanto as diversas causas, a epidemiologia da doença, os tratamentos mais utilizados para a recuperação, suas subclassificações, as alterações conseqüentes no organismo do paciente e os possíveis distúrbios relacionados.

Ao constatar-se que a Anorexia Nervosa tem sua maior incidência em adolescentes de sexo feminino, o principal foco deste trabalho foi estabelecer a relação entre tal ocorrência e as características culturais da sociedade ocidental na qual a busca pelo corpo perfeito, ícone apresentado como ideal através da mídia, é incessante e não mede esforços nem conseqüências.

Para a realização dessa discussão, utilizou-se o conceito de auto-imagem corporal - frequentemente distorcido em casos de Anorexia Nervosa. Esta é uma doença que possui por uma das possíveis causas o alto grau de insatisfação com formas corporais nas pacientes frente aos ideais de beleza impostos pela sociedade contemporânea.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, a valorização do corpo e a preocupação com a aparência tornavam-se aspectos frequentes na população. Porém, na sociedade contemporânea, esse processo antes considerado natural, desenvolveu-se de forma exagerada, podendo até mesmo caracterizar uma obsessão quanto à imagem corporal. A nomeada “ditadura da beleza”, cresceu e atingiu inúmeras pessoas, fazendo com que estas identificassem como necessidade a obtenção de um corpo perfeito a qualquer custo.

Como consequência a tal busca pela perfeição, uma indústria de alta tecnologia empregada a cosméticos, academias, plásticas e remédios ditos “milagrosos” surgiu e hoje utiliza os meios de comunicação como forma de venda de seus produtos, através da utilização de modelos com um grau de perfeição utópico para a população como um todo, deixando a mesma insatisfeita acerca de seu próprio corpo e em constante busca por algo melhor, relacionando tal obtenção com o sucesso social, amoroso e até profissional.

O ideal pela busca da beleza pode transgredir os limites normais e acabar se transformando em algo patológico, como é verificado nos transtornos alimentares, como a Bulimia e a Anorexia Nervosa.

A Anorexia Nervosa é uma desordem alimentar caracterizada por “uma recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção de forma ou tamanho do corpo”.(DSM.IV,1994). Atinge principalmente adolescentes do sexo feminino, modificando sua auto-imagem corporal.

Portanto, o estudo abrange as percepções das mesmas acerca de seu corpo, que são frequentemente distorcidas e irreais, e sua relação com o grau crescente de incidência da

Anorexia Nervosa, já que uma das causas relacionadas frequentemente a este distúrbio é a eterna busca de consertar “defeitos” sem a noção de conseqüências perigosas.

Capítulo 1

Anorexia Nervosa: Definição e Breve Histórico

1.1- Definição Geral:

A Anorexia Nervosa é um distúrbio da alimentação que vêm aumentando sua incidência desde o fim do Século XX, e tem sua classificação em âmbito internacional constantemente ajustada e renovada. O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), lançado inicialmente no período Pós Segunda Guerra Mundial, aponta em sua quarta revisão (DSM-IV, 1994) a Anorexia Nervosa como “uma severa perturbação no comportamento alimentar”, na qual há uma “recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo”.

Geralmente, é consequência de dietas hipocalóricas(1) as quais ocorrem sem um acompanhamento médico adequado, e com pacientes que não possuem sobrepeso considerável, apesar de se definirem como obesas. Assim, há a ocorrência de alterações físicas, psicológicas e até mesmo metabólicas nestes indivíduos, tornando-os frágeis ao desenvolvimento de outras patologias.

1.2- Classificações Diagnósticas:

Segundo Garfinkel (in Nunes, 1998), é a partir da década de 1980 que a classificação diagnóstica da Anorexia Nervosa inicia um processo de aprimoramento, aumentando portanto consideravelmente a quantidade de estudos e pesquisas acerca desta

doença, tornando-a mais conhecida e divulgada.

As principais classificações hoje adotadas para abordagem da Anorexia Nervosa são a Classificação Internacional de Doenças (CID 10, 1997) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV, 1994).

1.2.1-DSM-IV:

Apesar desta classificação ser de uso restritamente norte-americano, serve de base para as múltiplas abordagens da Anorexia em âmbito global desde 1994, ano inicial de sua realização. Assim, tem por critérios diagnósticos :

A- Recusa a manter o peso corporal em uma faixa igual ou acima do mínimo normal à altura e idade;

B-Medo intenso do ganho de peso ou da possibilidade de se tornar gordo;

C- Perturbação da vivência do peso e da forma do corpo e negação do baixo peso atual;

D- A ocorrência de amenorréia, ou seja, interrupção de duração maior a três meses consecutivos do ciclo menstrual da mulher.

Deve-se observar que não é obtido um consenso acerca da quantidade de peso perdida para o estabelecimento do diagnóstico da doença, uma vez que este tem variado ao longo do tempo. No DSM-III (in Souza et al, 2000), a perda de peso requerida encontrava-se numa faixa maior de 25% do peso pré- mórbido, tendo esta taxa diminuído para 15% no DSM-IV, como forma de obter um diagnóstico mais precoce e possibilitar uma maior abrangência de pacientes em fase de crescimento.

Já a relação com o peso é estudada por Crisp (in Herscovicy & Bay, 1997), o qual descreve uma intensa preocupação com relação à manutenção deste como abaixo do normal, sendo tal critério também abordado no DSM-III, mas como um Distúrbio na Imagem Corporal. Essa visão foi modificada, pois causava dúvidas uma vez que nem todos aqueles pacientes que supervalorizam a imagem corporal eram exclusivamente anoréxicos. Assim, em 1987, o DSM-III-R aborda as atitudes e as conseqüências afetivas da imagem corporal, sendo em 1994 (DSM-IV) incluído neste conceito o enfoque exacerbado do paciente com relação a sua experiência de forma e peso corporais e falta de percepção das profundas conseqüências da inanição.

A amenorréia como Critério Diagnóstico também é tema de discussão para alguns autores, como Garfinkel(in Nunes, 1998), que afirma que a interrupção da menstruação pode ser um fator anterior ao real desenvolvimento da doença, e portanto necessita de estudos mais aprofundados para sua constatação.

1.2.2-CID-10

Oficialmente reconhecida em território internacional, começou a ser utilizada no Brasil em 1996 e tem em seus critérios uma maior clareza quanto à relação da paciente com Anorexia e a perda de peso, além de abordar uma subdivisão de anorexia em normal e atípica.

Considera que haja uma “distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica, por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio”.Além disso, também cita as possíveis alterações nos hormônios como uma conseqüência ao

rompimento do ato de comer, tais como a elevação da produção de hormônio do crescimento, de cortisol e anormalidades quanto à liberação de insulina.

Além destas definições, há aquela apresentada no Compêndio de Psiquiatria (Kaplan, 1997), a qual também aborda as características alimentares restritivas, pelo fato de haver uma alimentação menos calórica, com porções e repetições ao dia também menores, podendo levar até o jejum completo, além de citar a amenorréia como fator determinante de Anorexia Nervosa. Kaplan também discorre acerca da Anorexia Purgativa, a qual será discutida posteriormente, e se baseia em crises de comer compulsivamente seguidas do uso de remédios anorexígenos.

1.3-Subclassificações da Anorexia Nervosa:

De acordo com a classificação utilizada no DSM-IV(1994), a Anorexia Nervosa subdivide-se em dois grupos: Anorexia Restritiva e Anorexia Bulímica:

A anorexia tipo bulímico, a qual também é nomeada como tipo compulsão periódica/purgativo, associa aos sintomas de baixa ingestão de alimentos uma conduta purgativa, ou seja, após ingerir pequenas quantidades, inicia um processo de purgação, utilizando-se de vômitos auto-induzidos ou laxantes e diuréticos em altas quantidades. A utilização de enemas (2) também é usualmente feita.

Também há casos de pacientes que apresentem episódios periódicos de comer compulsivo, nos quais a ingestão de calorias é muito alta e rápida, e se seguem por uma tentativa de eliminação destas através de purgação e vômitos. Kaplan (1997) também cita como característica a realização de exercícios excessivamente intensos e forçados como método compensatório a estes episódios. Recentes estudos apontam que considerável

parcela de indivíduos anoréxicos tipo purgativo faz uso de métodos para purgação pelo menos uma vez na semana, porém as causas dessa frequência ainda são desconhecidas.

A Anorexia tipo restritivo pode ser caracterizada como menos grave, pois apresenta perda de peso conseguida através de dietas rigorosas, geralmente em adição à exercícios físicos demasiados. Nesse caso, não há ocorrência do “comer compulsivo”, nem de utilização de remédios que facilitem a purgação. Assim, pacientes deste tipo apresentam melhores chances de completar um tratamento e recuperar-se.

Já o CID-10 (1996) apresenta um outro tipo de Anorexia Nervosa, sendo esta nomeada por atípica, e consiste em um transtorno onde algum dos sintomas considerados principais para a constituição do diagnóstico, tal como o acentuado temor à gordura e a amenorréia, esteja ausente. Também é utilizada a expressão Síndrome Parcial de Anorexia Nervosa para descrevê-la e se observa que estas são mais habituais do que a patologia completa. Deve-se salientar que este diagnóstico se torna inócuo quando há a presença de outros transtornos físicos associados à perda de peso.

1.4- Breve Histórico:

A Anorexia Nervosa tem seu início ainda na Europa Medieval, por volta dos anos 1200 à 1500, onde a ocorrência de jejuns prolongados se dava de forma comum e podia ser interpretada como uma forma de aproximação à Deus ou até mesmo de pactos demoníacos. A Anorexia Sagrada, como foi classificada por Rudolph Bell em seu livro *Holy Anorexia*, é descrita como uma negação às necessidades fisiológicas, como que para o encontro de outras formas de alimentação, advindas através da oração. Portanto, a Anorexia Nervosa encontrava-se, nesta fase, ligada a um sinal de santidade, como é relatado nos casos como o

de Liduina de Shiedam, santa do Século XIV, a qual viveu por vários anos alimentando-se infimamente, além de Catarina de Siena (1347-1380), que ocupava seu tempo integralmente com a Religião, e não se alimentava, além de induzir vômitos.

Bell (in Cordas et al, 2002) irá atribuir a Anorexia Sagrada características similares a atual Anorexia Nervosa, como o jejum e uma busca de libertação das mulheres frente à uma sociedade patriarcal, além de uma crise de identidade freqüente. Porém essa classificação similar é tida para alguns autores como errônea, pois um dos principais sintomas considerados atualmente na Anorexia Nervosa - o pavor ao processo de engordar - não se encontrava presente na Anorexia Sagrada. Além disso, Habermas (in Nunes, 1998) considera a conduta de jejum similar aos atos de flagelação e, portanto, apenas mais uma forma de religiosidade.

Já após a Reforma Protestante, que permite a emergência de novas religiões e remodela o esquema clerical, o ato de jejuar passa a ser visto como uma aproximação ao demônio, sendo repugnado então pela Igreja. Durante todo este período a Anorexia é relacionada à Histeria, a qual se caracteriza por ser uma neurose que causa uma redução da função física e atividade mental, sendo esse conceito atualmente relacionado aos “Transtornos Dissociativos e de Conversão”, abordados assim no CID-10. (1997)

Há neste mesmo período um desenvolvimento considerável da ciência, o que possibilita o início dos estudos mais aprofundados acerca da Anorexia, passando a relacioná-la com causas orgânicas e mentais.

A primeira descrição clínica da Anorexia Nervosa ocorre em 1694, e é realizada por Richard Morton, o qual frisa a existência da inanição e conseqüente perda de peso, além da amenorréia e preocupação excessiva com os estudos. Também descreve a sensação de frio constante e periódicos desmaios aliados a problemas digestivos e falta de apetite.

Ele chama essa condição de uma consupção nervosa, e a relaciona a um estado de tristeza e ansiedade. Resumindo, “a forma de apresentação da anorexia era apenas parte de um complexo sintomatológico maior.” (Gorgati, 1999)

Somente após aproximados duzentos anos (1868), ocorre a análise desta de forma mais profunda, sendo relatada por Gull inicialmente como *Apepsia Hysterica* (Anorexia Histórica) e, em 1874, este descreve a doença - agora nomeada como Anorexia Nervosa – como “forma de inanição e depressão de todas as funções vitais”.(Cordas et al, 2002)

Neste mesmo período, Lasègue (in Gorgati, 1999) publica seu trabalho *L’Anorexie Hysterique*, levando por base fatores relativos a insegurança intrínseca à paciente, além da constante negação do estado de doente. Diante a esta situação, Lasègue propõe um tratamento que prioriza a relação da paciente, seu sintoma e sua família, tratamento este que consiste num isolamento da paciente de sua família. Essa terapia é criticada por outros autores, por ser desnecessária.

Para aquele, a Anorexia é uma derivação da Histeria (3) e portanto se relaciona a “uma perversão no sentido moral, que está relacionada a uma escolha quase consciente entre passar por doente ou por caprichosa, mimada. A histérica escolhe a primeira alternativa, sem dúvida e mais, parece gozar de um contentamento patológico”, enquanto a anoréxica, “diante de uma sensação de desconforto (dor epigástrica), elabora uma hipótese teórica desenvolvida com uma lógica irrefutável, até suas consequências mais extremas.” (Gorgati, 1999)

Freud, em 1895, cita em uma de suas cartas um caso de Anorexia, referindo-se a este como “uma forma de melancolia pré-puberal causada por conflitos sexuais reprimidos”. (Freud apud Herscovicy & Bay, 1997). Ele relaciona a patologia anoréxica

uma recusa aos símbolos sexuais e cita o fato de que os problemas emocionais acabam por causar sintomas físicos.

Charcot, em 1889, é o primeiro a observar a persistência da anoréxica no que tange à manutenção de um corpo magro por rejeição/medo da obesidade (Habermas apud Herscovicy & Bay.) Já Pierre Janet, no mesmo período, distingue dois tipos de Anorexia: obsessiva e histérica, sendo a primeira caracterizada por uma recusa ao ato de alimentar-se, mesmo com o apetite ainda existente, enquanto no segundo caso, há uma real perda de apetite. Para ele, a manutenção severa do baixo peso referia-se a uma tentativa do não-desenvolvimento do corpo e conseqüente retardamento da maturidade sexual.

Huchard sugere, no início do Século XX, a expressão *anorexie mental*, porque considera que os fatores histéricos (como cegueira e paralisia) não se encontravam presentes na Anorexia. (Nunes, 1998)

Em 1914, Simmonds refere-se à Anorexia como uma Caquexia Hipofisária (4) pois, ao fazer autópsia de uma paciente, encontra uma acentuada destruição pituitária, causando assim certa confusão entre essas doenças, que só será esclarecida em 1939, por Otto Sheehan, considerando a Caquexia como totalmente derivada de origens orgânicas, enquanto a Anorexia não. (Cordas, 2002)

Na década de 1940, as teorias da causalidade psicológica para a Anorexia Nervosa são retomadas, porém agora são relacionadas aos novos conceitos psicanalíticos que focavam os sintomas subjacentes àqueles demonstrados. Assim, a Anorexia se mostra como um repúdio à sexualidade acrescido à constante ocorrência de fantasias de gravidez oral.

