



Faculdade de Pindamonhangaba



Ana Cecília Roza Slemer

INFLUÊNCIA DA MÍDIA SOBRE A ANOREXIA NERVOSA

**Pindamonhangaba - SP
2014**



Faculdade de Pindamonhangaba



Ana Cecília Roza Slemer

INFLUÊNCIA DA MÍDIA SOBRE A ANOREXIA NERVOSA

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel pelo curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba

Orientador: Profa. MSc. Sandra Maria da Silva Costa

**Pindamonhangaba - SP
2014**

Slemer, Ana Cecília Roza

Influência da Mídia sobre a Anorexia Nervosa / Ana Cecília Roza Slemer /
Pindamonhangaba-SP : FAPI Faculdade de Pindamonhangaba, 2014.
28f. : il.

Monografia (Graduação em Farmácia) FAPI-SP.

Orientador: Profa. MSa. Sandra Maria da Silva Costa.

1 Anorexia nervosa. 2 Transtorno alimentar. 3 Bulimia

I Influência da Mídia sobre a Anorexia Nervosa II Ana Cecília Roza Slemer.



Faculdade de Pindamonhangaba



ANA CECÍLIA ROZA SLEMER

INFLUÊNCIA DA MÍDIA SOBRE A ANOREXIA NERVOSA

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção de Diploma de Bacharel pelo curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Aos meus pais, irmãs e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

À Profa. MSc. Sandra Maria da Silva Costa e ao Prof. Dr. Claudemir de Carvalho, pela orientação, apoio, confiança e empenho dedicados na elaboração deste trabalho.

A todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

RESUMO

A anorexia nervosa (AN) é uma das doenças que constituem o grupo dos transtornos alimentares. Ela é caracterizada pela recusa à alimentação associada a uma alteração na percepção subjetiva da forma e do peso corporais pelo indivíduo. Isso leva a uma conduta radical dos hábitos alimentares, iniciando pela restrição de alguns alimentos na dieta. Com o passar do tempo, a perda de peso e a busca pela magreza tornam-se uma obsessão, a restrição alimentar acentua-se, a ingestão alimentar diminui e aumentam os períodos de jejum. Esta doença é multifatorial, de difícil diagnóstico precoce pela dissimulação dos afetados. Por estas razões o quadro clínico pode se complicar surgindo alterações metabólicas, endócrinas, ósseas e do crescimento. Podem surgir também cardiopatias, complicações pulmonares e renais. Para este trabalho foram analisados nove relatórios de anoréxicos (sete mulheres e dois homens) localizados na antiga rede social ORKUT. A análise revelou dados que corroboram os apresentados pela literatura: a doença acomete principalmente mulheres, é mais frequente entre adolescentes podendo se manifestar também em adultos, caracteriza-se pela busca obsessiva pela magreza, os portadores apresentam alterações emocionais e psicológicas caracterizadas por tristeza, desalento, redução da autoestima e depressão. Outra característica frequente nos relatórios analisados é a referência a si próprio com expressões pejorativas como “estou me sentindo uma porca nojenta”, “sou uma vaca gorda”, “sou uma baleia”. Fica evidente a necessidade da atenção familiar, médica e psicológica para a recuperação do estado de saúde destes indivíduos.

Palavras-chave. Anorexia Nervosa. Transtorno alimentar. Bulimia.

ABSTRACT

Anorexia nervosa (AN) is one of the diseases that constitute the group of eating disorders. It is characterized by the refusal to supply associated with a change in subjective perception of form and of body weight by the individual. This leads to a radical behavior dietary habits, starting by the restriction of certain foods in the diet. With the passing of time, the weight loss and the quest for thinness becomes an obsession, food restriction increases, the food intake decreases and increase the periods of fasting. This disease is multifactorial, difficult early diagnosis by concealment of affected. For these reasons the clinical picture can be complicated emerging metabolic changes, endocrine, and bone growth. May also arise heart diseases, pulmonary complications and renal. For this study, we analyzed nine reports of anorexic pigs (seven women and two men) located in the old ORKUT social network. The analysis revealed data that corroborate the results presented in the literature: the disease mainly affects women, it is more frequent among adolescents and can manifest also in adults, it is characterized by obsessive search for thinness, the patients emotional changes and psychological characterized by sadness, apathy, reduced self-esteem and depression. Another characteristic often reports analyzed is the reference to himself with pejorative expressions such as "I'm feeling a nut filthy", "I'm a fat cow", "I am a whale". It is evident the need of family attention, medical and psychological for the recovery of the state of health of these individuals.

