

# **DETERMINANTES DA ANOREXIA NERVOSA EM ADOLESCENTES: O CASO DO AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES DO NÚCLEO DE ESTUDO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE - NESA/HUPE/UERJ**

**Débora da Silva Moreira<sup>1</sup>**  
**José Paulo Vicente da Silva<sup>2</sup>**

## **Introdução**

A anorexia nervosa é um transtorno mental que acomete, predominantemente, adolescentes do sexo feminino. Suas principais características são a recusa à alimentação, perda de peso acentuada, preocupação excessiva com o aumento do peso e distorção da auto-imagem corporal.

Não há uma causa específica para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Assim, a referida doença é considerada multideterminada por uma mescla de fatores psicológicos, familiares, biológicos, e culturais, conforme aponta Abreu (2006).

Além da alta incidência entre os jovens, também apresenta um elevado índice de mortalidade. Segundo Lima (2003), cerca de 1,7 milhões de pes-

---

<sup>1</sup> Técnica em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

<sup>2</sup> Enfermeiro, mestre em saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).



soas sofrem de anorexia no Brasil. Na maioria das vezes são meninas com idade entre 11 e 14 anos que se recusam a comer e beber por medo de engordar. Com um índice de mortalidade estimado entre 6 e 10%, anorexia é a doença psiquiátrica que mais mata no mundo (ABREU, 2006).

Atualmente, devido ao aumento do número de casos com vítimas fatais, o debate sobre a anorexia nervosa vem sendo ampliado e ganhando espaço na mídia. Basta lembrar que em menos de um mês a doença causou a morte de três jovens em São Paulo. O primeiro caso foi a morte da modelo A. C. R., de 21 anos, que faleceu no dia 15 de novembro. A modelo foi vítima da anorexia nervosa, e seu quadro se agravou por uma infecção generalizada. Outro caso foi o de uma estudante de 21 anos, C. S. C., que morreu no dia 16 de novembro, vítima de uma parada cardíaca causada pela anorexia nervosa. No dia 27 de novembro, morre outra jovem, de 23 anos, após lutar três anos contra a doença, por complicações com a anorexia. Ela contraiu uma virose, que causou parada cardíaca.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo principal analisar os fatores determinantes da anorexia nervosa em usuárias do Ambulatório de Transtornos Alimentares, do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto (NESA/HUPE/UERJ). Pretendeu-se, ainda: a) conhecer a evolução e as complicações clínicas da doença; e b) identificar as repercussões sociais e psicológicas do referido transtorno.

Para o alcance dos objetivos propostos, utilizamos a metodologia da pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (1996), permite trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos investigados, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Além da revisão bibliográfica sobre o tema, empreendemos uma análise de prontuários de ex-usuárias do NESA/HUPE/UERJ. Dessa forma, o presente trabalho é um estudo de caso, que é, segundo Gil (1988), o “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”.



## **Interrogando as Relações entre a Adolescência e a Anorexia Nervosa**

A palavra adolescência vem do latim: *ad* - a para a + *olescere* – forma de *olere*- crescer, significando processo de crescimento. Sendo assim, a adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, ou seja, quando ocorrem rápidas mudanças físicas e emocionais. Chama-se puberdade a fase de mudanças físicas. Esta corresponde aproximadamente à faixa dos 10 aos 12 anos, para as meninas; e dos 12 aos 14 anos para os meninos.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se adolescente aquela pessoa entre 12 e 18 anos de idade. Porém, na literatura, os limites se ampliaram e podemos dizer que o período da adolescência é compreendido entre 12 e 21 anos.

O crescimento e desenvolvimento físico são influenciados pela relação entre fatores genéticos e ambientais. Na adolescência os fatores genéticos são evidenciados por aspectos somáticos, como o início da puberdade, a intensidade de características como o tamanho das mamas, a idade da menarca<sup>3</sup>, entre outros fatores. O ambiente, a família, as condições de vida e saúde e, portanto, as relações sociais, são fatores centrais na determinação do desenvolvimento do adolescente.

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

<sup>3</sup> É a primeira menstruação.



Esta fase do desenvolvimento humano está relacionada às alterações do eixo hipotálamo<sup>4</sup>- hipófise<sup>5</sup>- gônadas<sup>6</sup>. Inicialmente há diminuição da sensibilidade hipotalâmica às baixas taxas de hormônios gonadais. Tal processo continua até que haja um nível alto de interação entre hipotálamo, hipófise e gônadas. O desenvolvimento que ocorre na adolescência se traduz em modificações em várias partes do organismo, sendo as relacionadas à maturação sexual, aumento da altura e do peso as mais evidentes.

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

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

A chamada “adolescência tardia” está compreendida entre os 17 e 21 anos, e nesta fase os valores e comportamentos adultos predomi-

<sup>4</sup> O hipotálamo é o principal centro integrador das atividades dos órgãos viscerais; atua na ativação de diversas glândulas endócrinas; regula o apetite e a temperatura corporal; está envolvido na emoção e no comportamento sexual.

<sup>5</sup> A hipófise é uma glândula endócrina situada na base do cérebro e é responsável pela regulação de outras glândulas e de várias funções do organismo.

<sup>6</sup> As gônadas são glândulas do sistema endócrino responsáveis pela produção de hormônios sexuais. A gônada masculina é o testículo e a gônada feminina é o ovário.



nam. O relacionamento amoroso torna-se mais íntimo e afetuoso, os jovens buscam estabilidade social, desenvolvem elaborados sistemas de valores e verbalizam de acordo com suas próprias idéias.

Em todas estas fases, as bases de sustentação familiar, religiosa e social exercem um papel muito importante na vida do jovem.

É na adolescência que se determinam os projetos de vida, e nesse período, o jovem entra constantemente em conflitos pessoais ou familiares.

Esta também é a fase na qual aflora a necessidade de chamar a atenção dos membros de seu grupo social. Por um lado, o adolescente mostra a educação recebida na infância; por outro, dá tanta importância à turma, que se veste, fala e age como os outros membros do grupo (TIBA, 2002).

Se na infância há uma total dependência da família, na adolescência aspira-se a conquista da autonomia. Isto significa um desligamento das relações afetivas com os pais e um comprometimento com um nível de socialização mais amplo, ou seja, passa a haver a necessidade de relacionar-se com um número maior de pessoas. Mas apesar de aspirar à autonomia dos adultos, ainda está preso à necessidade de dependência em relação aos pais – o que reflete uma certa imaturidade.

No início dessa fase o jovem não sabe ao certo se age como criança ou como adulto. Em contrapartida, o mesmo ocorre com os pais que, muitas vezes, sentem-se inseguros em relação a seus filhos. De acordo com Stone & Church (1959), este momento de incertezas entre pais e filhos foi denominado de “ambivalência dual”.