A partir desta década, podem-se distinguir duas tendências de explicação para a Anorexia: A primeira tenta entender o problema através do entendimento do significado simbólico do componente “oral” da doença, enquanto o outro se baseava no

aprofundamento dos estudos acerca da personalidade e hábitos do paciente. (Bruch apud Herscovici & Bay,).

Assim, a partir dos anos 50 e 60, a tentativa de definir essa patologia com uma única formulação é abandonada, pois se entende que esta é muito mais complexa e demanda a conjugação de diversos fatores- dentre eles alguns psicológicos e biológicos, iniciando desta forma a busca por um modelo multideterminador.

É importante ressaltar que, nesta época, os padrões de beleza ocidental se modificam: Adota-se o pensamento de que o corpo esbelto influi diretamente no sucesso e auto-determinação de uma indivíduo perante si mesmo e à sociedade, ou seja, a magreza começa a ser relacionada à sucesso e disciplina, além de sinal de beleza, como cita Del Priori(2000) “A indústria cultural ensina às mulheres que cuidar do binômio saúde-beleza é o caminho seguro para a felicidade individual”. Além disso, é neste período que a inserção da mulher no mercado de trabalho se dá de forma mais acentuada, causando o desaparecimento do “comer em família”, e a agilização do tempo, que se torna cada vez mais curto diante das diversas atividades exercidas num dia.

Concomitantemente, é a partir desta época que a exploração de fatores socioculturais nos transtornos alimentares é iniciada. Hilde Bruch exerce um papel fundamental na pesquisa sobre Anorexia, pois seus escritos iniciados em 1950 salientam aspectos primordiais, tais como o transtorno na imagem corporal e uma deturpação dos sinais de necessidades nutricionais do corpo, além de falhas severas na identidade, baixa autonomia e deficiências no ego. Então, descreve as pacientes como indivíduos que se consideram ineficazes frente às altas expectativas dos pais e se vêem como limitados. Por isso, Minuchin (apud Herscovici & Bay, 1997) relaciona certas estruturas familiares, como aquelas onde as relações são formais e dificultadas e há grandes cobranças com relação aos

filhos, com a ocorrência de Anorexia. Ao mesmo tempo, Crisp difere sua teoria desta ao relacionar a perda de peso com uma proteção à maturidade sexual e suas conseqüentes pressões. (Nunes, 1998)

Gerald Russel, em 1970, cita uma conduta propícia à perda de peso juntamente à fobia de ganhar massa corporal e distúrbios endocrinológicos - amenorréia em mulheres e perda de potência sexual em homens- como Critérios Diagnósticos para a Anorexia. Estes são válidos até hoje, porém com algumas modificações.(Cordas, 2002)

Capítulo 2

Quadro clínico e Conseqüências da Anorexia Nervosa

-2.1-Aspectos Clínicos da doença:

A perda acelerada de peso em um pequeno espaço de tempo produz uma série de alterações metabólicas, endocrinológicas e físicas na paciente, a qual normalmente pertence a faixa etária dos 13 aos 17 anos, e desencadeia a doença após algum acontecimento traumático, porém tendo antes iniciado uma dieta rigorosa e hipocalórica.

O hábito alimentar se torna bizarro e ritualizado (Nunes, 1998). Com o tempo, a pessoa passa a concentrar suas atenções e anseios na dieta, passando esta a ser agente motivador de sua vida. Assim, o curso da doença é marcado por uma contínua redução de peso aliada a um crescente objetivo de manutenção de dietas cada vez mais rígidas. Estudos realizados por Beaumont indicam ingestão inicialmente de 701 kcal/dia, passando a 296 kcal/dia em fases mais avançadas da doença, enquanto outros estudos demonstram uma dieta oscilante entre 600 e 900 kcal/dia (Nóbrega, 1988). De qualquer forma, é notável a redução calórica quando esta é comparada com a necessidade diária encontra-se entre 1400 e 2000 kcal/dia. Em pacientes anoréxicas purgativas, a ocorrência de episódios de compulsão alimentar são marcados pela ingestão de 1200 kcal à 20000 kcal em um curto espaço de tempo, sendo seguida por purgação. Nesses episódios, as pacientes põem música alta ou até mesmo ligam o chuveiro para que ninguém note que ela vomita.

O vômito, normalmente induzido com os dedos, cabos de talheres e arame, provoca alterações no esmalte dos dentes e lesões nas mãos graças ao atrito com a arcada dentária, além de machucar a garganta de forma profunda.

A paciente perde a capacidade de perceber e controlar a sensação de fome, passando então a ignorá-la. Porém um dos pontos mais discutidos é o fato de que, na Anorexia Nervosa, não há real perda de apetite e sim uma constante luta contra o mesmo.

A distorção da Imagem Corporal é muito freqüente, porém há casos em que ela inexistente e traz como consequência a falsa percepção de que algumas partes são maiores e desproporcionais ao resto do corpo, sendo estas partes normalmente referentes aos seios, abdome e pernas.

Herscovicy (1997) estabelece os principais pontos clínicos da Anorexia, e os subdivide em três :

2.1.1- Alterações na conduta:

Além da redução da ingestão diária de alimentos, há o surgimento de atos considerados bizarros, como esmiuçar os alimentos, separá-los, exigir um tempo prolongado para a ingestão, como forma de diminuir o consumo de alimentos de maneira mais efetiva. A paciente também possui uma constante vontade de realizar novas receitas, porém nunca de prová-las e normalmente esconde alimentos em seus armários e gavetas. Ou seja, mantém a comida e seus hábitos alimentares como presentes em todos os momentos de sua vida. Há relatos de que anoréxicas sujam seus pratos como forma de demonstrarem a seus pais que se alimentaram, quando essa alimentação não se efetivou realmente.

Por isso, há constantes desculpas para evitar sentar-se à mesa, como forma de esconder sua real alimentação, e fuga de locais e eventos onde a comida seja abundante, como jantares e festas. Assim, as relações sociais da paciente acabam por ser deixadas em

segundo plano, sendo substituídas por sua relação de dependência com a dieta. Quando são observadas obsessões e compulsões não relacionadas à dieta, peso ou esquema corporal, um diagnóstico concomitante à Anorexia de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (5) deve ser analisado.

O exercício físico é intenso e exagerado, principalmente após episódios de exageros alimentares, causando assim constantemente desmaios e mal-estar. O indivíduo também constantemente sofre de transtornos de sono, tendo dificuldade para dormir.

O espelho e a balança também são notadamente analisados: diversas vezes ao dia, a paciente se auto-analisa e se pesa, além de trocar de roupas de forma exagerada.

2.1.2- Alterações no Corpo:

A ausência da menstruação prolongada por mais de três meses nas mulheres é frequente, sendo por isso um dos critérios diagnósticos utilizados. Acontece como consequência a queda dos níveis de estrógeno, o que acarreta uma redução de hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH). Já no caso dos homens, torna-se critério diagnóstico uma impotência sexual, graças à queda nas taxas de testosterona.

A intolerância ao frio também é notável, e é devida a pouca camada adiposa e até mesmo muscular após o emagrecimento exacerbado da paciente. Por isso, essa apresenta um aspecto de frágil e um físico emaciado, sendo constantemente escondido através de inúmeras camadas de roupas largas e volumosas. Seus ossos também ficam mais aparentes, sendo assim comparadas a “esqueletos”.

Há também a transformação da pele em seca e áspera, além da quebra de unhas e cabelos, que pode até causar calvície parcial, nomeada por alopecia e lanugem, a qual caracteriza uma penugem delgada que cobre o corpo.

2.1.3- Alterações na Atitude:

Sinais de irritabilidade, seguidas de bom humor, ou seja, constantes alterações de humor são proeminentes. Estas são determinadas de acordo com o sucesso ou não das dietas rígidas que realiza. Essas alterações adicionadas a uma nova rotina dedicada a comida, causam um isolamento social: a paciente sente vergonha de sair e se esconde atrás de diversas roupas. Isso traz como conseqüência sintomas de tristeza e depressão que, aliados à Anorexia, só agravam o quadro clínico da paciente.

Esta também é constantemente referida como perfeccionista e detalhista, estando portanto, nunca plenamente satisfeita consigo mesma. Sua conduta de dedicação aos estudos, perfil encontrado majoritariamente nos casos abordados, é abandonada após o desenvolvimento da doença, pois há uma dificuldade de concentração e de atenção consideráveis.

2.2- Conduta Alimentar Diferenciada e Complicações Clínicas:

Pacientes com Anorexia Nervosa comumente regulam sua ingestão de calorias, através da supervisão de seu consumo calórico. Já nas fases purgativas, essa contagem se torna mais complicada, pois o excesso da ingestão alimentos é considerável. O aporte baixo de calorias causa uma baixa absorção de nutrientes, principalmente de carboidratos

proteínas e gorduras, sendo estas últimas as mais evitadas e, em baixas quantidades, causam falta de ácidos graxos no organismo. Mas a restrição severa de gorduras causa nos episódios de compulsão alimentar uma ingestão elevada das mesmas.

Apesar de boa parte das calorias estarem ligadas às proteínas, seu consumo total normalmente é insuficiente, sendo tal fator relacionado à constante ocorrência de condutas vegetarianas, dietas nas quais a absorção protéica é comprometida, pois não há ingestão de carnes (grandes fontes de proteína).

O consumo de minerais também é insuficiente, principalmente de cálcio, o qual é extremamente importante na fase da adolescência para um crescimento saudável. A falta de cálcio pode causar a osteopenia(6) e osteoporose (7). O consumo de ferro também é usualmente ineficaz, em casos de dietas que evitem carne e limitem a ingestão de vegetais e grãos. Isso causa, em alguns casos, anemia por falta de ferro, porém esta não é comum, uma vez que em jovens com amenorréia as necessidades de ferro sofrem uma queda.

Já a taxa de vitaminas raramente sofre alterações, e não significa prejuízos consistentes, pois nestas doenças o organismo muda os processos anabólicos para catabólicos, necessitando assim de menor quantidade de vitaminas, como forma de economizar energias.

O consumo deficitário de zinco é extremamente relacionado ao paladar alterado existente nos transtornos alimentares, e causa impactos profundos na paciente anoréxica, se esta ainda se encontra em fase de estirão pubertário.

Um dos fatores nutricionais importantes para indivíduos com Anorexia Nervosa é a ingestão de água, a qual é bem reduzida nessas condições. Alguns pacientes citam que a ingestão de água, mesmo que pouca, causa empachamento. A desidratação pode causar uma elevada taxa de uréia e creatinina sanguíneas, além de outras alterações bioquímicas

fundamentais, como a hipofosfatemia (8) e hiperamilasemia (9). Problemas renais decorrem dessa desidratação, resultando na baixa filtração glomerular, e portanto, redução na excreção de líquidos e cálcio. Há outros casos nos quais a ingestão de água é acentuada na tentativa de atenuar a fome, ou para fingir um peso maior nas consultas médicas.

A indução de vômitos leva a alcalose metabólica (10), hipocloremia (11)- graças ao vômito do ácido clorídrico presente no suco gástrico, a hipocalemia (12), pois este é utilizada na falta de ácido clorídrico como compensador e o uso de laxantes causa acidose metabólica(13). Hipoglicemia ocorre em pacientes que se submetem a dietas restritivas excessivas ou mantêm-se em jejum por um longo período de tempo.

Caroteno sérico elevado também é encontrado, produzindo uma cor amarelada frequentemente encontrada nas mãos de pacientes anoréxicas restritivas. Os níveis de hormônio tiroideano (tiroxina sérica) (14) estão comumente diminuídos, assim como há a possibilidade de aumento de cortisona plasmática (hiperadrenocorticismo). Catarata, atrofia de nervo óptico e degeneração da retina também são encontradas como consequência da inanição. (Nunes, 1998)

Porém, “os resultados dos exames laboratoriais, incluindo hemograma, exame de urina, e exames bioquímicos, são frequentemente normais, mesmo na presença de considerável perda de tecido corpóreo. Os mecanismos compensatórios são extraordinários, fazendo que as provas laboratoriais só se alterem em fases avançadas da doença.” (Lucas apud Nóbrega,1998). Quando estão alterados, podem apresentar leucopenia (15), trombocitopenia (16) e falta de vitamina K, sendo estes dois últimos fatores que aumentam a possibilidade de ocorrência de sangramentos.

Já os exames de eletrocardiograma podem estar fortemente alterados, apresentando diminuição do ritmo cardíaco (bradicardia) e diversas outras arritmias. Isso está comumente

ligado à alimentação ruim e inadequada e a deficiência de minerais e proteínas necessários para o bom desenvolvimento do corpo, dentre outros fatores. Além disso, há uma grande ocorrência de hipotensão arterial sistêmica.

Quanto às alterações gástrico-intestinais, constipação é um dos sintomas mais encontrados. A velocidade de ingestão dos alimentos também é baixa, mantendo-os no estômago por maior tempo, e assim causando dilatação gástrica, a qual pode resultar numa ruptura da parede do mesmo.

2.3- Comorbidade na Anorexia Nervosa

O vocábulo comorbidade é aqui empregado como a existência concomitante de patologias ou distúrbios. É notável a ocorrência de outros transtornos associados aos Distúrbios Alimentares e, na Anorexia Nervosa, os mais frequentes são os Transtornos de Humor, Sintomas depressivos e distorções cognitivas, além da Fobia Social e do Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Os quadros depressivos são comumente encontrados em pacientes anoréxicas do tipo bulímico, sendo nesta categoria também frequente o abuso de drogas e bebidas alcoólicas, devido às características impulsiva e incontrolável da paciente, porém aqueles podem ser considerados secundários, ao passo que dietas restritivas afetam a comunicação dos neurotransmissores e assim ocasionam o desenvolvimento de sentimentos depressivos, como tristeza e dificuldade de concentração. (Nunes, 1998)

Também há situações onde esses sintomas são decorrentes de aspectos intrínsecos da doença, como a culpa por não manter uma dieta rígida, ou por um episódio de comer compulsivo, além de teorias que relacionam a depressão com a perda de vínculos sociais

decorrentes do desenvolvimento da doença. E ainda há casos onde a depressão pode ocorrer anteriormente à Anorexia, ou até mesmo concomitantemente, porém é considerada independente, demonstrando a ocorrência de depressão como Fator de Risco à Anorexia.

Já a ocorrência de Fobia Social encontra-se normalmente anterior ao desenvolvimento da Anorexia, e majoritariamente associada a quadros mais graves de depressão, demonstrando que a mesma também pode ser considerada como fator de risco.

Há teses que demonstram a ocorrência de TOC (Transtornos Obsessivos Compulsivos) após privação alimentar até em indivíduos normais, o que levaria a conclusão de que após o tratamento, esses distúrbios seriam sanados, o que não ocorre. Também são comumente relacionados como secundários aos sintomas de depressão e, portanto ocorrerem na Anorexia como decorrência destes.

Bruch (in Herscovicy, 1997) desenvolve em seu trabalho uma correlação entre traços de personalidade pré-morbida e a Anorexia Nervosa, demonstrando assim estes como Fatores Predisponentes, que serão abordados no próximo capítulo. Todavia outras pesquisas defendem os Transtornos de Personalidade como secundários a Anorexia.