Os conflitos ocorridos na adolescência surgem por vários motivos, inclusive pela imposição dos pais, vide a subordinação perante a estes e o desejo de emancipação. Já no final da adolescência, os conflitos entre pais e filhos tendem a diminuir, pois com mais maturidade o jovem já é capaz de solidificar seus interesses, escolher sua profissão e estabelecer sua própria identidade com caráter mais autônomo.

O adolescente se insere em um grupo e passa a ser dependente dos valores e julgamentos deste, que o influencia em questões como a sua



vestimenta, cortes de cabelo, pensamentos, modos de falar e de agir. O jovem quer ser “bem visto” no grupo de amigos, pois tem necessidade de aceitação exterior.

Para Erikson (1976), o desenvolvimento da personalidade se dá de modo intermitente, da infância à velhice. Ele considera que a adolescência é a fase inicial para a formação da identidade, para a qual a auto-estima representa um papel importante.

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

Por várias mudanças que ocorrem no período da adolescência, o desenvolvimento psicológico do jovem se traduz numa sucessão de experiências intrapsíquicas no sentido do desligamento, que consiste na separação e individualização, culminando com a aquisição da consciência do sentimento de identidade (MAHLER, 1993).

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

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

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

Nos momentos de baixa auto-estima o adolescente pode entrar em depressão, tendendo a se isolar do mundo em que vive. Por este motivo, constata-se a importância da família para o auxílio do adolescente.



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

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

### **Aspectos Históricos da Anorexia Nervosa**

Desde a Europa Medieval há relatos de casos de mulheres com sintomatologia semelhante ao da anorexia nervosa. Na época, o referido transtorno mental era conhecido como Anorexia Sagrada.

Richard Morton, um médico inglês, publicou, em 1968, o livro *Tisiologia sobre a doença da consunção*. Nesta obra, descreveu a “consunção”, ou “atrofia nervosa”, baseado em três sintomas principais: amenorréia<sup>7</sup>, perda do apetite e emagrecimento. E dizia que “o sinal essencial da doença é a diminuição da força com perda total do apetite, cuja causa deve ser buscada no sistema dos nervos” (BIDAUD, 1998). Morton relatou o caso de uma jovem de 18 anos que apresentava amenorréia, perturbações emocionais, intolerância ao frio, desmaios, problemas de digestão e falta de apetite. A aparência dela, segundo Morton, era de uma mulher com rosto pálido e pela flácida. Era dedicada aos estudos e muito hiperativa, o que contrastava com o quadro de pouca alimentação (apud CALVET, 2006).

Em 1789, Naudeau descreveu, na França, a anorexia como “uma doença nervosa acompanhada de uma repulsa extraordinária pelos

---

<sup>7</sup> Ausência ou sensação anormal da menstruação.

alimentos” (BIDAU, 1998, p. 15). Após esse caso, foram observados e descritos diversos casos semelhantes. Na segunda metade do século XIX a anorexia nervosa emergiu como uma entidade clínica independente. Pinel, que foi um médico francês e é considerado o “pai da psiquiatria”, fez, no início do século XIX, uma reflexão sobre as particularidades da conduta alimentar, levando em consideração o luxo, as orgias na França, a farta mesa dos ricos, jejuns, abstinência dos brâmanes<sup>8</sup>, entre outros fatores. No que diz respeito ao olhar da religião, entende-se o jejum como uma “purificação”. Mas o jejum pode ser visto como um fator interno influenciado pelas relações humanas. Dessa forma, o autor considera que a questão da alimentação é influenciada pelo conjunto de regras de cada época. Por fim, classifica a anorexia como uma “neurose das funções nutritivas” (IBIDEM, 1988, p. 16).

No ano de 1868, Willian Gull, um médico inglês, criou o termo “anorexia histérica” e, em 1873, “anorexia nervosa”. Para o autor, “a anorexia se define como uma privação do apetite”. Ele também destacou a possibilidade de que uma enfermidade orgânica explicasse a ocorrência da anorexia (IBIDEM, 1988, p. 16).

Quase simultaneamente, Laségue, um neurologista francês, também descreveu a doença qualificando-a de inanição histérica, e também considerando uma doença psicogêna. Somente 100 anos mais tarde, aproximadamente, a anorexia deixou de ser considerada como um subproduto da histeria (GULL e LASÈGUE apud CALVET, 2006, p. 165).

No final do século XIX, em 1893, Freud, um médico neurologista e psiquiatra, que foi o fundador da Psicanálise (BIDAU, 1988, p.19) descreveu um caso de anorexia tratado com hipnose. Um ano mais tarde descreveu a doença como uma psiconeurose de defesa, ou neurose da alimentação com melancolia. No começo do século XX, a anorexia começou a ser tratada sob um ponto de vista endocrinológico. Assim, em 1914, Simmonds, um patologista alemão, descreveu uma paciente caquética, a quem, ao fazer-lhe a autópsia, encontrou uma atrofia do lobo anterior da hipófise e, por isso, durante os 30 anos seguintes, a anorexia nervosa

<sup>8</sup> Membro da casta sacerdotal hindu.



passou a ser confundida com o hipopituitarismo<sup>9</sup> (Doença de Simmonds), tendo uma visão mais endócrina da doença. A partir dos anos 1930, a anorexia passou a ser estudada principalmente sob o ponto de vista psicológico, deixando no esquecimento as antigas discussões sobre a origem endócrina do transtorno.

Desde os anos 1950 até os dias de hoje, a anorexia nervosa vêm sendo diferenciada das demais patologias. Estudiosos relacionam a patologia com fatores psicológicos, sócio-culturais, familiares e até genéticos.

### **A Anorexia Nervosa Hoje**

Conforme exposto anteriormente, a anorexia nervosa é um transtorno mental caracterizado por uma limitação na ingestão de alimentos por medo de engordar e que acomete, principalmente, jovens do sexo feminino (BUSSE, 2004). A perda de peso nas pessoas com anorexia nervosa é decorrente, sobretudo, da redução do consumo alimentar. Geralmente o doente recusa-se a ingerir carboidratos e outros alimentos considerados calóricos. De modo geral, a maioria dos pacientes termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns poucos tipos de alimentos.

Nos casos mais graves o paciente adota métodos adicionais de perda de peso, dentre os quais a auto-indução ao vômito – caracterizando a bulimia ou anorexia subtipo purgativa (ALVARENGA, 2004), uso indevido de laxantes ou diuréticos e prática de exercícios intensos ou excessivos.

Através de estudos, determinou-se, também, que o desenvolvimento da anorexia tem precedentes genéticos.

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

A família também tem ligação direta com a evolução da doença, em função dos hábitos alimentares que desenvolve. Sendo assim, o meio e a

<sup>9</sup> O hipopituitarismo ou Doença de Simmonds é definido como função hipofisária inadequada.



conduta familiar em que o indivíduo está inserido podem apresentar riscos para o desenvolvimento da anorexia.