De fato, o estudo da Comorbidade na Anorexia Nervosa ainda se encontra em fase de expansão, e portanto denota diversos confrontos de teorias as quais não estão ainda devidamente concluídas e experimentadas. Assim, nota-se a necessidade de maiores estudos acerca da relação entre os diversos distúrbios mentais e Anorexia para resolução deste impasse.

2.4- Diagnóstico Diferencial

A existência de outros transtornos psiquiátricos os quais possuam as mesmas características da Anorexia Nervosa torna necessário que a equipe de médicos caracterize o indivíduo como portador de Anorexia Nervosa somente após uma constatação se os principais sintomas apresentados são mesmo relacionados à esta. Assim, o médico ao constatar sintomas não decorrentes da Anorexia, encaminha o resultado para outros distúrbios, psiquiátricos ou não.

“O diagnostico diferencial da anorexia nervosa é complicado pela negação dos sintomas por parte do paciente, pelo segredo envolvendo seus rituais alimentares bizarros e sua resistência a buscar tratamento. Portanto, pode ser difícil identificar o mecanismo de perda de peso e os pensamentos ruminativos associados, envolvendo distorções da imagem corporal.” (Kaplan, 1997, pág 649)

Esse processo de reconhecimento da doença também é dificultado pelo progressivo aumento da especificação da Medicina, ou seja, médicos os quais não conheçam como um todo o quadro clínico da Anorexia, irão classificar apenas a gama de sintomas referente à sua área de atuação, mostrando assim uma visão parcial do distúrbio. Herscovicy & Bay (1997) utilizam-se do exemplo de um neurologista, que irá encarar a Anorexia como um tumor hipotalâmico, enquanto um endocrinologista a definiria em hipertireoidismo.

Alguns transtornos que possuem sintomas em comum com a Anorexia são o Transtorno Conversivo (17), a Esquizofrenia (18), a Depressão, a Doença de Wilson (19) e a Síndrome da artéria mesentérica superior (20).

Consequentemente, devem ser analisadas as possíveis causas da perda de peso, tais como doenças gastrintestinais, tumores cerebrais, condições malignas ocultas e AIDS e

nestas, diferentemente da Anorexia, não ocorrem transtornos da imagem corporal e anseios de maior perda de peso. Em síndromes depressivas e ocorre a mesma situação: há perda de peso, porém não há um medo de engordar. Já na Esquizofrenia, os pacientes demonstram hábitos alimentares estranhos e raramente apresentar perda de peso, e não apresentam medo de engordar.

A síndrome da artéria mesentérica superior (caracterizada por vômitos secundários à obstrução intermitente da saída gástrica) também deve ser analisada e diferenciada da Anorexia Nervosa, todavia haja casos nos quais esta síndrome atinge indivíduos anoréxicos.

Para diferenciar a Bulimia Nervosa do diagnóstico de Anorexia Nervosa tipo Compulsão Periódica, deve-se notar que indivíduos bulímicos, apesar de também realizarem episódios purgativos, mantêm sua massa corporal em um patamar considerado mínimo normal ou acima deste.

E algumas características da Anorexia Nervosa são critérios diagnósticos de outras doenças, tais como fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. (Nunes, 1998). O DSM-IV cita exemplos dessas similaridades:

“ Especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou embaraçados por serem vistos comendo em público, como na Fobia Social; podem apresentar obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ou preocupar-se com um defeito imaginário em sua aparência física, como no Transtorno Dismórfico Corporal.” (DSM-IV,1994)

2.5-Epidemiologia da doença:

Pesquisas demonstram a ocorrência de Anorexia Nervosa variante entre 0,5% e 1,0% em toda a população (Nunes, 1998), e apesar de ser uma doença observada desde a Idade Média, seu aumento de incidência é constatado a partir da década de 30 e, atualmente, torna-se notável sua expressão na mídia.

Sua prevalência é verificada em sociedades desenvolvidas e industrializadas, geralmente na cultura ocidental, onde a busca pela magreza como obtenção de sucesso se torna uma constante. Por serem considerados centros, esses países irradiam sua cultura para os demais, aumentando assim de forma considerável o número de casos de Anorexia.

Atinge principalmente mulheres do que homens, numa proporção de 10:1. (Hsu in Nunes, 1998) e acomete geralmente integrantes das classes sociais mais altas, apesar de estudos que comprovam um crescimento da doença nas classes médias da população. Inicia-se normalmente durante a adolescência, porém há casos onde a doença se desenvolve anteriormente a essa fase.

A incidência de anorexia em homens é expressiva em homossexuais, denotando sua maior preocupação com a aparência e com sua forma corporal. Outro grupo de risco é de profissionais que necessitam da boa forma para seu trabalho, como bailarinos, modelos e atores. Ao contrário das mulheres, não ficam esqueléticos, e sim, desenvolvem sua musculatura através de malhação intensa e exagerada e, por isso, a descoberta da doença se torna mais difícil, resultando numa dúvida quanto a real taxa de Anorexia em homens.

Em proporção bem menor, ocorre precocemente em crianças, sendo subclassificada em: Anorexia Passiva e Ativa. Nas duas há perda de apetite, porém no primeiro caso a

criança afasta-se do mundo, desenvolvendo assim características autistas, exigindo portanto um tratamento psiquiátrico mais aprofundado.

A ocorrência de Anorexia Nervosa em pacientes com idade superior à 40 anos também é encontrada, e é nesta faixa que ocorrem 78% do número de mortes por Anorexia.

Capítulo 3

Anorexia Nervosa e sua Determinação Multifatorial

De acordo com o histórico já abordado da Anorexia, esta foi por diversas vezes confundida com outras patologias, desde psiquiátricas até hormonais e hipotalâmicas. Para evitar a conclusão de diagnósticos errôneos, a abordagem atual deriva da análise desses diversos campos concomitantemente.

Assim, a Anorexia Nervosa deve ser constatada através de uma abordagem nomeada por multifatorial, ou seja, considerada consequência da adição de diversos fatores, os quais são muito heterogêneos e englobam desde aspectos psíquicos até de influências externas à paciente.

Cooper (in Nunes, 1998) aborda esses fatores, nomeando-os como “Fatores de Risco” e, para tal, divide a doença em diversos estágios nos quais o inicial, é o período no qual esses fatores podem ocorrer e “aumentar seu risco de seu desenvolvimento sem fazê-la inevitável.”

Já Herscovici e Bay (1997) classificam essas mesmas características como fatores predisponentes, sócio culturais, de manutenção e precipitantes. Apesar destes fatores serem abordados por diversos autores, os estudos ainda não possibilitam uma conclusão concreta se estes são causa ou consequência da Anorexia, pois as pesquisas por muitas vezes são falhas e não se utilizam de grupos controle para medir se essas características se restringem aos Transtornos Alimentares ou são encontrados em outras patologias.

3.1- Fatores Predisponentes

É comum o comportamento dependente da paciente, demonstrando portanto um problema no que tange à autonomia e a conseguinte possibilidade de independência da mesma, que se mostra com uma identidade referente aos anseios de seus pais, juntamente a um “déficit do eu”, ou seja, um sentimento de ineficácia pessoal quanto ao corpo e outras realizações. Desta forma, o indivíduo se vê como um reflexo de influências externas de seus pais e amigos e anseia encontrar um controle.

Os pais comumente descrevem suas filhas anoréxicas como muito inteligentes e dedicadas. De fato, a dedicação aos estudos é freqüente no momento anterior à Anorexia, pois o isolamento social causa um maior investimento acadêmico, o qual vai sendo prejudicado com o desenvolvimento da doença e conseqüente envolvimento extremo com as dietas e a alimentação.

Apesar das diversas variações da personalidade da anoréxica, Herscovicy & Bay (1997) descrevem como principais traços de personalidade a “grande necessidade de aprovação externa, tendência ao conformismo, falta de resposta às necessidades internas, perfeccionismo e escrupulosidade”. Ou seja, demonstram a constante tentativa por parte do indivíduo de conformar-se de acordo com os outros os quais possuem expectativas extremamente altas. E a família tem papel fundamental na formação dessa personalidade, ao mostrar-se como muito protetora e preocupada com a aparência externa, levando assim a paciente a aumentar a cada dia sua cobrança com relação à si mesma.

O histórico de obesidade também se torna um fator precipitante, uma vez que nesse caso a realização de dietas é mais freqüente e, quando a conduta alimentar é rígida, pode vir

a desencadear uma Anorexia, assim como o transtorno da autopercepção do tamanho corporal pode desencadear-la. Um fato interessante é que as pessoas que tentam manter-se em dieta normalmente possuem um peso maior do que aquelas que comem normalmente. Sendo assim, a obesidade é um fator precipitante indireto à anorexia, pois na verdade propicia a ocorrência de dietas rígidas, que podem ou não causar um quadro anoréxico. Hsu (in Morgan et al,1998) cita que “ a prevalência dos transtornos alimentares parece aumentar na mesma proporção que a prevalência dos comportamentos relacionados à dieta”.

O risco de parentes de primeiro grau de outros que já possuíram anorexia é três vezes maior que a normalidade, além de gêmeos monozigóticos, onde as chances quadruplicam.

3.2- Fatores Precipitantes

Não há um fator específico precipitante o qual desenvolva a doença. Assim, há vários eventos que propiciam-na, os quais não podem ser classificados particularmente. Também podem estar envolvidos no aparecimento de outros transtornos psicológicos, e também podem não significar fatos realmente importantes ao estudo.

Como exemplos, há a perda de algum ente ou a separação, os quais causam uma desestruturação no ambiente familiar/escolar, ou até mesmo uma doença física. O aborto, perda de pais ou separação são fatos comuns como precipitantes. E esses acontecimentos tem por fato comum uma mudança na personalidade da paciente, mostrando assim uma perda de autocontrole e da auto-estima, os quais tentam ser recuperados através do controle do peso e do corpo.

3.3-Fatores de Manutenção

O curso da doença poderá apresentar certas síndromes as quais possibilitem que a mesma se reforce e continue sua cronicidade. Herscovicy & Bay (1997) agrupam-nos em seis características básicas:

- Síndrome da Inanição, a qual pode acarretar mudanças psicológicas tais como irritabilidade, ansiedade, falta de foco e concentração, afastamento social, depressão, dentre outros. Porém deve-se salientar que essas características são intrínsecas à falta de alimentação , e não ao distúrbio alimentar Anorexia Nervosa. Sendo assim, outras doenças que desencadeiem uma falta de apetite também poderão desenvolver tais artefatos;

- Vômitos, que dificultam o fim da doença e a agravam, em vista que parecem uma solução: “emagrecer mesmo comendo de tudo”, pensamento este errôneo;

- Graças a pequena quantidade de alimentos ingerida, a digestão se dá de forma mais lenta , e portanto o alimento mantém-se por mais tempo no tubo digestivo e causa uma constipação crônica e sensação de saciedade, o que causa um ciclo repetitivo onde a anoréxica cada vez mais come menos e se sente mais enjoada;

- O transtorno da imagem corporal, que ainda não pode ser definido como causa ou conseqüência da Anorexia, mas é de fato perpetuador da mesma;

- Pensamentos dicotômicos referentes à cognição, onde há uma abstração seletiva, além de uma generalização, um raciocínio dicotômico e superticioso, fatores os quais serão abordados no próximo capítulo.

- Fatores predisponentes não resolucioneados, tais como os problemas familiares.

3.4- Fatores Sócio Culturais:

*“ [...]Uma das características de nossa sociedade é sua lipofobia, sua obsessão pela magreza, sua rejeição quase maníaca à obesidade.”
(Fischler, 1995)*

Os aspectos sócio-culturais dos Transtornos Alimentares vêm ganhando cada vez mais espaço para pesquisa no mundo contemporâneo, haja vista sua correlação com as mudanças pelas quais a sociedade passou neste último século quanto à beleza e a estética.

O culto à magreza não é característica das sociedades antigas pois nestas, possuir quilos excedentes era possível somente aos burgueses, e portanto eram associados à riqueza, abundância, prosperidade e saúde. Este referencial muda a partir do século XX, uma vez que a sociedade evoluiu tecnologicamente e a moda tornou-se mais influente: Os corpos roliços são substituídos por uma silhueta cada vez mais esbelta, a qual passa a ser amplamente divulgada.

Assim, a beleza passa a ser considerada algo a ser conquistado e produzido, ao invés de simplesmente um dom. Juntamente a este conceito, emerge a beleza como forma de comércio, através das diversas clínicas de estética, remédios e fórmulas que surgem nesta época. Também se iniciam os famosos concursos de beleza que, aliados ao poder influente da mídia, lançam ícones ditos perfeitos, causando uma constante insatisfação nas mulheres normais, as quais raramente conseguem alcançar aquele patamar de beleza ideal.

Atualmente, a mídia se utiliza desses ícones para vender seus produtos, sempre associando beleza - e conseqüentemente esbelteza - à felicidade. As mulheres, para alcançar

tal patamar, empenham-se de forma incalculável e, assim, a incidência dos Transtornos Alimentares torna-se cada vez maior.

Comer torna-se um ato associado à fraqueza e, portanto, possuir Anorexia é uma aparente solução aos problemas decorrentes da pressão que a mídia faz naquelas que fogem aos padrões ditos “normais”.

Além disso, algumas profissões exigem um corpo mais magro, tais como modelos, atrizes, bailarinas e atletas. Através de uma pesquisa, Garner & Garfinkel (in Morgan et al, 1998), estudam esses grupos e verificam uma alta incidência de Anorexia Nervosa e dietas excessivas. Concluem assim que “estes achados favorecem a hipótese de que a pressão para emagrecer, quando incrementada por expectativas de um bom desempenho, caracterizam o meio social ideal para a expressão da anorexia nervosa em adolescentes vulneráveis”.

Di Nicola considera que há três relações possíveis estabelecidas entre o contexto sócio-cultural e a Anorexia Nervosa: Este pode ser considerado como causa, como fator precipitante que, aliado à outros fatores irá determinar o aparecimento da doença, ou apenas um aparente fator à emergência do transtorno.

Há também hipóteses que relacionam a emergência da Anorexia como consequência da demonstração do corpo do indivíduo como medida de desempenho, o que explicaria as tentativas de inserção social através do emagrecimento contínuo.

Capítulo 4

Características da portadora e de sua família

O período no qual o desenvolvimento de teorias e critérios diagnósticos para a Anorexia coincide com um maior movimento acerca da psicanálise e psiquiatria. (Nunes, 1998) Desta forma, o modelo multidimensional que garante a análise da Anorexia é baseado também em fatores psicológicos não só da paciente, mas também daqueles que integram efetivamente seu convívio social, principalmente sua família.

Assim, os fatores alimentares podem ser uma representação de problemas mais profundos e até mesmo inconscientes, como raiva, rejeição, desespero e competição. Além disso, “A similaridade do quadro clínico do transtornos [anorexia e bulimia nervosas] tende a disfarçar a ampla imagem de psicopatologia subjacente em cada pessoa, por exemplo, um conflito neurótico, narcisismo, organização borderline de personalidade e até mesmo uma psicose.” (Bacelar et al, 2000, pág 23)

4.1- Aspectos Psicológicos e Comportamentais da Paciente:

Vários estudos demonstram que algumas características intrínsecas à personalidade da paciente são comuns nos casos de Anorexia Nervosa. Porém, aqui cabe ressaltar que há dois grupos principais de Anorexia, sendo os primeiros possuidores de “Anorexia por imitação” ou seja, aqueles que possuíram um crescimento saudável, porém vieram a desenvolver anorexia graças à influências sociais externas, e um segundo grupo, o qual realmente possui em suas raízes uma série problemática de relações consigo mesmo e sua

família, carecendo assim de maior preocupação e um tratamento mais profundo. (Herscovicy, 1997)

Em uma visão psicanalítica do distúrbio, Hilde Bruch (in Nunes, 1998) considera a doença como um déficit na relação mãe-bebê, mostrando-a insuficiente às necessidades da criança, e causando nesta o aparecimento de, durante seu período puberal, um repúdio acerca dos fatores ligados à sexualidade (menstruação, que é interrompida com o surgimento da amenorréia; e o crescimento dos seios, que são impedidos pelo baixo percentual de peso da paciente), pois estes simbolicamente aproximariam a adolescente à figura de sua mãe. Assim, as tentativas de não engordar através de dietas restritivas seriam uma fuga ao desenvolvimento das características físicas relacionadas à fecundidade, e assim manter um corpo quase infantil, sem formas definidas, pois estas significariam uma aproximação de semelhança à mãe. (Dolto in Souza et al, 2000).

Daí surge uma possível explicação para a maior ocorrência de Anorexia Nervosa em mulheres: a mãe por acreditar ser “igual” à seu bebê feminino, tende a tentar descrever suas necessidades como também sendo iguais, o que causa uma deficiência dos reais desejos desta, situação que não ocorre com filhos meninos. (Eichenbaum & Orbach apud Nunes, 1998)

Como já observado, Bruch (in Nunes, 1998) também cita a existência da visão perfeita dos pais acerca dos filhos, descrevendo-os como bem-dotados e muito inteligentes, além de serem dedicados e fazerem de tudo para agradar os pais. Conseqüentemente, Bruch caracteriza a deficiência na formação do senso de identidade e autonomia, além da constante sensação de ineficiência frente o controle a si mesmo e ao mundo- que é perfil comum de pacientes com Anorexia Nervosa.

Sands (apud Nunes,1998) crê que a Anorexia Nervosa e os Transtornos Alimentares em geral são próprios do *self*, uma vez que derivam da não- realização das necessidades narcisísticas da criança, pois abalam o equilíbrio narcísico da mãe e, assim, são repelidas, reprimidas e dissociadas do *self* .

“ O self da criança em desenvolvimento incorre em déficits estruturais nas suas capacidades de coesão do self, estabilidade temporal e regulação da estima, o que resulta numa suscetibilidade à fragmentação. Em algum ponto do desenvolvimento, o indivíduo inventa um novo sistema substitutivo no qual padrões alimentares alterados, ao invés de pessoas, são usados para atender às necessidades do self objeto [...]” (Nunes, 1998, pág 66)

Herscovicy & Bay (1997) definem uma deficiência apresentada nessas pacientes no que tange à definição dos próprios sentimentos e necessidades corporais, pois afirmam que, em linhas gerais, o “verdadeiro *self*” encontra-se adormecido e inativo, enquanto há a demonstração de um “falso” *self*.

Assim, a adequação frente ao mundo é inevitável para essas pacientes, que tornam os anseios dos outros seus principais objetivos, pois querem agradar e obter aprovação dos demais, sentindo-se assim sempre inadequadas e ansiosas com a possível ocorrência de mudanças, pois não se consideram capazes de lidar com elas. (Garner apud Bacelar, 2000)

No início da doença, os sintomas tendem a confortar a paciente, pois causam uma sensação de controle sobre o próprio corpo. Gradativamente, a relação com a tentativa de perda de peso torna-se foco principal da vida da paciente, fazendo com que a mesma sofra um desligamento do seu círculo social: há um afastamento de amigos e familiares, fazendo com que a paciente sinta-se sozinha e encontre em sua doença uma companhia constante. Não à toa, por muitas vezes a Anorexia é personificada e tratada como uma companheira

presente em todos os momentos. Essa solidão constante pode ser considerada como um dos fatores para a possível existência de outros transtornos psiquiátricos, tais como a depressão.

E a relação com a dieta torna-se eixo norteador da paciente, que considera sua felicidade e auto-estima profundamente ligadas com a plena realização de sua meta de inanição: O ato de não comer traz sentimentos satisfatórios de controle de seu corpo e de disciplina, enquanto um impulso de comer traz sintomas de tristeza e angústia. Até mesmo o vômito e a repetição de exercícios físicos de forma contínua e exagerada trazem prazer: “a paciente pode sentir-se angustiada, enraivecida ou até abusada por seus sintomas, mas a despeito dessa tirania, experimenta uma sensação de segurança por estar conectada a eles” (Bacelar et al, 2000, pág. 24)

Há estudiosos que assumam a realização de exercícios físicos não só como uma forma consciente de perda de peso, mas também como uma forma inconsciente de “descarga” para uma agressividade escondida da paciente. (Mintiz in Nunes, 1998)

O medo intenso de engordar, um dos critérios diagnósticos, é fator psicológico base para a efetivação da doença e está normalmente aliado a uma distorção de forma corporal. Além disso, há a existência de atitudes estranhas em relação a comida: receitas, e até mesmo alimentos são escondidos em toda a parte da casa, além da ininterrupta preocupação com os poucos alimentos consumidos, desenvolvendo até mesmo um transtorno obsessivo-compulsivo.

As refeições e os episódios de purgação e vômitos auto-induzidos também são realizados normalmente escondidas, sendo essa situação consequência da negação dos sintomas por parte da anoréxica, fato o qual causa uma maior dificuldade para o posterior tratamento do distúrbio. Juntamente a esses fatores, a anoréxica utiliza roupas volumosas e que possibilitem esconder sua magreza exacerbada.

Resumidamente, podemos caracterizar os seguintes fatores psicológicos comuns em Anorexia Nervosa:

“-Anorexia Nervosa Restritiva: perfeccionista, estóica, isolada socialmente, não demonstra sentimentos, ordenada, meticulosa, possuidora de idéias e hábitos rígidos, complacente, ambiciosa, inteligente, dedicada.

-Anorexia Nervosa Bulímica: impulsiva, tem tendência à depressão e maior desinibição sexual” . (Herscovicy, 1997, pág 99):

Herscovicy (1997, pág 65) também traça algumas características freqüentes da paciente com anorexia, tais como a “alexitimia [incapacidade de discernir sobre seus reais desejos e necessidades], baixa auto-estima, dificuldade nos processos de separação-individualização, transtorno da auto-imagem corporal, conflitos com a sexualidade, transtornos do pensamento, impulsividade, obsessividade e compulsividade.”

4.2- Formação geral das famílias:

“A Anorexia Mental do adolescente não pode ser considerada como uma patologia passível de ser isolada do contexto familiar no qual ela surge” . (Jeammet in Nunes, 1998, pág.77)

Atualmente, torna-se impossível o tratamento de um paciente com Anorexia Nervosa se não existir uma terapia familiar concomitante. A família nesse sentido pode tanto auxiliar a promover o aparecimento do distúrbio, quanto apenas sofrê-lo. De qualquer

forma, então, todos os membros da família se encontram envolvidos quando um deles desenvolve Anorexia Nervosa. (Herscovicy, 1997)

Minuchin (in Souza, 2000, pág 18) destaca quatro características principais em famílias que tendem a “apoiar a expressão somática dos conflitos” e as enquadra dentro do perfil das famílias psicossomáticas:

- Emanhamento, ou seja, uma proximidade extrema entre os membros da família, causando um empobrecimento de identidades individuais. Em outras palavras, a relação entre a família é tão intensa que qualquer acontecimento com um membro irá repercutir fortemente em todos os outros, denotando assim a falta de individualidade de cada um. Herscovicy & Bay (1997) nomeiam esse processo de aglutinamento e reiteram que neste tipo de família a ocorrência cotidiana de conflitos é base para uma alternante cadeia de relacionamento, envolvendo a cada dia elementos diferentes, além de normalmente os espaços de cada elemento serem absorvidos por outro;
- Superproteção, caracterizada por uma constante preocupação acerca do bem estar dos integrantes familiares, bem como políticas de apaziguamento das críticas, como tentativa de não machucar nem angustiar os demais. Isso causa a impossibilidade da formação de autonomia e de atividades extra-familiares, prejudicando assim o pleno desempenho dos filhos. Esse tipo de família acarreta uma maior responsabilidade em todos os seus integrantes, inclusive do paciente, de garantir a proteção e a solução de todos os problemas da família;
- Rigidez nos relacionamentos, como forma de manter a integridade do grupo. Graças à inflexibilidade, não assumem que há uma real e urgente necessidade de mudança frente à Anorexia ou qualquer outra nova situação, tal como a adolescência dos filhos;

-Ausência de resolução de conflitos, os quais permanecem pois não há tolerância nem abertura suficiente para acabar com eles. Assim, mantém-se de forma escondida, subentendida, representando constantemente uma ameaça.

Herscovicy & Bay (1997) citam mais uma característica principal, referente á utilização da doença de algum dos integrantes da família como um desvio aos conflitos do casal, sendo os filhos meio de colisão entre os pais, ou até mesmo sendo o filho acusado como a potencial problemática familiar.

Ao traçar uma diferenciação entre as características de famílias de anoréxicas restritivas e tipo bulímico, é de fácil percepção que geralmente, estas últimas possuem problemas familiares maiores, principalmente com o pai, além de apresentarem uma maior incidência de problemas conjugais. Em contrapartida, no caso das anoréxicas restritivas, o carinho exagerado e o apego mútuo são freqüentes. A figura paterna se mostra normalmente mais distante que a mãe, a qual durante o tratamento é mais incisiva, atitude entendida como cuidado pela paciente. Já sobre a relação com os irmãos, há teorias que demonstrem uma rivalidade escondida entre o paciente e os outros. (Herscovicy, 1997)

Capítulo 5

Curso e Prognóstico da doença

5.1- Curso da doença:

Normalmente, a idade na qual a doença se inicia é encontrada aos 17 anos, possuindo, porém, ocorrência entre os 14 e os 18 anos (DSM. IV, 1994). Além disso, há alguns casos após os 40 anos e anorexia infantil, possuindo esta fatores muito diferentes daqueles que acometem os adolescentes.

Com a crescente divulgação da Anorexia Nervosa e seu concomitante aumento de incidência, o número de trabalhos acerca de seu curso vem crescendo notavelmente (Herzog apud Nunes, 1998). Isso é decorrência da importância sócio econômica deste distúrbio, uma vez que os tratamentos são prolongados, multidisciplinares, e em muitos países ainda não fazem parte da rede pública de saúde, ou seja, denotam um alto custeio e, portanto, interessam de forma considerável a classe médica.

Mesmo assim, conclui-se que o material de pesquisa construído ao longo desses anos ainda é muito pouco em comparação à complexidade dessa doença e, normalmente, o estudo dos casos clínicos pode dar falsos resultados, uma vez que a doença possui algumas recaídas, e assim, o estudo necessita de um grande intervalo de tempo, tornando-se assim mais complexo. (Nunes, 1998)

Para então um estudo do curso da doença, são utilizadas escalas de categorias de evolução de Morgan e Russell (Pinzon et al, 2004), que consistem em cinco níveis constituintes de uma entrevista estruturada que abrange os diversos aspectos da anorexia nervosa. Com estes, obtém-se dois critérios evolutivos. O primeiro corresponde ao peso e a

menstruação, e é dividido em três categorias (Russel in Nunes, 1998), as quais consideram se a evolução foi favorável (peso normal e ciclos menstruais normais), intermediária (peso próximo do normal e amenorréia) ou desfavorável (peso abaixo do normal e aparecimento de sinais bulímicos).

Um segundo aspecto analisado avalia o funcionamento do paciente, sendo este obtido através da análise do hábito nutricional, menstruação, estado mental e ajustamentos psicosssexual e socioeconômico. O resultado é caracterizado pela média desses fatores.

Normalmente, a taxa de recuperação total da Anorexia Nervosa mantém-se basicamente em torno de 50%, enquanto sua recuperação intermediária é encontrada normalmente em torno de 30% e a recuperação desfavorável flutua em 20%. (Pinzon et al, 2004).

É notável que a recuperação mais rápida foi encontrada em grupos de paciente os quais eram mais jovens e não apresentavam comportamentos bulímicos tão intensos durante a progressão da doença, mas a maioria dos casos apresentam episódios de purgação ao longo de sua ocorrência.(Nunes, 1998)

Já as taxas de mortalidade oscilam de 0% a 21% e, geralmente, tem por causas complicações decorrentes da doença, suicídio e causas desconhecidas. Nesses estudos, deve-se observar que a taxa de mortalidade cresce proporcionalmente ao período de estudo; Logo, quanto maior o intervalo de tempo estudado, o número de mortes é maior, acompanhado pelo número também maior de pacientes recuperados plenamente. (Nielsen in Pinzon et al, 2004).

Apesar da falta de um consenso acerca do real valor de uma recaída em Anorexia Nervosa, Eckert et al (in Nunes, 1998), admite-a como uma perda de peso maior que o normal e a volta de alguns fatores associados aos sintomas primários após o total

desaparecimento dos mesmos. E assim, concluiu que a houve recaídas após um ano de internação em 42% dos casos. Porém ele mesmo cita que os percentuais de recaídas são dúbios, pois nem sempre há uma real recuperação da doença, ou seja, as recaídas seriam somente parciais. Assim, considera que as recaídas devem ser analisadas em cada caso, particularmente.

5.2- Prognóstico e Evolução:

O termo prognóstico pode ser utilizado de diversas formas, porém aqui será restrito ao significado de uma previsão do curso e evolução de uma doença em dado paciente (Russel in Nunes, 1998). Traçar, portanto, os possíveis indicadores do prognóstico de uma doença como a Anorexia Nervosa torna o tratamento mais eficaz e possibilita a previsão da melhor estratégia terapêutica a ser empregada.

Em alguns casos, os prognósticos não se efetivam, uma vez que a evolução da doença se dá de forma contrária, porém isso é aceitável em termos da Anorexia Nervosa, uma vez que esta é totalmente variável.

Assim, os principais fatores prognósticos que irão influenciar no bom andamento do tratamento são: (Pinzon et al, 2004)

- O início da doença em períodos mais juvenis, podendo assim demonstrar um melhor curso do que nos casos de adultos e adolescentes mais velhos;

- Um número de internações pouco expressivo;

- Duração da doença, tendo um tratamento iniciado logo no início;

- Família da paciente bem estruturada, de forma a ampará-la e auxiliá-la através da terapia familiar, parte muito importante do tratamento;

-A manutenção de um peso pouco abaixo do normal.