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

O engrandecimento da beleza, e a sua atual importância para a sociedade faz com que surjam profissões que sirvam para representar os produtos, como é o caso dos *modelos*<sup>10</sup>, em especial as mulheres. Atualmente, os modelos exercem a função de representar objetos e também padrões a serem seguidos. Porém, a saúde deles quase sempre se torna prejudicada, pois seus horários são desregulados, não têm hora para dormir, comer e ficam a mercê de suas agências de moda, pois não têm autonomia para mudar sequer o próprio visual. Com a exigência dos padrões de beleza, muitas vezes acabam se desencadeando distúrbios alimentares que comprometem gravemente a saúde.

As agências de moda e os meios de comunicação têm necessidade de padronizar a beleza e colocá-la como primordial, pois a sociedade “compra” o que a mídia impõe. A mídia chama, convence e instiga não apenas o consumo, mas também nosso comportamento. Ela forma atitudes, cria estilos, quebra censuras, desvia caminhos e, muitas vezes, influencia adolescentes a quererem ser tão belas como as atrizes e as modelos que são exibidas como padrão de perfeição.

<sup>10</sup> As definições apresentadas pelo Dicionário Aurélio para a palavra “modelo” são as seguintes: “1- Objeto destinado a ser reproduzido por imitação; 2- Pessoa ou coisa cuja imagem serve para ser reproduzida em escultura, pintura, fotografia, etc. 3- Pessoa que, empregada em casas de modas, ou por conta própria, traja vestes para exibi-las à clientela; manequim”. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.



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

Na atualidade, o fator mídia e a pressão cultural por um determinado estilo de corpo podem ser considerados relevantes para o desencadeamento da doença. Contudo, não se pode afirmar que se constitua na única causa da doença, já que uma mescla de fatores precisa ser avaliada.

### **Aspectos Epidemiológicos**

Estudos epidemiológicos sobre a anorexia nervosa são dificultados pela recusa de muitos pacientes em procurar ajuda profissional, até mesmo porque o próprio paciente não se considera doente. Isso dificulta a detecção de casos e, conseqüentemente, a avaliação de prevalência<sup>11</sup> e incidência<sup>12</sup> populacional. São notificados, em sua maioria, os casos de maior magnitude.

Constata-se, entretanto, como já dito anteriormente, que a doença atinge, em sua maioria, adolescentes com idades entre 13 e 18 anos. Acontece quase exclusivamente mulheres, ocorrendo na razão de 10 a 20 vezes mais em comparação com o sexo masculino (BUSSE, 2004). Logo, a prevalência da anorexia nervosa entre as mulheres é de, aproximadamente, 0,5% e, entre os homens, de apenas um décimo da taxa encontrada nas mulheres. A anorexia nervosa apresenta também alta taxa de mortalidade<sup>13</sup>, na casa dos 20% segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Abreu (2006), no entanto, estima que a porcentagem gire em torno de 6 a 10%.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) a anorexia nervosa tem uma prevalência maior em sociedades industrializadas, pois nestas, justamente, onde os padrões de beleza, suces-

<sup>11</sup> Número total de casos existentes em uma determinada população e tempo.

<sup>12</sup> Números novos de casos em uma determinada população.

<sup>13</sup> Número absoluto de óbitos ocorridos em uma determinada população, durante um certo período.



so e modernidade se desenvolvem com maior intensidade, ser atraente está intimamente ligado à condição de magreza do corpo. É mais frequente nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Europa, Nova Zelândia, Japão e África do Sul.

Meninas de classe social alta, atléticas, inteligentes, porém frágeis afetivamente, depressivas e insatisfeitas com o próprio corpo. Este é o perfil típico dos pacientes com transtornos alimentares – anorexia, bulimia ou uma mistura dos dois tipos. Mas esse público vem se alterando com o aumento do número de pacientes homens e com a dispersão da doença para outras classes sociais. Isso se deve ao crescente alcance dos meios de comunicação, que levam, principalmente através da televisão, o ideal de beleza e saúde encarnado por mulheres extremamente magras. A magreza, na sociedade contemporânea, é um paradigma para os jovens, que tentam manter o corpo exageradamente abaixo do limite e submetem o organismo a um perfil que eles, por natureza, não têm, diz Tommaso (2005), psicólogo membro da Associação Brasileira para Estudos sobre a Obesidade.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a incidência de anorexia nervosa parece ter aumentado nas últimas décadas. Considera-se que modelos, bailarinas e outras profissões que enfatizam a necessidade da magreza, são mais sucessíveis a desencadear a doença (NUNES, 1995).

## **Etiologia**

### **Fatores Biológicos/Genéticos**

Novas pesquisas realizadas pelo médico Fetissov (2006), professor do Departamento de Nutrição, Fisiologia e Metabolismo, da Escola Médica da Universidade de Rouen, na França, apontam fatores biológicos para o desenvolvimento da anorexia, considerando a doença auto-imune, ou seja, causada pelos próprios mecanismos de defesa do organismo.

Fetissov (2006) verificou, através de estudos, que na maioria dos pacientes com anorexia e bulimia, alguns anticorpos envolvidos na defesa do organismo reagem com a melanocortina.



Para chegar a esse resultado, Fetissov selecionou um grupo de pacientes que apresentavam transtornos alimentares e as fez preencher um questionário a respeito de insatisfações corporais, perfeccionismo (características psíquicas) e sobre seus comportamentos alimentares. No mesmo dia foram colhidas também suas amostras sanguíneas. Após o resultado dos exames, verificou-se que houve uma relação significativa entre o nível de anticorpos que reagia com a melanocortina<sup>14</sup> e as respostas dos questionários.

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

Cordás (2006), considera os dados do estudo interessantes, mas julga que o controle do apetite ainda é muito complexo e misterioso.

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

Fatores genéticos também influenciam. Estudos demonstram que a taxa de concordância é muito maior em gêmeos monozigóticos (56%), contra 5% entre os dizigóticos. Há também um risco praticamente 8 vezes maior de os parentes de primeiro grau desses pacientes apresentarem anorexia.

## **Fatores Psicológicos**

A anorexia foi inserida na CID 10, no capítulo V, que trata de transtornos mentais e comportamentais, e no Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais (DSM IV).

<sup>14</sup> Melanocortina é o hormônio responsável por mediar funções relacionadas às emoções e também, ao consumo alimentar. Por esta relação estabelecida, entre as respostas e o nível de anticorpos reagindo com a melanocortina, foi possível estabelecer relação entre a auto-ímmunidade e a anorexia



Segundo Freud (1980), todas as pessoas são dotadas de psiquismo, que são sentimentos, reações mentais, conscientes e inconscientes, e emoções. Já que as relações psíquicas e a alimentação encontram-se mescladas, o desenvolvimento físico e emocional estão correlacionados. Entende-se, assim, que o ato de se alimentar relaciona-se diretamente à personalidade de cada indivíduo e é influenciado pelas nossas emoções.