Por outro lado, são fatores para mau prognóstico da doença (Nunes, 1998; Pinzon, 2004):

- Curso muito longo da patologia, graças ao tardio início do tratamento ou pela ocorrência de intervenções errôneas ou mal-formuladas;

-Começo da doença numa idade mais avançada;

-Presença de sintomas bulímicos. Por isso, as pacientes que desenvolvem Anorexia restritiva possuem uma maior chance de recuperação efetiva do que aquelas que possuem anorexia do tipo bulímico;

-Peso corporal inicialmente muito abaixo do normal;

-Famílias desestruturadas, com relações familiares problemáticas;

-Sinais de dependência de drogas, como o abuso de álcool; (Herzog in Pinzon et al, 2004).

- Contínua amenorréia após o início do tratamento. (Hsu in Herscovicy, 1998)

Herscovicy & Bay (1997) também observam um melhor prognóstico quando o paciente em questão é uma mulher do que um homem, pois no segundo caso a patologia ainda é pouco estudada e, apesar de possuir uma evolução parecida, as estimativas demonstram uma menor ocorrência de tratamentos satisfatórios.

Em resumo, a descoberta da doença precocemente e o rápido encaminhamento do tratamento garantem uma maior possibilidade de recuperação e, portanto, aliados a uma conduta de retomada de peso e melhora gradativa na alimentação – mesmo que forçadamente – são fatores chave para uma futura qualidade de vida para a paciente.

Capítulo 6

Principais Tratamentos Empregados

As pacientes com Anorexia Nervosa necessitam de uma intervenção rápida e eficaz para garantir o bom andamento do tratamento, principalmente quando o estágio de inanição já fora atingido. Além disso, essa patologia abrange diversas áreas, mentais e físicas e, portanto, seu tratamento deve ser abrangente a ponto de garantir multidimensionalidade e interdisciplinaridade, expandindo até mesmo o tratamento à sua família, através da terapia familiar.

Para tal, não há um programa fixo a ser cumprido, mas sim, deve-se analisar cada paciente e suas necessidades principais, como a recuperação de peso – através de uma dieta gradualmente aumentada e saudável, a retomada de laços sociais e familiares, o fim das crenças relacionadas à gordura (tais como o pensamento dicotômico e extremista) e obter o máximo de prevenção contra recaídas posteriores. (Herscovicy, 1997)

Os métodos mais utilizados para o tratamento da Anorexia Nervosa são uma intersecção de uma intervenção psicanalítica, através da psicoterapia, dos tratamentos farmacológico e ambulatorial, com a possibilidade de internação integral ou nos então nomeados “Hospitais-dia”, de um manejo nutricional, de terapia cognitivo comportamental e também da terapia familiar.

6.1 – Manejo Nutricional:

A avaliação nutricional deve, além de retratar os problemas diretos ligados à alimentação, abordar os episódios de compulsão/purgação e os hábitos e situações sociais que derivem destes comportamentos.

Jeor (in Nunes, 1998) traça cinco pontos principais a serem analisados numa entrevista alimentar, que permitem reconhecer a quantidade de calorias diárias e do consumo de nutrientes: um histórico alimentar dietético, lembrança de conduta alimentar em certo período de tempo, repetitivas tentativas de lembrança da ingesta de 24 horas, realizadas por profissionais treinados, interrogatório sobre frequência alimentar e tipos de alimentos consumidos.

Além disso, na entrevista nutricional devem constar tópicos os quais permitam uma análise não só do consumo alimentar, mas também dos hábitos excêntricos e por muitas vezes repetitivos que envolvam a comida, como a escolha de um grupo de alimentos em detrimento à outro. Por exemplo, é comum a total aversão à ingesta de doces e carboidratos, enquanto o nível vitamínico é mantido.

Após essa fase de constatação do problema alimentar, o tratamento nutricional tem duas vertentes, as quais necessitam estar interligadas, que são a recuperação de peso e a manutenção de uma dieta saudável. Além disso, a percepção de saciedade e fome deve ser restabelecida, juntamente a uma correção dos problemas biológicos e psicológicos decorrentes da inanição. (Latterza et al, 2004) Principalmente no início do tratamento, as sensações de fome e saciedade são confusas, como consequência ao estado extremo de inanição. Assim, a paciente deve ser convencida de que, em tal fase, suas percepções estão

alteradas e de que sua alimentação tem que ser baseada na prescrição do nutricionista. (Nunes, 1998).

Em alguns casos, o indivíduo necessita de acompanhamento para alimentar-se e logo após esse momento também, para evitar que a comida seja jogada fora, a auto-indução de vômitos ou ingestão de dietéticos. Essa supervisão é aos poucos abandonada e substituída pelo controle periódico do peso corporal.

O tratamento deve ser acompanhado por uma “desmistificação” dos alimentos, realizada através do Modelo cognitivo-comportamental, dissolvendo assim os pensamentos errôneos da paciente acerca do ato de comer e possibilitando uma real reeducação alimentar. A meta é o restabelecimento de um padrão alimentar, o qual possua três refeições e de dois a três lanches, de forma a não haver intervalos de três horas sem ingestão de alimentos. O passo seguinte é a inclusão de alimentos antes considerados “proibidos” pela anoréxica, que são as gorduras e doces, os quais possibilitam a estimulação da ansiedade e da fome.

A taxa de aumento do peso de um quilograma por semana é o adequado no início do tratamento, pois assim evita a possibilidade da ocorrência de complicações que piorem o quadro clínico da paciente, como uma síndrome de realimentação, a qual pode causar problemas cardiológicos, neurológicos, hematológicos e até mesmo a morte súbita. (Fairburn et al apud Nunes, 1998). Já a APA (in Latterza et al, 2004) considera um bom nível de recuperação de peso um ganho de 900 g a 1,3 kg/semana para pacientes de enfermaria e 250 g a 450 g/semana para pacientes de ambulatório.

O consumo energético diário deve oscilar entre 30-40 cal/kg/dia (APA in Nunes, 1998). E assim, a dieta deve gradativamente ser aumentada, até atingir um valor de 3500 kcal/dia, para assim obter a reposição do peso normal da paciente.

A dieta pode conter alimentos agradáveis para a paciente, contanto que isto não prejudique a qualidade da alimentação. O restabelecimento de uma atividade física que promova prazer e a deixe menos preocupada com a recuperação do peso também auxilia o resultado satisfatório do tratamento.

Em casos mais extremos, a alimentação via oral não é suficiente para a reposição do peso e assim, a alimentação nasogástrica é a solução. Porém esta pode causar uma alta retenção de líquidos e arritmia cardíaca. Já a alimentação intravenosa só deve ser utilizada em situações onde o risco de morte é alto.

6.2 - Modelo Cognitivo-Comportamental

O Modelo cognitivo comportamental é baseado na relação entre pensamento, emoção e comportamento mostrados, fazendo assim com que o paciente avalie seu sistema de crenças e idéias, que se encontram normalmente distorcidas em tal distúrbio (Herscovicy e Bay, 1997). Basicamente, o tratamento tenta desconstruir as características de abstração seletiva, dicotomia, personalização e supergeneralização, após uma análise conjunta do terapeuta com a paciente sobre estas. Assim, pretende aumentar a auto-estima da paciente, diminuir seu distúrbio da imagem corporal e reestruturar a alimentação.(Duchesne et al, 2002)

As anoréxicas normalmente vêem a figura do terapeuta como um inimigo, alguém que irá atrapalha-la ao invadir sua privacidade. Porém, é de extrema importância que a relação entre terapeuta e paciente seja boa, pois é esta relação que irá garantir uma recuperação satisfatória. Assim, o individuo “deve perceber que o terapeuta é confiável, que tem condições técnicas para ajudá-lo, que seus sintomas podem ser tratados com

sucesso e que há um real interesse por parte do terapeuta em fazê-lo.” (Fairburn et al in Nunes, 1998, pág. 139). Essas condições irão tornar mais fácil a recuperação de peso, evitando assim o temor relacionado a mesma.

Além disso, as pacientes normalmente não assumem e não se classificam como doentes, sendo assim conduzidas ao tratamento por sua família, fato o qual dificulta ainda mais o bom andamento da terapia. Quando há a procura de ajuda por iniciativa própria, as pacientes tendem a querer resolver problemas de ordem familiar e sentimental, porém mantendo o baixo peso. (Nunes, 1998) Assim, o início do tratamento deve ser marcado por uma abordagem geral, ou seja, fazer com que a paciente relate seu ponto de vista acerca de sua vida, demonstrando assim os pontos ruins existentes em sua concepção. Esse processo auxilia na motivação da paciente, para um posterior e lento direcionamento para os problemas relacionados ao peso e a reestruturação da alimentação, a qual só pode ser realizada se houver a concordância da anoréxica em ingerir a quantidade de calorias proposta pelo nutricionista. Um choque entre o peso aceito pelo paciente e o peso ideal é previsto e, por isso, essa discussão deve ser realizada somente após uma demonstração de menos ansiedade por parte das pacientes.

As crenças relacionadas ao ato de comer tornam mais difícil a manutenção da reestruturação alimentar. Um pensamento comum é a contestação dos indivíduos que possuem anorexia acerca da falta de fome, sendo esta a principal justificativa para o não-comer, porém é claro que a perda de apetite é muito rara. Assim, conclui-se que alguns indivíduos mantêm uma dieta mais rígida, pois acham que possuem um potencial muito alto para a alimentação, controlando-se, portanto, através de uma dieta mais severa. Esse comportamento causa uma cadeia cíclica, “na qual o medo de perder o controle sobre a fome intensifica o comportamento de fazer dieta e esta aumenta a ocorrência de

pensamentos intrusivos sobre o alimento, reforçando a crença de que apresentam uma fome incontrolável” (Nunes, 1998, pág.141)

Há outra crença a qual consiste numa relação anormal entre quantidade de comida e peso aumentado: uma ínfima porção pode significar para o indivíduo um grande e rápido aumento de peso, tornando-se assim uma experiência ruim ingeri-la.

Além disso, o esquema de que peso corporal influencia diretamente no valor pessoal e que a forma física e a estética estariam ligados à sucesso e felicidade. Ou seja, a magreza se encontra associada aqui a superioridade e, portanto, influi diretamente na auto-estima da paciente. (Duchesne et al, 2002)

O ato de emagrecer também é comumente considerado solução dos problemas da vida da paciente, o que torna possível o entendimento do porque de tanta rigidez acerca da alimentação.

Esse esquema de crenças é perpetuado devido a uma característica das pacientes de acatarem somente o que ratifica sua visão parcial e seletiva do mundo, sendo as outras teorias, antagônicas aos seus pensamentos, esquecidas. Por isso, o Tratamento Cognitivo-Comportamental adota uma sistemática que possibilita à paciente rever suas bases de pensamento e auxilia-a detectar distorções nas mesmas.

No distúrbio da imagem corporal, a anoréxica normalmente é conduzida pelo terapeuta a desenhar-se e, depois, comparar tal desenho a outro, que o terapeuta realiza, condizente com a realidade. Isso demonstra a normal diferença entre os desenhos e permite àquela reduzir sua ansiedade no que tange ao ganho de peso proposto pelo tratamento, além de auxiliar no processo de aceitar seu próprio corpo, mesmo que ele possua algumas imperfeições. (Duchesne et al, 2002)

Já a auto estima é trabalhada juntamente à retomada dos vínculos sociais, interrompidos pela emergência da doença. Assim, “o desenvolvimento dessas habilidades favorece a modificação do comportamento da paciente nas relações interpessoais, o desenvolvimento de crenças de auto-eficácia e o aumento da auto-estima” (Garner in Duchesne, 2002)

6.3-Terapia de grupo

A terapia de grupo consiste numa troca de experiências e informação sobre a vivência do distúrbio, as dificuldades e implicações do tratamento. Assim, esse modelo deve ser empregado como auxiliar no tratamento, e nunca isoladamente.

Porém esse sistema é pouco funcional, obtendo baixos resultados positivos, uma vez que as anoréxicas desenvolvem um retraimento social, ou seja, encontram grande dificuldade em se expressar. Assim, sentem-se intimidadas numa situação que consista numa abertura dos seus sentimentos para outras pessoas. Outro fator observado comumente é a ocorrência de uma competição, para tornar-se a pessoa mais magra do grupo, contrariando assim os objetivos do tratamento.

Já um grupo de apoio direcionado aos pais das pacientes pode transmitir segurança e maior familiaridade com os problemas enfrentados durante o tratamento de suas filhas. Sendo assim, uma associação de pais não garante soluções para o problema da Anorexia Nervosa, mas pode ser considerada um acréscimo satisfatório ao tratamento geral da mesma.

Os grupos de auto-ajuda, emergentes na década de 1970 por falta de outros recursos, apresentam as mesmas características da terapia de grupo, e portanto também demonstram pouca efetivos em comparação com outros tratamentos. (Herscovicy, 1997)

6.4-Terapia Familiar Sistêmica

“A terapia familiar sistêmica costuma dar-se simultaneamente em dois níveis: um nível no qual são acompanhadas as questões especificamente relativas à doença, tais como os comportamentos alimentares do paciente e do grupo com o qual ele convive, as dificuldades enfrentadas tanto na família quanto nos diversos acompanhamentos médicos e um outro nível, no qual essa visão é ampliada e se vê o paciente e sua família num contexto que transcende a doença, em suas diferentes inserções sociais.”
(Herscovicy e Bay, 1997, pág 160)

Mesmo que somente um individuo esteja com Anorexia Nervosa, todas as pessoas de seu vínculo familiar acabam por sofrer suas conseqüências e, portanto, a doença se torna a preocupação central da família. Assim, a participação numa Terapia Familiar é de extrema importância para a melhora da paciente e até mesmo da solução de problemas típicos dessas famílias.

A terapia familiar sistêmica utilizada na Anorexia Nervosa é um pouco mais complexa que nos outros distúrbios alimentares: como o indivíduo é levado para tratamento por seus parentes, esses dificilmente procuram espontaneamente um tratamento também, sendo então encaminhados por algum membro da equipe multidisciplinar. Sua eficácia é ainda maior para pacientes adolescentes, os quais possuam menos de três anos de evolução da doença (Russel et al apud Nunes, 1998)

Normalmente, as famílias convidadas a realizar esse tipo de terapia assumem duas posturas antagônicas: Ou se sentem como o fator de origem da doença, ou não assumem qualquer influência no desenvolvimento da doença. Assim, o terapeuta trabalha com as dificuldades apresentadas por seus integrantes concomitantemente à seus recursos . (Nunes, 1998)

Assim, a base da terapia familiar sistêmica encara o conceito de família como sendo um sistema biopsicossocial, o qual “é um organismo em si mesmo, cuja identidade excede à soma de seus membros individuais”. (Herscovicy e Bay, 1997, pág. 69) e os padrões de interação esses indivíduos é fator crucial para o entendimento da terapia, a qual terá por objetivo exatamente atenuar a possível existência de superproteção e/ou características de dependência, abordadas no capítulo 5.

6.5-Tratamento ambulatorial

O Tratamento ambulatorial é indicado para casos nos quais a internação não é necessária. Para avaliar o estado da paciente, deve-se inicialmente conduzi-la a uma entrevista, onde serão avaliadas suas condições físico-mentais, para assim concluir se uma hospitalização será necessária ou não.