Pode-se considerar a anorexia como uma doença psíquica também, por estar relacionada à depressão. A preocupação excessiva com a ingestão dos alimentos e aparência podem ter suas correspondentes em sintomas depressivos, como a culpa inapropriada, baixa auto-estima e desesperança. Estudos indicam que, dentre as pacientes com anorexia, 50 a 60% apresentam sintomas depressivos (BUSSE, 2004). De acordo com Herzog e Beresin (1997), transtornos alimentares como a anorexia podem ser variantes de transtornos afetivos.

### **Fatores Sócio-Culturais**

Um dos fatores associados à anorexia nervosa é a influência da mídia, que reforça a idéia de que é preciso ser belo, e magro, para ser aceito na sociedade e ser feliz. As cantoras, atrizes e apresentadoras são macérrimas e, cada vez mais, lançam produtos e vendem essa imagem e estereótipo de beleza que deve ser seguido por seus fãs. Segundo Cordás (2006), “tratamos no varejo o que a moda produz no atacado. A pressão da mídia é muito grande. Esta não é a causa exclusiva, mas influencia muito. Tanto que é uma das razões para a doença predominar entre as mulheres”.

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



“As muito feias que me perdoem, mas beleza é fundamental”. Esta célebre frase de Vinícius de Moraes traduz os valores atuais da sociedade. É um retrato de uma sociedade em que o corpo magro passou a ser sinônimo de belo.

A cultura da aparência leva a uma eterna insatisfação com a própria imagem e a um narcisismo frustrado o tempo todo (...) o nosso corpo psíquico deixou de ser um instrumento a nosso favor e passou a ser um objeto a ser exibido (ALVARENGA, 2004, p. 109).

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

Alguns países têm incluído em sua agenda pública medidas para o combate à doença. Citamos o exemplo do governo espanhol, que decidiu barrar modelos macérrimas nas passarelas da Semana de Moda de Madri, em setembro de 2006. Tal medida proíbe participação de meninas que têm o Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 18<sup>15</sup>, pois caracteriza uma pessoa não-saudável. Autoridades da Índia, Milão, na Itália, e de Londres na Inglaterra, pensam em fazer o mesmo, pois adolescentes estão copiando a aparência das modelos e desenvolvendo distúrbios alimentares. “A polêmica chama a atenção para o tema: os casos de anorexia e bulimia vêm aumentando, e uma das causas das doenças é a pressão cultural por corpos esqueléticos e medidas zero”.

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

“Fashionistas”<sup>16</sup> brasileiros defendem o bom senso na escolha das tops e dizem que a modelo não é referência de como as mulheres deveriam ser.

<sup>15</sup> O IMC (índice de massa corpórea) considerado normal varia entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> até 24,5 Kg/ m<sup>2</sup>.

<sup>16</sup> Fashionistas são pessoas que trabalham no mundo da moda, como estilistas, por exemplo.



“Procuramos meninas magras, mas que tenham *cara de saudáveis*”, diz Slama (2006), estilista de uma grife famosa.

Na sociedade atual, temos diversos meios de comunicação que favorecem a disseminação de idéias de grupos que enaltecem a anorexia, conhecidos como “pró-Ana”. Utilizam *blogs*, a página de relacionamentos *Orkut* e sites diversos para a troca de dicas sobre dietas, uso de laxantes e emagrecedores, mantendo uma perigosa rede de incentivo à “Ana”<sup>17</sup>, como a doença é conhecida na Internet. Nesses sites, as anoréticas combinam dia de “NF” (*No Food*), ou seja, dias em que elas não podem comer nada, somente beber água; ou então, dias de “LF” (*Low Food*), que é um dia em que só é permitido a ingestão de pouquíssimo alimento, como por exemplo, uma maçã dividida ao longo do dia. As anoréticas definem a anorexia como “um estilo de vida”.

Eu estou nessa de emagrecer a mais ou menos 1 mês... tenho 1,70, e pesava 60 kg. Hoje estou com 51, sempre achei que alface no almoço e na janta era muito pouco! Mas hoje em dia eu até já estou achando que isso engorda, que tudo engorda. Mas no fundo sei que não e faço veterinária, não sou ignorante, mas meu pensamento vem automático, sabe? Hoje eu não comi nada, são 21h e só comi até agora um biscoito de goiaba e fiquei com peso na consciência...

Há uma carta que circula na Internet, conhecida como “Carta da Ana”, que nos aponta a dimensão do problema. Abaixo, seguem alguns trechos que selecionamos:

Permita me apresentar. Meu nome, ou como sou chamada, pelos também chamados ‘doutores’, é Anorexia. Anorexia Nervosa é meu nome completo, mas você pode me chamar de Ana. (...) Você não é perfeita, você não tenta o bastante! Você perde muito tempo pensando e falando com amigos! Logo, esses atos não serão mais permitidos. Seus amigos não te entendem. Eles não são verdadeiros. No passado, quando inseguramente você perguntou a eles: “Estou gorda?” e eles te disseram: “Não, claro que não!”, você sabia que eles estavam mentindo! Ape-

<sup>17</sup> “Ana” é como a doença é conhecida em sites que fazem apologia da doença.



nas eu digo a verdade! Você não tem permissão para comer muito. Eu vou começar devagar: diminuindo a gordura, lendo tabelas de nutrição, cortando doces e frituras, etc. Por um tempo os exercícios serão simples (...). Eu vou te fazer diminuir calorias consumidas e vou aumentar a carga de seus exercícios. Eu vou te forçar até o limite! Eu preciso fazer isso, pois você não pode me derrotar! Eu estarei começando a me colocar dentro de você (...). Eu vou encher sua cabeça com pensamentos sobre comida, peso e calorias. Pois agora, eu realmente estou dentro de você. Eu sou sua cabeça, seu coração e sua alma. As dores da fome, que você finge não sentir, sou eu dentro de você! (...). Quando eu fizer um prato de alface, será como uma refeição de rei! Empurre a comida em volta! Faça uma cara de cheia, como se você já tivesse comido! Nenhum pedacinho de nada... Se você comer, todo o controle será quebrado...E você quer isso? Ser de novo aquela vaca gorda que você era? Eu te forço a ver uma revista de modelos. Aquele corpo perfeito, magro, dentes brancos, essas modelos perfeitas te encaram pela página da revista! (...). Às vezes você vai ser rebelde (...). Você quebrou uma regra e comeu, e agora você me quer de volta. Eu vou te forçar a ir ao banheiro, ajoelhada e olhando para a privada! (...). Vou te tirar a vontade de sair com pessoas de sua idade, e tentar agradar todos eles. Pois agora eu sou sua única amiga, eu sou a única que você precisa agradar (...)!