O médico responsável deve estabelecer já nessa entrevista os itens necessários para o bom andamento do tratamento, caso este seja em ambiente domiciliar: A família deve participar ativamente, ou seja, será responsável por acompanhar a paciente de forma a ajudá-la em sua recuperação de peso e manutenção nutricional. Assim, a realização de terapia familiar torna-se necessária. Além disso, as entrevistas clínicas devem ocorrer,

inicialmente, com frequência semanal, sendo esta frequência diminuída de acordo com o restabelecimento do peso (Herscovicy e Bay, 1997).

Normalmente, a equipe multidisciplinar prefere manter a paciente em seu ambiente domiciliar, pois desta forma os resultados são mais satisfatórios e não há choque para a mesma quanto ao local hospitalar. Além disso, a internação significa um custo alto às vezes desnecessário.

Ao delinear um tratamento ambulatorial, “são estabelecidas pautas sobre a atividade física, estudo, trabalho, vida social, quantidade de quadras que se pode caminhar diariamente, enfim, todas as atividades devem ser analisadas cuidadosamente” (Herscovicy e Bay, 1997, pág.77), pois assim o risco de fugas e de tentativas de exercício físico exacerbado ou purgações.

A balança é um instrumento que pode atrapalhar o tratamento, pois geralmente as pacientes apresentam uma obsessão por se pesarem. Assim, a pesagem deve ser controlada e limitada a uma vez na semana, nas entrevistas clínicas. Em casos mais extremos, a pesagem pode ser realizada de forma a paciente não ver seu peso.

6.6-Tratamento Hospitalar

Quando a gravidade do caso é maior e o tratamento ambulatorial não é suficiente, a internação torna-se necessária. Pacientes crônicas e mais sintomáticas são as que necessitam de hospitalização e, normalmente possuem comorbidade de transtornos psiquiátricos como a depressão, ou então apresentam alterações clínicas e físicas profundas.

Os principais fatores que irão influenciar a escolha por uma hospitalização são a manutenção do peso menor do que 75% do peso mínimo esperado; a existência do IMC

abaixo da faixa de 13 a 14 kg/m²; perda de peso rápida e contínua; alterações metabólicas; família com baixo potencial de suporte. (Abreu et al, 2002)

A negação continuada por parte das pacientes da existência da doença, assim como a existência de outros transtornos psiquiátricos, ou até mesmo comportamentos suicidas também são fatores que propiciam uma internação hospitalar. (Nunes, 1998) Em casos onde a paciente é proveniente do interior e portanto possui difícil acesso ao tratamento ambulatorial, também deve ser considerada a possibilidade de hospitalização.(Herscovicy e Bay, 1997)

Deve-se salientar que mesmo em casos de hospitalização, o tratamento ambulatorial é necessário e deverá ser realizado em seguida. Em outras palavras, a hospitalização serve de adaptação para o conseqüente tratamento ambulatorial e a alta hospitalar é normalmente dada no momento em que a paciente garante 50% de recuperação do peso almejado (Herscovicy e Bay, 1997)

Mesmo em caso de internação, a participação dos pais deve ser freqüente: estes irão, aos poucos, interagindo-se da rotina da paciente. As entrevistas familiares são freqüentes e objetivam organizar os conflitos familiares e tornar seus integrantes aptos a resolvê-los.

6.7-Tratamento farmacológico

A terapia farmacológica é atualmente considerada parte importante do tratamento multidisciplinar da Anorexia Nervosa. Porém, os estudos sobre os resultados do emprego de fármacos nesta patologia ainda são restritos e parciais.

Devido a constante comorbidade de distúrbios psicológicos principalmente a depressão, a utilização de antidepressivos é comum. Os mais utilizados são os tricíclicos,

tendo destaque para a amitriptilina, que provoca aumento de peso, e a clorimipramina, que causa aumento de apetite.(Calvet, 2001). A ciproheptadina, outro estimulante de apetite, também pode causar resultados benéficos, mesmo que pouco influentes. É indicada para utilização a curto prazo, em casos mais crônicos de Anorexia Nervosa Restritiva.

É importante ressaltar que as pacientes encontram-se num estado de saúde muito delicado e, portanto, os efeitos colaterais dos antidepressivos podem atingi-las, e assim desenvolver arritmia e hipotensão, principalmente nas pacientes anoréxicas que praticam a indução de vômitos.(APA in Nunes, 1998)

Os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) vem sendo estudados no tratamento da Anorexia Nervosa. Apesar da pesquisa ainda não encontrar-se bem alicerçada, agentes como a fluoxetina podem auxiliar a reestruturação do peso em algumas pacientes. (Nunes, 1998)

Os neurolépticos são utilizados para diminuir a ansiedade, a compulsão obsessiva e a psicose. Porém estudos mostram que seus resultados são pouco eficientes e os efeitos colaterais não favorecem o ganho de peso.

A utilização de metoclopramida e cisapride pode auxiliar na aceleração do esvaziamento gástrico, que se altera ao longo do desenvolvimento da doença. E a utilização de suplementos com zinco pode facilitar o ganho de peso.

Capítulo 7

Imagem Corporal

7.1- Breve Histórico

Os primeiros registros relativos ao estudo da Imagem corporal datam do Século XVI, e referem-se aos estudos acerca de um membro fantasma, pesquisa desenvolvida pelos franceses e, principalmente, por Ambroise Paré, que o descreve como a ilusão de que um membro do corpo ausente se mantém presente. (Barros, 2005). Um século depois, outras pesquisas descrevem uma transformação na imagem corporal através de tratamento psicológico. Porém, nesses estudos, a expressão imagem corporal ainda não é utilizada.

Já em 1905, Bonnier descreve a existência de um transtorno de Imagem Corporal e nomeia-o como uma “esquematia”, pois baseava-se na distorção do tamanho das formas corporais. (Barros, 2005)

Em 1908, Arnold Pick (Olivier in Kjinij, 2001) desenvolve uma pesquisa acerca da imagem corporal através da integração entre “sensações táteis, estímulos visuais e sinestésicos”.

Henry Head, em 1920, desenvolve uma pesquisa notável e mais profunda acerca da imagem corporal, utilizando o termo “esquema corporal”, o qual é denominado como um modelo corporal, que cada indivíduo constrói de si mesmo, constituindo assim um padrão para contrapor os julgamentos de sua postura e dos movimentos corporais. (Fisher in Barros, 2005). Head também descreve a imagem corporal como algo conseqüente de experiências já vividas e das sensações oriundas do córtex cerebral e que qualquer alteração no modelo postural influi diretamente no esquema corporal.

Paul Schilder (1994), a partir de 1935, desenvolve estudos da Imagem Corporal mais profundos e encara-a de forma inovadora ao descrevê-la de forma multidimensional, através dos campos da neurologia, psicologia e psiquiatria. Ou seja, considera que a Imagem Corporal é multifacetada, tomando-a como consequência de até mesmo fatores sociais e afetivos, conjuntamente a fatores neuropsicológicos.

“Schilder fez muitas investigações sobre a relação entre imagem corporal e distúrbios psicológicos, como histeria, hipocondria e esquizofrenia. Deu grande ênfase na fluidez da imagem corporal, no seu constante processo de transformação, relacionando a imagem corporal às interações do indivíduo com os outros e com o meio, às emoções, ao uso de roupas e objetos, às relações com o próprio corpo tanto na sua parte externa quanto na sua parte interna.” (Turtelli, 2003)

Sua maior inovação consiste no fato de considerar a Imagem Corporal não somente formada por fatores patológicos, mas também de analisar sua ininterrupta modificação natural ao longo da vida de um indivíduo.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa acerca da Imagem Corporal, é notável o emprego de uma visão parcial, o que propicia a separação entre diversos conceitos que, naturalmente, deveriam estar interligados, tais como as noções de esquema corporal, imagem corporal e forma corporal. Assim, até mesmo os estudos contemporâneos tendem a separar tais conceitos, abordando por muitas vezes a Imagem Corporal de forma indireta, ou seja, sem se referirem ao termo. (Turtelli, 2001)

7.2- Principais Conceitos Introdutórios

7.2.1- Corpo

“Quero romper com meu corpo, quero enfrentá-lo, acusá-lo, por abolir minha essência, mas ele sequer me escuta e vai pelo rumo oposto”.
(Carlos Drummond de Andrade)

Corpus em latim possui por significado as noções de forma, beleza e ordenamento (Chebabi in Goes, 2001). Historicamente, a dicotomia entre corpo e alma é presente e importante para a compreensão do corpo em si. Esse dualismo é percebido através do emprego dos verbos ter e ser, uma vez que nossa existência é permitida através do corpo, ao mesmo tempo que o consideramos como uma posse.

Em Aristóteles, o corpo é limitado por sua matéria, sendo a alma sua forma, enquanto Platão considera o corpo um aprisionamento da alma. Descartes considera a epífise cerebral - a glândula pineal, reguladora dos hormônios- responsável pela interação entre corpo e alma, uma vez que esta gerenciaria os movimentos do corpo através da glândula pineal. Este gerenciamento é regulado e explicado através do concurso divino, surgindo assim o ocasionalismo, o qual propõe como consequência a um movimento na alma, uma intervenção divina que cause um movimento também no corpo.

Freud (Kjinij, 2001) considera o ego como corporal acima de tudo. Ou seja, o eu não existe dissociado do corpo, pois ele é o corpo em si.

Frayze (apud Kjinij, 2001) aborda o corpo como uma transcendência entre uma existência incompleta como objeto aliada a uma experiência como sujeito, pois, em outras

palavras, o corpo não pode ser considerado objeto uma vez que tem a capacidade de agir e modificar outros objetos, sendo sensível e perceptivo e, assim, agindo até mesmo sobre si.

Frayze também frisa a relação profunda entre subjetividade e corpo, uma vez que os dois estão interligados no que tange a percepção de que uma modificação ou acidente no corpo não atinge somente este, mas também irá afetar o eu do indivíduo.

Em Sartre (apud Chebabi, 1997) o corpo pode ser vivido de três formas distintas: tomando por referência a existência própria e transcendendo-a; como consequência da percepção do outro sujeito; ou como uma concepção acerca do conhecimento do outro sobre meu corpo.

O corpo é onipresente e conforma-se como símbolo da identidade pessoal e social de um indivíduo. Assim, representa a marca de um ser no mundo (Merleau-Ponty in Giordanni, 2004) e, exprime uma constante modificação, uma vez que é ininterruptamente atingido por fatores externos, referentes a outros sujeitos ou ao mundo em si.

Além disso, a percepção do mundo e dos objetos que a ele pertencem só se dá através do corpo, e no corpo. Portanto, o corpo enquanto sujeito ativo é o responsável pela possibilidade de reconhecimento, percepção e modificação do ambiente externo:

*“O corpo é uma instância, onde ficam registradas as vivências do sujeito; contém, portanto, as marcas significativas daquilo que manteve-se inscrito no psiquismo e registrado no corpo pelos órgãos dos sentidos. O corpo é o mediador das experiências com o universo, é nosso espelho afetivo-somático.”
(Souza et al, 2000, pág. 34)*

7.2.2- Autoconceito e Desenvolvimento:

Nos diversos estágios humanos de evolução, o indivíduo percorre um processo do desenvolvimento progressivo de autonomia, além da construção de sua imagem corporal e de sua identidade: A criança tende a perceber essas características de acordo com as experiências pelas quais perpassa que incluam a relação não só com seu próprio eu, mas também com os outros.

O autoconceito é formado pelo um conjunto de atitudes que um ser tem com seu próprio eu e é constituído por componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Segundo Pikunas (in Souza et al, 2000), o autoconceito surge a partir dos dois anos de idade, fase na qual a criança tende a constituir uma noção acerca do seu próprio corpo e da capacidade que ela possui para controlar suas funções motoras.

Enquanto bebê, o indivíduo não se percebe como um ser, mas sim como uma extensão de sua mãe, mantendo com ela uma relação de dependência, daí a noção de fragmentação: devido ao fato de ser prematuro em termos inteligíveis, não possui a capacidade de se perceber como um todo único; assim, somente após a apresentação do outro pode reconhecer-se como sujeito e construir assim seu eu.

A adolescência é marcada por uma busca de si mesmo e de uma identidade, a qual é constituída, dentre outros fatores, pela influência das imagens parentais. Em outras palavras, a presença de figuras parentais durante o período da infância é internalizada e posteriormente influi na formação da personalidade do adolescente, personalidade a qual é mutável. (Souza et al, 2000) Nesta fase, é comum a estranheza com relação ao próprio self, uma vez que as alterações e mudanças são freqüentes.

Além disso, a construção da identidade não é um processo isolado e interno; é dito biopsicossocial e mantém não somente características essenciais do indivíduo, mas também é influenciado pela sociedade: Além das figuras parentais, o grupo social no qual o adolescente convive também irá ditar e influenciar seus gostos e a construção de sua identidade. Ou seja, é em seu convívio grupal que o adolescente compartilha experiências e possibilita a formação de sua identidade adulta.

Assim, a identidade é, em linhas gerais, subdivida em identidade pessoal, sendo esta baseada como as qualidades intrínsecas ao indivíduo, e identidade social, a qual consiste numa junção entre os atributos relacionados a adequação a um grupo social. (Souza et al, 2000)

*“Um indivíduo se apresenta semelhante ao outro a partir de seu pertencimento a um determinado grupo, percebendo sua unicidade através da diferença.”
(Ciampra in Souza et al, 2000, pág. 34)*

Ou seja, a construção da identidade é diretamente ligada à relação entre o indivíduo e os outros, pois é só através destes que há a construção da consciência acerca de si mesmo. E é nesta fase que o corpo passa a ser fator de integração social: possuir uma forma ideal garantirá uma boa aceitação no grupo, e o contrário pode causar certa rejeição. Assim, a relação com o próprio corpo e a formação do esquema corporal vai sendo construída, com base na comparação entre si próprio e os outros adolescentes. (Outergal in Cano et al, 1999)

7.3-Imagem Corporal

As imagens são formadas não somente como representações da memória ou da imaginação referente a acontecimentos passados, mas também representações das sensações decorrentes do momento atual. Estas são fundamentais no reconhecimento do corpo e no processo de construção da percepção do indivíduo e necessitam de uma correlação com aquelas constituintes da base neural do eu, pois se tal fato não ocorre, torna-se impossível o reconhecimento dessas imagens como realmente próprias do self.

Assim, as vivências e experiências anteriores tornam-se peça fundamental para a formação das imagens perceptivas atuais, as quais possuem alto grau de mutabilidade. E essas imagens não são armazenadas estáticas, mas sim são reconstruídas a cada lembrança que as inclua e são próprias e únicas do indivíduo. Damásio (in Turtelli, 2003) ressalta o fato de que cada ser humano vivencia o universo de sua própria e exclusiva forma.

"Essas diversas imagens são construções do cérebro. Tudo o que se pode saber ao certo é que são reais para nós próprios e que há outros seres que constroem imagens do mesmo tipo. [...] Não sabemos, e é improvável que alguma vez venhamos a saber, o que é a realidade 'absoluta'" (Damásio in Turtelli, 2003, pág. 124)

Da mesma forma que as imagens acerca do mundo, as imagens de si próprio são formadas como consequência a experiência individual de cada pessoa. Assim, as imagens em geral formam-se de acordo com o indivíduo e com a forma que este depreende a realidade.