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

### **Fatores Familiares**

Desde a infância o bebê é alimentado pelo leite materno, gerando, assim, uma afetividade com a mãe. É ela quem estabelece hábitos alimentares e o tipo de alimentação. Sendo assim, as condutas familiares podem apresentar risco para o desenvolvimento da anorexia, ainda mais se houver casos de pais obesos, superproterores, ou pais e outros membros da família que apresentem distúrbios alimentares como anorexia ou bulimia (THOMPSON & SMOLAK, 2002).



Bruch (1978) afirma que distúrbios podem ocorrer desde a fase de amamentação, quando a mãe da paciente com anorexia não consegue perceber as necessidades do bebê, e age de acordo com suas vontades. Minuchin (1978) destaca que a anorexia desempenha um papel central num mecanismo de evitar problemas e manter o equilíbrio familiar, e descreve algumas características de famílias de pacientes com anorexia.

O perfeccionismo é comum entre os pais de adolescentes e pacientes anoréticas, pois, em geral, enfatizam o comportamento e a conduta social adequada de suas filhas. Outra característica é a superproteção e a extrema preocupação dos pais com seus filhos, o que desenvolve um atraso na autonomia dos filhos e uma ligação muito forte com os pais, em especial com a mãe.

Famílias que reprimem as emoções tendem a supervalorizar a autoridade da mãe (ALVARENGA, 2004), e as que têm extrema preocupação com o peso e dieta também costumam ser características de famílias de pacientes com anorexia. Atualmente a inclusão da família no tratamento de pacientes com transtornos alimentares é peça fundamental na eficácia terapêutica. (RUSSELL, 1987 & ALVARENGA, 2004).

## **Aspectos Clínicos**

O quadro de anorexia se apresenta, geralmente, em mulheres jovens e adolescentes<sup>18</sup>. Em casos gerais, por uma excessiva obsessão pela magreza, as pacientes consideram-se obesas mesmo ao defrontar-se com o corpo esquelético e, por este motivo, iniciam um processo de eliminação gradativa de alimentos considerados muito calóricos, como doces e carboidratos. Em casos que a doença se encontra desenvolvida, a paciente tem uma dieta praticamente sem suporte calórico, ou seja, quase não ingere nada. Por vezes, come alguns grãos de ervilha e toma café sem açúcar (RUSSEL, 1986). As pacientes sentem-se obesas mesmo estando magras ou com o peso adequado à idade e altura. Há uma alteração da

<sup>18</sup> De acordo com a CID-10, a anorexia se configura em pacientes que apresentam um índice de massa corporal igual ou inferior a 17,5 Kg/m<sup>2</sup>.



imagem corporal. Esta alteração e o temor em ganhar peso são os principais sintomas da anorexia.

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

Da gradativa redução de alimentos, a doente passa a suprimir refeições e banir por completo alimentos de sua dieta, chegando a fazer uma única refeição e consumir, às vezes, somente um alimento, em geral frutas. Depois dessa mudança alimentar a doente passa, em alguns casos, dias sem se alimentar e até mesmo diminui a ingestão de água, também por receio da engorda. Desta forma, o padrão alimentar torna-se cada vez mais secreto e até bizarro (BEAUMONT, 1995).

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

### **Complicações Clínicas**

Pacientes com anorexia apresentam um estado de desnutrição cuja profundidade é avaliada pelo IMC. Pelo estado de desnutrição e caquexia em pacientes com anorexia, outras complicações físicas e psicológicas podem surgir. É considerado com peso normal um adulto com IMC entre 18,5 Kg/m<sup>2</sup> e 24,5 Kg/m<sup>2</sup>.

Inicialmente há aparecimento de alguns sinais como o crescimento de pêlos ralos (lanugo), alopecia<sup>19</sup> e ceratose folicular<sup>20</sup>. No sistema endocrinológico há a amenorréia associada às alterações metabólicas no eixo gonadal, aumento do hormônio do crescimento, do cortisol<sup>21</sup>, além da hipercolesterolemia<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> Queda de cabelo.

<sup>20</sup> Pele quebradiça.

<sup>21</sup> Hormônio produzido pela glândula supra-renal que está envolvido na resposta ao estresse.

<sup>22</sup> Presença da quantidade de colesterol acima do normal no sangue.



Em relação ao sistema gastrointestinal, as complicações são: obstipação<sup>23</sup>, pancreatite<sup>24</sup> e alteração das enzimas hepáticas. No sistema hematológico<sup>25</sup> há decorrência de anemia<sup>26</sup> e leucopenia<sup>27</sup>.

No sistema metabólico há desidratação, hipocalemia<sup>28</sup>, hiponatremia<sup>29</sup>, e hipoglicemia<sup>30</sup>.

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

No sistema cardiovascular as complicações são bradicardia<sup>31</sup>, arritmias<sup>32</sup>, diminuição da pressão arterial, parada cardíaca, hipotensão postural<sup>33</sup> e alterações no eletrocardiograma.

São observadas deficiências nutricionais e vitamínicas, como o escorbuto<sup>34</sup>, que pode causar fadiga e dor abdominal. Ocorrem também outras alterações corporais para a paciente com anorexia, como hipotermia, intolerância ao frio, convulsões, redução da massa corporal e osteoporose. Esta é considerada uma das mais sérias conseqüências da anorexia.

Há a associação dos transtornos alimentares com quadros psiquiátricos, como transtorno de humor ou humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia, estresse, ansiedade e transtorno de personalidade. É verificada na anorexia uma forte ligação com a depressão principalmente na infância e adolescência. "Jovens podem chamar a atenção por estar engordando ou emagrecendo diante dos amigos e familiares e, na realidade, estão deprimidos, têm ideias ou estão planejando tentativas suicidas" (BUSSE, 2004). Entende-se que a depressão pode estar associada à

<sup>23</sup> Constipação, prisão de ventre.

<sup>24</sup> Inflamação do pâncreas.

<sup>25</sup> Relativo ao sangue.

<sup>26</sup> Diminuição de eritrócitos circulantes no sangue ou na quantidade de hemoglobina.

<sup>27</sup> Diminuição de glóbulos brancos no sangue.

<sup>28</sup> Diminuição da concentração de potássio.

<sup>29</sup> Diminuição da concentração de sódio-sérico- relativos ao soro.

<sup>30</sup> Diminuição dos níveis de glicemia.

<sup>31</sup> Lentidão na ação do coração.

<sup>32</sup> Variação do nível normal de batimentos cardíacos.

<sup>33</sup> Queda de pressão após uma postura ereta.

<sup>34</sup> Deficiência de ácido ascórbico (vitamina C).



anorexia como um fator presente no início do quadro, perpetuar-se durante o processo ou mesmo ser uma das complicações.

### **Tratamento**

Para o tratamento da anorexia procura-se realizar uma abordagem multidisciplinar em função da variedade de fatores que contribuem para a manutenção, evolução e curso da doença. Deve ser feito por profissionais da área da saúde mental (psiquiatras e psicólogos), bem como médico clínico e nutricionista. Deve-se manter o acompanhamento por exames laboratoriais e físicos que estão relacionados à terapêutica medicamentosa nutricional.