Schilder inicialmente descreve a Imagem Corporal como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”

(Schilder,1999, pág.11), porém considerá-la somente através deste enunciado traz conclusões errôneas, uma vez que há uma tendência de associar imagem à um componente meramente visual, e a imagem corporal diretamente com aparência/estética corporal.

Assim, Schilder desenvolve seu pensamento afirmando que esta é formada através de sensações do meio externo, de percepções das imagens corporais de outros indivíduos e o estabelecimento de relações com as mesmas. Ao nutrir alguma deficiência de percepção em relação a alguma parte do corpo, Schilder afirma que esse indivíduo mantém essa deficiência de reconhecimento em relação aos corpos alheios, denotando assim a relação entre a intermitente construção da imagem corporal de um indivíduo e àqueles que o rodeiam.

Portanto, a Imagem Corporal não é somente uma figura visual, mas sim deriva da interpretação dos fatores sinestésicos e corporais que os sentidos humanos permitem reconhecer através das diversas experiências do sujeito ao longo de sua vida e, além disso, também contém aspirações e tendências quanto ao futuro.

Schilder (1999) relata uma experiência na qual o indivíduo possui uma sensibilidade baixa, porém mantém sua imagem visual e, ao ser tocado, consegue descrever exatamente o local onde isso ocorreu. Demonstra, desta forma, a importância do sentido visual na manutenção da imagem corporal. O toque causa a realização de uma imagem, porém "as imagens visuais que se encontram em nossa consciência são apenas uma pequena parte daquilo que está realmente ocorrendo na esfera psíquica" (Schilder, 1999, pág. 18).

A imagem corporal pode ser considerada como mutável e constantemente diferenciada, pois é influenciada intermitentemente pelas relações perceptivas do indivíduo com o ambiente ao seu entorno, além de incorporar adereços e outros artefatos utilizados ou

tocados pelo corpo deste, tais como roupas e acessórios. Schilder (1999) considera-a não como uma estrutura, mas sim como estruturalização.

Freedman (in Turtelli, 2003) considera que a mudança da imagem corporal é dada como consequência à realidade social às expectativas e julgamentos esperados sobre o próprio corpo.

Todavia, apesar de sua mutabilidade, a Imagem Corporal mantém algo de constante, que permite ao indivíduo reconhecer-se a si próprio a qualquer momento, denotando assim sua complexidade.

Radell (in Turtelli, 2003) considera a imagem corporal como uma “auto-atitude” compreendida através de três subáreas psicológicas ou de relação com o corpo do outro: uma vertente afetiva, a qual é compreendida por uma avaliação dos outros e vice-versa, uma denominação cognitiva, que determina a atenção com relação à imagem corporal própria e do outro, e uma qualificação comportamental, cuja implementação refere-se ao campo da ação e da modificação. Assim, o corpo é concebido de acordo com “três domínios somáticos”: o lado estético, correlacionado à aparência física, a competência física para a dedicação ao fitness e a saúde.

Penna (in Knijnij, 2001) um conceito mais atual acerca da imagem corporal considera-a como a junção e a combinação das atitudes sobre a aparência corporal e as capacidades do corpo. Já Zinn (in Knijnij, 2001) considera também as influências provindas da organização afetiva e social do ser humano na formatação de sua imagem corporal.

Shontz (In Turtelli, 2003) aborda os conceitos errôneos de Imagem Corporal, como forma de desmistificá-la. Basicamente, argumenta que esta não é um órgão do corpo, sendo fisiológica e também psicológica e, portanto, passível de modificações; que não é um desenho ou um diagrama; e que não é uma construção de uma pessoa, mas sim possui

profundas relações com a personalidade e com o chamado "ego corporal", o qual possibilita uma interpretação das sensações corporais.

Cash e Pruzinsky (in Barros, 2005) sintetizam a noção de Imagem corporal em sete postulados básicos:

“1-Imagem corporal refere-se às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências. Ela é uma experiência subjetiva.

2-Imagens corporais são multifacetadas. Suas mudanças podem ocorrer em muitas dimensões.

3-As experiências da imagem corporal são permeadas por sentimentos sobre nós mesmos. O modo como percebemos e vivenciamos nossos corpos relata como percebemos a nós mesmos.

4-Imagens corporais são determinadas socialmente. Essas influências sociais prolongam-se por toda a vida.

5-Imagens corporais não são fixas ou estáticas. Aspectos de nossa experiência corporal são constantemente modificados.

6-As imagens corporais influenciam o processamento de informações, sugestionando-nos a ver o que esperamos ver. A maneira como sentimos e pensamos o nosso corpo influencia o modo como percebemos o mundo.

7-As imagens corporais influenciam o comportamento, particularmente as relações interpessoais.”

A imagem corporal é formada desde o estabelecimento do auto-conceito no bebê, adquirindo desde então as características e aspirações do sistema social no qual este encontra-se inserido. É através desse sistema que imagens e sensações são enviadas e acabam por compor sua imagem corporal, da mesma forma que estímulos e imagens são enviadas aos demais, modificando também as suas imagens corporais. Tal fluxo é ininterrupto e garante a mutabilidade da Imagem Corporal.

Como já observado, a Imagem Corporal é considerada mutável, porém Schilder (1999) frisa que há uma parte da mesma que se mantém constante, a qual ele nomeia por "imagens corporais primárias", que são relativamente rígidas e “tendem à cristalização”.

Cita que através da ocorrência de movimentos, estas são modificadas, porém tendem a voltar a seu estado inicial, mantendo assim sua cristalização.

"Assim, o modelo do corpo está em contínua mudança, retornando às imagens primárias típicas do corpo, que são dissolvidas e logo cristalizadas de novo. Assim, a imagem do corpo tem traços característicos de toda nossa vida. Há uma mudança contínua de entidades cristalizadas e bastante rígidas para estados de dissolução e conjuntos menos estabilizados de experiências e, daí, um retorno à melhor forma e a uma entidade modificada" (Schilder, 1999, pág .231).

Assim, cada vez que há um retorno às imagens primárias, estas se encontram um pouco alteradas, uma vez que o retorno a uma imagem de maneira idêntica é impossível, pois estas são constantemente recriadas no presente.

7.4- Imagem corporal e Esquema corporal

Na literatura científica, há uma grande divergência acerca da distinção ou não entre Imagem Corporal e Esquema Corporal. Basicamente, os autores que defendem tal divisão atribui à Imagem Corporal qualificações do âmbito psicológico e subjetivo, enquanto a definição de esquema corporal possui uma visão biológica/ fisiológica. (Turtelli, 2003) Portanto, trabalhos neurológicos tendem a abordar o termo esquema corporal, enquanto estudos psicológicos/psiquiátricos associam-se à Imagem Corporal.

Assim, o esquema corporal é um alicerce à construção da Imagem Corporal:

"Imagem corporal: o conceito – e a vivência – que se constrói ‘sobre’ o esquema corporal, e que traz consigo o mundo das significações. Na imagem, estão presentes os afetos, os valores, a história pessoal, marcada nos gestos, no olhar, no corpo que se move, que repousa, que simboliza"(Turtelli, 2003, pág.18)

Para Gallagher (in Turtelli, 2003) a aproximação de Esquema Corporal e Imagem Corporal é errônea, uma vez que considera o primeiro como algo não-intencional e não consciente, responsável somente pelo equilíbrio do corpo, enquanto a segunda é totalmente consciente.

Autores como Schilder, que defendem a não distinção destes termos, alegam que tal divisão é desnecessária e artificial, uma vez que abrange fenômenos de um mesmo processo de representação corporal dinâmica.

Capítulo 8

Fatores Sócio- Culturais na Imagem Corporal:

8.1- Corpo e Sociedade

A difusão dos meios de comunicação como consequência a uma Revolução Tecnológico-Científica na qual a informação torna-se principal foco do desenvolvimento, traz uma reformulação profunda na sociedade e passa a influenciá-la, ditando assim padrões de consumo e de comportamento.

O padrão visual ocidental de beleza também é redefinido em meio a esta evolução, e os modelos de beleza passam a ser culturalmente definidos através de uma ideologia lipofóbica, na qual o surgimento de ícones de beleza move a sociedade que ininterruptamente tenta alcançar tais padrões. Portanto, qualquer alteração ou fuga frente a este padrão causa um repúdio e, portanto, um movimento de exclusão social.

Neste cenário, o ideal de magreza apresenta uma dualidade, abordada por Vasconcelos (2005), a qual se torna uma explicação à emergência do crescimento da obesidade em meio a uma cultura que desvaloriza tal padrão:

“As lógicas que estruturam a nossa cultura, no que se refere à estética da magreza, são antinômicas. Ao mesmo tempo em que intensificam as prescrições e reforçam as normas de autocontrole, dietéticas e esportivas para combater o excesso de peso, aumentam, através da lógica do consumo, os desejos, os impulsos consumistas e a aversão aos esforços regulares e austeros, desagregando, assim, as estruturas sociais da alimentação e favorecendo comportamentos desordenados e impulsivos, geradores de aumento de peso.” (Vasconcelos, 2005, p. 35)

Assim, o corpo e a representação física passam a ser fundamentais na tentativa de inserção social, e modifica a relação entre o ser e seu corpo, passando este a “conceber seu

próprio corpo como uma propriedade, e não mais como a sua essência, sinalizando, dessa forma, um modelo de posseção.” (Novaes et al, 2003, p.12)

Esse processo é acompanhado pela caracterização do corpo como um novo alvo de mercado na contemporaneidade, ou seja, a crescente indústria de cosméticos e produtos relacionados à estética vê no corpo um objeto fonte de investimentos e assim, gerador de lucros. O corpo “é a próxima fronteira do capital e pode ser visto também como um reservatório de produtos caros, função que se agrega a outra plenamente aceita que é a de exibir-se”. (Soares in Vasconcelos, 2005, p.30)

Sant’anna (in Vasconcelos, 2005) considera o corpo como “biocultural”, uma vez que é território ao mesmo tempo fisiológico e cultural, e exprime as diversas influências que sofre. Portanto, “ora o corpo é considerado como natural, ora como cultural e nesse cruzamento de possibilidades o corpo é subjetivado através da gerência corporal e de sua ritualização.”(Giordanni, 2004, p. 16)

Góes (1999) utiliza a expressão “body building” para referir-se ao processo contínuo de reconstrução do corpo, sendo guiado pela idéia de perfeição e beleza ligadas a cada época cultural. Cada modificação no corpo significa uma luta contra este, ou seja, uma tentativa de romper com o mesmo e reformula-lo de acordo com os anseios da sociedade.

O corpo torna-se um projeto individual e, com efeito, é alterado profundamente, disciplinado e assim delimitado pelas escolhas de estilo de vida que o indivíduo realiza.

Esse processo de modificação corporal é marcado através de uma dualidade entre dor e prazer, já que a construção do corpo ideal contém procedimentos que causam dor, como as intervenções plásticas e as práticas físicas exacerbadas. Nesta lógica, o corpo torna-se um território que sofre interferências a fim de obtenção de maior prazer e

satisfação individual, além de significar uma sensação de poder e de soberania sobre si próprio. (Góes, 1999)

Há outro objetivo na modificação corporal, sendo esta assim considerada um investimento, que garantirá uma maior representação social frente os olhares do outro. Com a emergência das academias de ginástica, o discurso estético torna a saúde um sinônimo direto de boa forma física, formando assim um ciclo no qual a busca incessante e por muitas vezes insatisfatória por esse corpo emagrecido e tonificado abaixa a auto-estima do indivíduo.

O corpo, nessas práticas esportivas, é conformado para obter resultados produtivos e assim é dissociado da mente, demonstrando a historicamente construída dualidade entre corpo e alma.

Kirk (in Turtelli, 2003) aborda a situação comportamental de um indivíduo como agente ativo em sua localização social. Portanto, os projetos e atividades realizadas pelo sujeito relacionam-se com a posição social a qual este ocupa e, assim, torna-se mais uma forma de distinção entre as classes.

Mc Dermott (in Turtelli, 2003) observou que a vivência corporal da maioria das mulheres é condensada na aparência corporal. Portanto, a consciência corporal significava possuir controle e conhecer seu peso e conquistar uma boa forma física. Essa noção é construída desde a adolescência e é a responsável pelo envolvimento destas com a atividade física ao longo de suas vidas.

Michel Foucault (in Vasconcelos, 2005) constrói o corpo como “um lugar prático direto de controle social”, e assim é construído desde a infância pelas condições sociais impostas ao indivíduo. Ao longo de sua infância, as meninas são restringidas a brincarem menos do que os meninos, uma vez que são consideradas mais frágeis e incapazes,

estabelecendo desde então uma relação de passividade que será encarada ao longo de toda sua vida. E essa característica de passividade aliada ao conceito intrínseco à sociedade de feminilidade relacionada diretamente à beleza são uma explicação à maior preocupação com a beleza nas mulheres do que nos homens e demonstram os efetivos sentimentos de ineficácia e fragilidade remanescentes.

Nesse processo de idolatria à cultura do corpo, a mídia apresenta papel ativo, no que tange a formulação, divulgação e disseminação de padrões estéticos corporais, os quais acabam estabelecendo imagens de utópica beleza que os indivíduos tentam alcançar.

Ou seja, a mídia, nas imagens que constrói para despertar o desejo, propõe “que a beleza seja conquistada a qualquer preço físico, sem considerar a autenticidade do corpo e dos sentidos ou significações que lhe vende como possibilidades de reconstrução simbólica.” (Garcia in Vasconcelos, 2005, p. 63)

8.2- Imagem Corporal e Anorexia Nervosa:

Como já observado, a imagem corporal é derivada das diversas experiências de um indivíduo com relação a seu corpo ao longo de sua vida. Porém, além disso, esta imagem corporal é também composta pelas inter-relações entre os indivíduos e suas imagens corporais, uma vez que o corpo enquanto objeto é notado e visto, e ao mesmo tempo enquanto sujeito vê, toca e sente os demais. Assim, há uma necessidade do próprio corpo de ser notado e visto a fim de formar uma visão própria.

“O desejo de ser visto, de ser olhado, é tão inato quanto o desejo de ver. Há uma profunda ligação entre a Imagem Corporal do próprio indivíduo e a dos outros. Na construção da imagem corporal, há um teste constante para determinar o que pode ser incorporado ao corpo.” (Schilder, 1999, p. 189)

Merleau-Ponty (in Knijnij, 2001) considera o espelho do homem como sendo um outro homem. Desta forma, os caracteres registrados pelo outro acerca de um indivíduo irão fazer parte de sua compreensão acerca de sua imagem corporal.

O corpo anoréxico é magro e fraco, porém para o paciente tal visão não corresponde a realidade. Uma leitura possível corresponde a possibilidade de ser “no cruzamento de possibilidades entre corpo objeto e corpo sujeito- os quais se encontram justapostos- que essa doença cria um paradoxo entre o corpo real e a imagem do corpo que o indivíduo anoréxico projeta para si”. (Giordanni, 2004, p. 70)

Assim, há a existência de uma imagem corporal auto-analisada pela paciente que ultrapassa os limites do corpo e traduz não somente os anseios e aspirações dos outros, mas também reflete a insatisfação consigo mesma.