Uma dificuldade muito grande evidenciada na anorexia é a negação da doença por parte do paciente em inúmeros casos. Este fator constitui-se, portanto, em um aspecto relevante a ser considerado na elaboração do projeto terapêutico destes pacientes, já que a adesão se configura como determinante para o sucesso do tratamento. A terapêutica deve contemplar ainda o acompanhamento psicoterápico e também informativo.

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

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

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



Em regime de hospitalização há administração de uma dieta hipercalórica, o que, muitas vezes, leva o paciente a não aceitar a dieta via oral por medo de engordar, por já estar recebendo muitas calorias com a dieta enteral. Em geral a terapêutica medicamentosa psiquiátrica se dá pelo uso de antidepressivos. Os mais usados são os inibidores de receptação de serotonina<sup>35</sup>.

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

## **Pesquisa de campo**

### **O NESA**

O NESA é o serviço do HUPE/UERJ responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes, funcionando como unidade docente-assistencial nos três níveis de atenção.

A abordagem interdisciplinar que caracteriza sua prática, aliada às possibilidades de atuação conjunta com diversas instituições nos âmbitos universitário, comunitário, governamental e não-governamental, vem permitindo que o modelo não seja apenas viável, mas passível de ser tomado como exemplo para novos empreendimentos na área de saúde integral do adolescente.

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

<sup>35</sup> É uma substância que age como neurotransmissor. Desempenha um papel importante no sistema nervoso, como a liberação de alguns hormônios, regulação do apetite, do sono e do humor.



ter, com esse novo status, mais autonomia e facilidade para exercer suas funções.

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

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

Entre os anos de 2004 a 2006, passaram pelo NESA 20 pacientes com anorexia nervosa. No período de 1998 a 2006 ocorreram 36 internações por esta patologia.

### **Coleta de dados**

Foram analisados cinco prontuários de atendimento de ex-pacientes do NESA com anorexia nervosa, com a finalidade de encontrar os fatores mais recorrentes que influenciaram no desenvolvimento da anorexia em adolescentes.

### **Análise de Dados**

Seguimos o método da análise de conteúdo, adotando a sua vertente de análise temática. De acordo com Minayo (2004), a análise de conteúdo permite articular a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, con-

texto cultural, contexto e processo de produção de mensagem. Isto tornou possível analisar e correlacionar os diversos fatores que são determinantes da anorexia nervosa (em adolescentes). Ainda segundo Minayo (op cit.), fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

A partir desses *núcleos de sentido* foi possível identificar os três fatores mais recorrentes, considerados determinantes para o desenvolvimento da anorexia nervosa, que serviram-nos como categorias temáticas, e que foram os seguintes: fatores psicológicos, fatores sócio-culturais, e fatores familiares.

### **Fatores psicológicos**

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

A seguir apresentaremos trechos dos prontuários de atendimentos do NESA que caracterizam a presença desses fatores:

Paciente "A" :

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

A paciente apresentava distúrbio obsessivo-compulsivo. Por exemplo, ao chegar em casa ela tinha que tirar toda roupa suja da rua. (...) Durante a internação a paciente ingeria toda a comida oferecida, mas ficava angustiada por ter co-



mido. Aceitava a dieta oferecida porque queria receber alta por estar perdendo trabalhos e provas. Ela apresentava medo de se tornar obsessiva por comida.(...) Teve uma crise de choro por ter ingerido duas fatias de goiabada. Apresenta diferenças de pensamento: acha que comeu em exagero, mas, ao mesmo tempo tem medo de ficar internada de novo.

Observamos, no caso da paciente “A”, excessiva preocupação com o auto-desempenho e a auto-imagem. Podemos, assim, fazer uma ponte com o item 4.2 desta monografia (“culpa inapropriada, baixa auto-estima e desesperança”) como um fator psicológico em pacientes com anorexia. Nota-se, também, que a mesma culpou-se por ter ingerido apenas dois pedaços de goiabada, fato este que nos permite associar o ocorrido à já citada “culpa inapropriada”, pois a paciente era muito exigente consigo e não se permitia “sair do controle”, ou seja, comer um pouco mais. Estes fatores, associados aos sintomas clínicos de um transtorno obsessivo-compulsivo, nos aponta para a fragilidade psíquica da paciente analisada. Desta forma analisamos a possibilidade destes estarem na origem de outros problemas, como a distorção da auto-imagem e as características dos quadros de anorexia.

Paciente “B” :

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

Deve-se atentar para o fato de a paciente ter relatado que aos 15 anos pesava 60 Kg, já que, como citado anteriormente, essa fase, dos 15 aos 17, anos é quando o adolescente procura melhorar a sua imagem perante um grupo, e também é quando ocorrem mais conflitos como instabilidade, angústia e ansiedade. Podemos, assim, retomar nossa interrogação da Introdução, que relaciona maior vulnerabilidade do adolescente à anorexia. Também observamos na paciente “B” quadros depressivos e alterações em relação a aspectos emocionais. O início do quadro anorético também se associa à depressão e à ansiedade no ano de vestibular, tal como a paciente “A”.



Paciente "C":

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

Como aponta o item 2 deste trabalho, o qual trata dos aspectos epidemiológicos da anorexia, a doença atinge, em sua maioria, meninas inteligentes, porém, frágeis afetivamente. Ligamos esses dados ao caso dessa paciente, visto que ela tinha um bom rendimento escolar, mas apresentava uma grande fragilidade afetiva, tendo idéias de suicídio e dificuldades de lidar com emoções e com as pessoas, a partir do momento que apresentava medo de magoá-las. A paciente "C", tal como as duas outras anteriormente citadas, também apresentava sintomas depressivos. Podemos interrogar a relação da "preocupação em engordar" com os aspectos que envolvem a auto- imagem, auto-estima, e ao mesmo tempo questionar se a busca de certa perfeição poderia estar envolvida.

Paciente "D":

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

De acordo com Busse (2004), a anorexia pode estar ligada à depressão. Neste caso entende-se que a paciente que queria sempre emagrecer mais, entretanto se via gorda, entrava em estado de depressão por não chegar no corpo desejado, e essa "frustração" pode ter levado a paciente a tentar o suicídio.

Paciente "E":

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



Esta paciente apresentou as principais características mencionadas na Introdução da presente monografia: recusa em comer, preocupação excessiva em engordar e distorção da auto-imagem corporal.

### **Fatores sócio-culturais**

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

A seguir apresentaremos trechos dos prontuários, que caracterizam a presença desses fatores:

Paciente “B” :

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

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

Paciente “C” :

(...) começou a retirar alimentos para não engordar. (...) Paciente diz ter nojo de comida. (...) Recusa-se a ingerir alimentos. (...) diz que não quer comer de jeito nenhum. (...) emagreceu 4 Kg porque parou de falar com o namorado. (...) Paciente refere que no período inicial da anorexia tinha preocupação em fazer exercícios e perder peso. (...) Paciente associa sua vivência amo-

rosa e repreensão da mãe com sua falta de apetite e com a preocupação extrema em agradar os outros. (...) paciente é isolada socialmente, diz ter poucos amigos no colégio.

A paciente "C" tinha uma dieta muito restrita, chegando até a ter nojo da comida. Inicialmente tinha preocupação em fazer muito exercício físico para queimar as calorias que possivelmente teria ingerido. O fato de não ter muitos amigos coaduna com a característica de isolamento descritas em pacientes anoréticas. É possível fazer uma analogia deste caso com uma parte da Carta da Anorexia, descrita no item 4.3, o qual diz que a paciente perde muito tempo falando com amigos e que eles não a entendem e não são verdadeiros, pois a mesma relata ser isolada e ter poucos amigos.

Paciente "D" :

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

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

Paciente "E":

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

A paciente "E", mais uma vez, se enquadra nas pacientes que são isoladas socialmente. Ela também relatou assistir TV todos os dias. Esse fato chama a atenção, pois, de acordo com o que foi debatido no item 4.3, nos



intervalos e programas de TV são exibidos “corpos perfeitos”. Esses podem aguçar o desejo dos jovens por chegar a esse mesmo padrão sem medirem as conseqüências dos atos que supostamente as levarão ao objetivo. Questionamos se é possível que essa constante observação de corpos considerados perfeitos socialmente estejam relacionados à construção de um desejo de querer ser magra como os modelos exibidos.

### **Fatores familiares**

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

A seguir apresentaremos trechos dos prontuários de atendimentos do NESA que caracterizam a presença desses fatores:

Paciente “B” :

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

Assim como mencionado no item 4.4, nota-se que a família da paciente apresenta problemas de relacionamentos, o que pode apresentar risco para o desenvolvimento da anorexia, pois, conforme a paciente, sua própria família atrapalha o seu tratamento. Isso demonstra a influência da relação familiar no que diz respeito ao tratamento e curso da doença.



Paciente "C":

A paciente apresenta uma forte ligação com a mãe. (...) Mãe relata que a filha teve anorexia quando seu pai estava em crise (pai tem problemas mentais e, na maioria das vezes, fica sob efeito de medicamentos). (...) Paciente relata problemas em sua relação com o pai. (...) Sua mãe ameaça abandoná-la e sua irmã a chama de doida. (...) Paciente aborda questões referentes à mãe e relações com a família e sente-se culpada.

A paciente "C" tinha uma forte ligação com a mãe, que é um traço descrito como característico nas pacientes que apresentam anorexia, conforme o item 4.4 desta monografia. Destaca-se também que há uma coincidência temporal entre o início da doença na paciente e a crise do pai, além de haver conflitos familiares no momento da abertura do quadro.

Paciente "D":

Paciente apresenta problemas familiares: os pais disputam a filha.

A paciente "D" também apresentava problemas familiares relativos a uma disputa entre os pais separados. Tal disputa pode inviabilizar um relacionamento pais-filha no que diz respeito à confiança mútua. Assim, ponderamos que um adolescente cujos pais não estabeleçam um suporte sólido, aberto às trocas fraternas, dificilmente expõe questões íntimas aos mesmos e da mesma forma os pais não conseguem estabelecer um canal de diálogo sobre aspectos que poderiam ajudá-la. Como vimos no item 1.3, a presença da família é de extrema importância para a orientação e complementação da formação individual.

## Considerações Finais

Como vimos, a anorexia nervosa é um transtorno mental que atinge majoritariamente adolescentes do sexo feminino, estando relacionada essencialmente a fatores do desenvolvimento psicológico. Questionamos a partir deste trabalho se a vulnerabilidade às influências externas, principalmente opiniões de amigos, família e mídia, poderiam favorecer o desenvol-



vimento de problemas psicossociais que desencadeariam transtornos como a anorexia nervosa.

Atualmente, a anorexia nervosa tem chamado a atenção da população devido à divulgação de casos recentes de morte causadas por complicações clínicas decorrentes do referido transtorno mental. A partir da análise dos prontuários de atendimento das pacientes, reforça-se a idéia de que não se pode considerar a presença de apenas um fator que influencie para a evolução da anorexia nervosa em adolescentes. A doença ocorre por uma associação de diversos fatores, sendo mais recorrentes os de fundo psicológico, sócio-culturais e familiares.

Os fatores psicológicos foram encontrados em todos os casos analisados. Essa análise nos possibilitou reforçar a hipótese de que a anorexia está, realmente, associada à depressão, além de sofrer influência de fatores emocionais como sentimentos de baixa auto-estima e trocas afetivas.

Constatou-se nos casos quadros depressivos e distúrbios em relação a aspectos emocionais. Também se associa tal aspectos ao vestibular, ou seja, períodos em que os jovens pacientes atravessam intensos conflitos. Nos casos analisados observou-se uma coincidência com a bibliografia consultada no que diz respeito ao bom rendimento escolar da clientela portadora de anorexia.

Evidenciou-se a ligação da doença aos fatores psicológicos, visto que as pacientes, em geral, desenvolvem a doença a partir do início de uma dieta incentivada por motivos distintos, mas que têm relação com aspectos psicológicos. A partir daí, os traços marcantes da anorexia, como a distorção da auto-imagem, a compulsão por dietas e observações da quantidade calórica de cada alimento começam a se acentuar. De acordo com a psicóloga Ellen Paiva, “o comportamento dessas pessoas é absolutamente metódico. Elas interessam-se por tudo que diz respeito à culinária e às dietas e têm muito conhecimento sobre as calorias dos alimentos e as dietas da moda”.

O perfil psicológico é o fator mais decisivo para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Por mais que haja influência do meio externo, a doença só incidirá se houver uma associação entre esta e seus conflitos pessoais.



Os fatores sócio-culturais foram recorrentes em quatro casos de pacientes do NESA. Frente aos valores que são dados à beleza física, que atualmente confunde-se com a magreza, é esperado que a cobrança das pacientes para ter um corpo “bonito”, ou seja, magro, se dê através de dietas muito restritas que desencadeiam transtornos alimentares.

A C. não sucumbiu às pressões de uma agência em particular, mas de um mercado grotesco. Eles não querem seres humanos, e sim cabides (Frase dita por Mirtes Reston, tia da modelo A. C. R. após morte de sua sobrinha por anorexia).

Além disso, inclui-se como fatores sócio-culturais o convívio social da paciente, que acaba influenciando em sua conduta até em relação à alimentação. A ditadura da moda é um forte fator de influência. Segundo Lopez (2006): Em geral a mídia impõe um padrão corporal que não é adequado e os jovens são bombardeados com essas imagens. (Jornal Extra, de 16/nov/2006).