Há um comportamento lipofóbico, o qual proporciona ao estado de magreza uma noção de perfeição/ prazer. Assim, a gordura torna-se um agente ruim no sentido de que fere a simetria corporal reta e esquelética tanto almejada na Anorexia.

Giordanni (2004) considera que a gordura projetada através da imagem corporal de uma paciente anoréxica pode ser, na realidade, “uma metáfora das marcas afetivas, emocionais e sócio-culturais permanentemente inscritas e reformuladas no corpo” (Giordanni, 2004, p. 77)

Essa imagem errônea e negativa acerca do próprio corpo é vista, por Jackson (in Giordanni, 2004) como uma tensão a qual serve como objeto de uma tentativa de auto-aperfeiçoamento. Assim, cada quilograma perdido significa uma aproximação ao ideal almejado e idealizado, que se conforta tão distantemente da realidade.

“Um corpo não é apenas um corpo. É também o seu entorno. Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos... enfim, é um sem limite de possibilidades sempre reinventadas e a serem descobertas. Não são, portanto, as semelhanças biológicas que o definem, mas, fundamentalmente, os significados culturais e sociais que a ele se atribuem.”

Silvana Vilodre Goellner

CONCLUSÃO

Ao longo do texto, aborda-se a Anorexia Nervosa como uma patologia multifacetada, ou seja, derivada de diversos fatores os quais em conjunto podem vir a causá-la. Assim, o paciente tende a desenvolvê-la após situações traumáticas como perdas e separações, ou até mesmo como consequência a um déficit na realização de desejos ao longo do período onde o bebê ainda se vê como parte de sua mãe. Esta se dá com maior frequência na adolescência e em mulheres, daí a predominância do pronome feminino ao longo deste trabalho. Considera-se que a sua incidência maior na adolescência é derivada desta ser uma fase de transição, na qual a identidade ainda não se encontra devidamente formada e as influências externas – como dos amigos e familiares, além da mídia- tornam-se muito valorizadas.

Assim, a profunda relação desenvolvida com a comida é a forma encontrada como fuga destas situações traumáticas, aliada à construção de um sistema de crenças errôneas que possibilitam uma maior relação com a doença ao longo do tempo, como a abstração seletiva e o pensamento de “tudo ou nada”. Daí a importância de um tratamento também multifatorial, o qual permita não só a reestruturação de uma dieta balanceada, mas também a gradual reestruturação deste indivíduo na sociedade, uma vez que a relação com a comida substitui suas relações afetivas e sociais. Estas, enquanto abaladas, incitam o aparecimento comórbido de outros distúrbios tais como a depressão e Transtornos obsessivo-compulsivos. Nestes casos, o tratamento deve ser direcionado a sanar tais distúrbios juntamente à Anorexia em si.

Os fatores sócio-culturais também influem diretamente no desenvolvimento da Anorexia Nervosa: Na cultura ocidental, a manutenção de um corpo esbelto é fator

propiciador de inclusão social. Assim, a busca por esse corpo inclui até mesmo o desenvolvimento de doenças alimentares como a Anorexia e a Bulimia. Para estes indivíduos, a auto-estima encontra-se diretamente ligada à forma corporal e, conseqüentemente influem na percepção de auto-imagem corporal.

A imagem corporal não é somente uma imagem do corpo, mas também inclui as experiências passadas, anseios para o futuro e relações entre o sujeito e os demais, além de aderir a si os adornos e roupas utilizadas pelo sujeito, além do meio no qual se encontra. Logo, a cultura de uma sociedade influencia diretamente na constituição da mesma, que é mutável.

Assim, a existência de casos nos quais a imagem corporal da paciente portadora de Anorexia é freqüente, porém atualmente concluiu-se que esse distúrbio na Imagem Corporal não pode ser considerado como um Critério Diagnóstico da existência daquela, uma vez que acomete outras doenças diversas e não se dá em todos os casos.

GLOSSÁRIO

- (1) Dietas Hipocalóricas- Possuem um porcentual de calorias menor que o considerado ideal para uma alimentação saudável
- (2) Enemas - líquido introduzido na porção retal para lavagem intestinal, como forma de emagrecimento, aliado aos purgativos e laxantes. É empregado principalmente na Anorexia Nervosa do tipo Bulímico.
- (3) Histeria – Trata-se de uma psicose cujos conflitos emocionais inconscientes surgem na forma de uma severa dissociação mental ou como sintomas físicos (conversão), independentemente de qualquer patologia orgânica ou estrutural conhecida, quando a ansiedade subjacente é convertida num sintoma físico.
- (4) Caquexia Hipofisaria- Doença que acomete mulheres no pós parto e causa emagrecimento profundo, porém ao contrário da Anorexia Nervosa, tem suas causas completamente orgânicas.
- (5) Transtorno Obsessivo-Compulsivo- O Transtorno obsessivo-compulsivo consiste na combinação de obsessões e compulsões, administradas através de manias que se tornam compulsivas de forma a prejudicar e impedir uma vida saudável ao indivíduo que as possui.
- (6) Osteopenia – É uma perda quantitativa de massa óssea que precede a ocorrência de osteoporose. Em outras palavras, é um fator de risco para o aparecimento de osteoporose.

- (7) Osteoporose- É o termo fisiológico para descrever perda quantitativa de massa ossea. Osteoporose é a diminuição em densidade: densidade= massa/unidade de area.
- (8) Hipofosfatemia – O fosfato é o sexto elemento mais abundante do corpo e o principal anion do intracelular, sendo a sua concentração no citoplasma de 100 mEq/l. Ocorrência de níveis de fósforo abaixo do normal.
- (9) Hiperamilasemia- As amilases são enzimas que catalisam a hidrólise da amilopectina, da amilose e do glicogênio. A amilase presente no sangue e na urina de indivíduos normais é de origem pancreática (predominantemente forma P) e das glândulas salivares (forma S).A avaliação dos níveis séricos da amilase tem grande utilidade clínica no diagnóstico das doenças do pâncreas e na investigação da função pancreática. E a hiperamilasemia é a ocorrência muito elevada dos níveis de amilase.
- (10) Alcalose sérica- Diminuição da concentração de fosfato no sangue.
- (11) Hipocloremia- Diminuição dos níveis de cloro no organismo
- (12) Hipocalcemia –Redução da concentração de potássio
- (13) Acidose metabólica- Diminuição da concentração de bicarbonato de sódio
- (14) Tiroxina sérica- Hormônio cuja baixa concentração está relacionada à ocorrência de anemias.
- (15) Leucopenia - Diminuição de glóbulos brancos do sangue.
- (16) Trombocitopenia – Redução nos níveis de plaquetas do sangue.
- (17) Transtorno Conversivo - envolve sintomas ou déficits inexplicáveis que afetam a função motora ou sensorial voluntária, sugerindo uma condição neurológica ou outra condição médica geral.

- (18) Esquizofrenia - A esquizofrenia é uma doença mental crônica e incapacitante, que geralmente se manifesta na adolescência ou início da idade adulta e que se caracteriza pela perda do contato com a realidade. O paciente apresenta delírios, olhar perdido e perda de contatos social.
- (19) Doença de Wilson - A Doença de Wilson é uma disfunção genética que provoca um acúmulo excessivo de cobre no organismo. Seu excesso ataca o fígado e o cérebro, provocando hepatite e sintomas neurológicos e psiquiátricos.
- (20) Síndrome da artéria mesentérica superior - Caracterizada por vômitos secundários à obstrução intermitente da saída gástrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABREU, Cristiano Nabuco de; CANGELLI FILHO, Raphael. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: a psychotherapeutic cognitive-constructivist approach*. Rev. psiquiatr. clín. 2004, vol.31, no.4, p.177-183. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-6083200400400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de setembro de 2005.

ABREU, Cristiano Nabuco de ;GUIMARAES, Daniel Boleira Sieiro, SALZANO, Fábio Tápia. *Partial or complete inpatient treatment indications*. Rev. Bras. Psiquiatr. Dec. 2002,vol.24,p.60-62.Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-462002000700013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 de setembro de 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*.Washington, 1994

ASSIS, Simone Gonçalves de ; AVANCI, Joviana Quintes.*Labirinto de espelhos: Formação da autoestima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

BACELLAR, Patrícia Freitas; LEITAO, Ana Patrícia Abranches; RIBEIRO, Viviane Kede. *Anorexia e Bulimia: aspectos clínicos e psicológicos*. Monografia, Rio de Janeiro: Faculdade de Psicologia, Estácio, 2000.

BARROS, Daniela Dias. Body image: discovering one's self. Hist. cienc. saude-Manguinhos. Maio/Ag. 2005, vol.12, no.2, p.547-554. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 de outubro de 2005

CALVET, Denise da Silva. *Do culto ao corpo à maldição do espelho: Um breve estudo sobre a Anorexia Nervosa na Sociedade Contemporânea*. Monografia, Rio de Janeiro: EPSJV, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.G.C.; MEDEIROS, M.; GOMES, R. - Auto-imagem na adolescência. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 24 de setembro de 2005.

CHEBABI, Wilson. *Corpo e Psicanálise* in VILLAÇA, Nizia; GOES, Fred; KOSOVSKY, Ester. Que corpo é esse? Rio de Janeiro, Mauad, 1999.

COBELO, Alicia Weisz, SAIKALI, Maria Olímpia and SCHOMER, Ester Zatyрко. *Family assessment in the treatment of anorexia and bulimia nervosa*. Rev. psiquiatr. clín.2004,vol.31,no.4,p.184-187.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 de agosto de 2005.

CORDAS, Táci Athanássios e CLAUDINO, Angélica de Medeiros. *Transtornos alimentares: fundamentos históricos*. Rev. Bras. Psiquiatr., dez. 2002, vol.24 supl.3 , p.03-06. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446002000700002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de setembro de 2005

CORRÊA, Maria Rita Gandara. *Anorexia*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, 1997.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola Espósito de Moraes. *Cognitive-behavioural therapy of eating disorders*. Rev. Bras. Psiquiatr. Dec. 2002, vol.24 suppl.3, p.49-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de agosto de 2005.

FISCHLER, Claude. *Obeso Benigno e Obeso Maligno*. In SANT'ANNA, Denise Benuze (Org). *Políticas do Corpo: elementos para uma história às práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FREITAS, Silvia; GORESTEIN, Clarice and APPOLINARIO, Jose C. *Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares*. Rev. Bras. Psiquiatr., Dez 2002, vol.24, suppl.3, p.34-38.

GIORDANNI, Rubia Carla Formighieri. *A experiência corporal na Anorexia Nervosa: Uma abordagem sociológica*. Dissertação de Mestrado, Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2004.

GOES, Fred. *Do Body Building ao Body Modification- Paraíso ou Perdição* in VILLAÇA, Nizia; GOES, Fred; KOSOVSKY, Ester. *Que corpo é esse?* Rio de Janeiro, Mauad, 1999.

GORGATI, Soraia Bento, HOLCBERG, Alessandra S and OLIVEIRA, Marilene Damaso de. *Psychodynamic approach on treatment of eating disorders*. Rev. Bras. Psiquiatr. Dec.2002, vol.24 suppl.3, p.44-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164462002000700010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de julho de 2005.

GOULART, Marcela Torres Aldigueri. *Anorexia nervosa : uma leitura Psicanalítica*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Psicologia, 2003.

HERSCOVICI, Cecile Rausch; BAY, Luisa. *Anorexia Nervosa e Bulimia- ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

_____, *A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

KAPLAN, Sadofk e Gebb. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

KNIJNIK, Jorge Dorfman. *Ser é ser percebido: Uma radiografia da Imagem Corporal das Atletas de handball de alto nível no Brasil*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

LATTERZA, Andréa Romero, DUNKER, Karin Louise Lenz, SCAGLIUSI, Fernanda Baeza *et al.* *Nutritional treatment of eating disorders*. Rev. psiquiatr. clín. 2004, vol.31, no.4 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400009&lng=en&nrm=iso. Acessado em 25 de agosto de 2005.

MALSON, Helen. *The Thin Woman: Feminism, Post-Structuralism, and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. London: Routledge, 1998.

MORGAN, Christina M, VECCHIATTI, Ilka Ramalho and NEGRAO, André Brooking. *Etiology of eating disorders: biological, psychological and sociocultural determinants*. Rev. Bras. Psiquiatr. Dec. 2002, vol.24 suppl.3 p.18-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de agosto de 2005.

MORGAN, Christina Marcondes; AZEVEDO, Angélica M. Claudino. *Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares*. Psychiatry Online Brazil, v. 3, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/culture.htm> Acesso em: 20 de agosto de 2005.

NOBREGA, Fernando José de. *Anorexia Nervosa e Bulimia*, in: Distúrbios da Nutrição. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 1998.

NOVAES, Joana; VILHENA, Junia de. *De Cinderela a Moura Torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra* In Interações. volume VIII, número 15, 2003.

NUNES, Maria Angelica Antunes. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 1 edição, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 1997

PIMENTA, Maria Luisa da Fonseca. 2004. *Beleza Revelada: um estudo sobre os aspectos gerais do processo de transformação do corpo feminino*. Monografia, Rio de Janeiro: EPSJV, Fundação Oswaldo Cruz.

PINZON, Vanessa and NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. *Epidemiology, course and evolution of eating disorders*. Rev. psiquiatr. clín. 2004, vol.31, no.4, p.158-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-0832004000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de agosto de 2005.

Revista e, número 56. 2002. *Beleza Fabricada*. Rio de Janeiro: Editora Sesc SP.

- SCHILDER, P.-*A imagem do corpo*.2.ed:São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SERRA, Giane Moliari Amaral . *Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na Revista Capricho*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- SCIVOLLETO, Sandra. *Manual de Medicina da Adolescência*. Belo Horizonte: Ed. Health, 1997.
- SOUZA, Maria Tereza Ramos de; BOECHAT, Rosane Aparecida. *A mídia e sua influência na percepção da imagem corporal: Uma pesquisa introdutória*.Monografia, Rio de Janeiro: Faculdade de Psicologia, Estácio, 2000.
- TELLES, Rosana Rocha Gusmão da Silva. *Sobre a Anorexia Nervosa: Uma pontuação*. Monografia, Rio de Janeiro: Faculdade de Psicologia, Estácio, 1996.
- TURNER, Bryan S. *Regulation bodies: essays in medical sociology*.London: Routhledge, 1992.
- TURTELLI, Larissa Sato.*Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica* .Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.
- URRIBARRI, Rodolfo.*Anorexia e Bulimia*.São Paulo:Ed. Escuta, 1999.
- VASCONCELOS, Renata Veloso . *As Representações Sociais do Corpo por Mulheres Praticantes de Atividade Física: Que Estética é Essa?* Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: PPGEF/UGF, 2005.
- VILLAÇA, Nizia ; GÓES , Fred ;KOSOSVKY, Ester. *Que corpo é esse?Novas perspectivas*. Rio de Janeiro: Ed. Mauad, 1999.