Os discursos midiáticos valorizam a forma e a exposição de imagens tidas como modelos ideais a serem seguidos. Ademais, a influência da sociedade contemporânea, de valorização extrema do belo e da magreza, incide sobre todos. Porém, é o psicológico de cada pessoa que vai abrir espaço ou não para o desenvolvimento de transtornos alimentares como a anorexia nervosa.

## Referências Bibliográficas

ABREU, Cristiano Nabuco. Transtornos Alimentares : Anorexia – doença psiquiátrica com mais vítimas fatais. Disponível em <[www.diaadia.dgabc.com.br](http://www.diaadia.dgabc.com.br)>. Consultado em set/2007.

ABREU, Cristiano. Ingerindo Medos. Disponível em <<http://www.guiadasemana.com.br>>. Consultado em set/2007.

ALVARENGA, Marlene. *Transtornos alimentares. Uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 109.

BALLONE, Ortolani. Bulimia nervosa e Anorexia Nervosa. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/bulimia.html>>. Consultado em mai/2007.



- BEAUMONT, P. *The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa - Eating disorders and obesity*. New York, 1995.
- BIDAUD, Èric. *Anorexia: mental, ascese, mística*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998. p. 15-16.
- BRUCH, Hilde. *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
- BUSSE, Salvador de Rosis. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. São Paulo: Manole, 2004.
- CALVET, Denise. *Do culto ao corpo à maldição do espelho: a anorexia nervosa na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 165.
- CARROLL, Stephen & SMITH, Tony. Guia da vida saudável. *Jornal O Globo*. São Paulo, 1995/1996.
- COLLI, Anita. *Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros VI. Maturação sexual*. São Paulo: Editora Brasileira de Ciências, 1988.
- COLOGNESE, Silvio Antônio, MÉLO, José Luiz Bica de. A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social. *Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. Cadernos de Sociologia*. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, v. 9, 1998.
- CURY, Augusto. *A ditadura da beleza e a revolução das mulheres*. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.
- DIAS, Reinaldo. *Introdução à Sociologia*. São Paulo: Pearson, 2005.
- DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- ERIKSON, Eric. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIMENO, Suely Godoy Agostinho. *Alimentação e Saúde de A a Z: bem estar qualidade de vida - prevenção de doenças*. Espanha: Editorial Sol90, 2005.
- HERZOG, W.; SCHELLBERG, D. & DETER, H. C. First recovery in anorexia nervosa patients in the longterm course: Adiscrete-time survival analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1997.



INTRATOR, Simone. Campanha Mundial contra a anorexia. Revista O Globo. n.º 113, setembro/2006, p. 28.

JUSTUS, Daisy. Estados gerais da psicanálise. Disponível em <[www.estudosgerais.org/gruposvirtuais](http://www.estudosgerais.org/gruposvirtuais)>. Consultado em dez/2006.

LEME, Pâmela. Ingerindo medos. Disponível em <[www.guiadasemana.com.br/noticias](http://www.guiadasemana.com.br/noticias)>. Consultado em set/2007.

LIMA, Neyse Cunha. Anorexia atinge 1,7 milhão de brasileiros. Bahia: A Tarde, Bahia, 2003.

MANUAL da adolescência. Publicação da Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê da Adolescência. Reitoria de Publicação da SBP. Outubro/ Novembro de 2005.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM -IV-TR. Porto Alegre, Artmed, 2003.

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

MARINI, Eduardo. Morte na Moda. Disponível em <<http://www.terra.com.br/istoe>>. Consultado em set/2007.

MARSHALL, W. A. & TANNER, J. M. "Puberty", In: DAVIS, J. A. & DOBBING, J. *Scientific Foundations of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders, 1974.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINUCHIN, S. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

NOVIKOFF, Cristina. Os adolescentes e a construção dos valores. Disponível em <[www.miniweb.com.br/Cidadania/Temas\\_Transversais/](http://www.miniweb.com.br/Cidadania/Temas_Transversais/)>. Consultado em set/2006.

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

OLIVEIRA, Fábio. Anorexia e bulimia: o corpo sob auto-ataque. *Saúde é vital*. n.º 270, fev/2006. p. 42-45.

OLIVEIRA, Pâmela. Culto à "Ana", um estilo de vida mortal. *Jornal O Dia*. 16/abr/2006.



- PALAZZO, Valéria. Anorexia. Disponível em <[www.gatda.psc.br/anorexia](http://www.gatda.psc.br/anorexia)>. Consultado em dez/2006.
- PETROCELLI, Renata. Espelho, espelho meu. Nós da Escola, n.º 34. Rio de Janeiro, fev/2006, p. 37-39.
- I CONGRESSO NACIONAL sobre a saúde do adolescente. Curso pré-Congresso. Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro: 1991.
- RATNASURIYA, R. Anorexia Nervosa. Outcome and Prognostic Factors after 20 years. British Journal of Psychiatry. 1991. p. 158-495.
- REZENDE, Joffre. *Linguagem Médica*. Goiás: Editora e Distribuidora de Livros Ltda., 2004.
- RUSSEL, G. *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- SETIAN, Nuvarte. *Adolescência. Monografias Médicas XI*. São Paulo: Sarvier, 1979.
- STEDMAN, Thomas Lathrop. *Stedman Dicionário Médico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- STONE, Joseph. *Niñez y adolescencia*. Buenos Aire: Horné, 1959.
- TIBA, Içami. *Quem ama, educa*. São Paulo: Editora Gente, 2002.
- TOMMASO, Antônio. A importância da auto-imagem. Disponível em <[www.assuntodemodelo.com.br](http://www.assuntodemodelo.com.br)>. Consultado em set/2007.
- Transtornos alimentares. Anorexia – doença psiquiátrica com mais vítimas fatais. Disponível em <[www.redepsi.com.br](http://www.redepsi.com.br)>. Consultado em dez/2006.
- Transtornos da alimentação. Disponível em <[datasus.gov.br/cid10/webhelp/f50.htm](http://datasus.gov.br/cid10/webhelp/f50.htm)> Consultado em out/2006.
- VARELLA, Drauzio. O drama de quem vive a anorexia. Disponível em <[www.drauziovarella.com.br/qpeso/qpeso12.asp](http://www.drauziovarella.com.br/qpeso/qpeso12.asp)>. Consultado em out/2006.
- VASCONCELLOS, José Luiz. *Programas de Saúde*. São Paulo: Ática, 1985.
- PALAZZO, Valéria. Grupo de Apoio e Tratamento do Distúrbios Alimentares. Disponível em. <[www.gatda.psc.br/anorexia](http://www.gatda.psc.br/anorexia)>. Consultado em ago/2007.
- Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. Disponível em <[www.nesa.uerj.br](http://www.nesa.uerj.br)>. Consultado em jul/2006.