Keywords. Anorexia Nervosa. Eating Disorder. Bulimia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Características da Anorexia Nervosa.....	9
2.2 Epidemiologia.....	10
2.3 Curso e Evolução.....	10
2.4 Complicações Clínicas.....	12
2.5 Diagnóstico.....	13
2.6 Tratamento.....	15
2.7 A mídia e a Anorexia Nervosa.....	18
3 MÉTODO.....	20
4 RESULTADOS.....	21
5 DISCUSSÃO.....	23
6 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

Anorexia, que remete a ausência de *orexis* - apetite descreve, na clínica, um comportamento em que uma exagerada restrição alimentar é adotada no sentido de atingir-se um peso e uma forma corporal suficientemente magra segundo padrões que discordam do senso comum e das variáveis propostas pela medicina. Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID 10,¹ ela seria definida, inicialmente, por um emagrecimento com duas possibilidades de avaliação: uma perda de peso superior a 15% ou um índice de massa corporal igual ou abaixo de 17,5. Esta perda de peso seria auto-induzida por restrição a alimentos baseada numa distorção da imagem corporal, e associada a um ou mais dos seguintes componentes: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercício excessivo, anorexígenos ou laxantes.²

A anorexia nervosa (AN) caracteriza-se pela recusa à alimentação associada a uma alteração na percepção subjetiva da forma e do peso corporais, levando a uma preocupação absolutamente descabida com a possibilidade de ganho ponderal.²

Em sua forma mais observada, a anorexia nervosa atinge o sexo feminino em cerca de 95% das ocorrências, especialmente na faixa etária entre 14 e 17 anos, podendo surgir tanto precocemente (aos 10 ou 11 anos), quanto tardiamente (após os 23). Trata-se de uma patologia grave, em que a taxa de mortalidade ronda os 5%, quando associada a diagnóstico e tratamento tardios.²

Da mesma forma, as perturbações psicológicas que surgem são inicialmente associadas a elementos próprios da adolescência, seja alguma mudança de caráter, irritabilidade, humor depressivo, tendência ao isolamento, ou ainda uma hiperatividade. De fato, o mais comum é que passem despercebidas as primeiras manifestações próprias do quadro, tanto alimentares quanto psicológicas.²

Segundo Leonidas¹⁴, as imagens idealizadas de magreza imposta pela mídia, fazem com que ocorra um aumento da insatisfação corporal pelas adolescentes, fazendo com que elas adotem comportamentos alimentares disfuncionais.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo discutir a relação entre anorexia e o culto ao corpo, como esta doença é vivenciada por adolescentes e a influência da mídia, através de revistas, programas de TV e outros, no aumento da incidência desta doença. Pois percebemos que os meios de comunicação em geral são grandes responsáveis por disseminar um padrão de beleza irreal para a maioria das pessoas, já que sempre mostram que precisamos ser magras para sermos consideradas bonitas e aceitas pela sociedade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Características da Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada por perda intensa de peso à custa de uma dieta extremamente rígida em quase todos os casos, com um jejum progressivo, com exclusão inicial dos alimentos calóricos que depois se estende aos outros alimentos, pela distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. Esta restrição calórica afeta o consumo de macro e micro nutrientes.³

A AN normalmente inicia-se por uma dieta, em razão da insatisfação, às vezes errônea, com seu peso e imagem corporal. O paciente anoréxico passa a eliminar da dieta os alimentos que julga mais calórico. Inicialmente eliminam doces e massas e, ao passar do tempo, eliminam também carnes vermelhas e brancas. A restrição alimentar aumenta progressivamente, com diminuição do número de refeições até jejum completo ou dieta exígua. O paciente passa a ter como meta emagrecer a qualquer custo e ficar cada vez mais magro. Isso se deve a distorção da imagem corporal que o faz enxergar-se sempre gordo. Para disfarçar essa falsa percepção é comum o uso de roupas largas e que disfarçam para o paciente seu corpo “enorme” e para os familiares e amigos sua magreza progressiva.³

Pacientes com Anorexia Nervosa apresentam uma preocupação excessiva com seu peso e forma corporal, o que os leva a se submeterem a dietas restritivas e a métodos purgativos inapropriados a fim de se alcançar o “peso ideal” tanto desejado. Estes pacientes se julgam única e exclusivamente através de sua aparência física, com a qual nunca se mostram satisfeitos.

O transtorno torna-se evidente para os pais devido ao grande incômodo causado pelo regime extremamente severo adotado pela filha, agravado pela indiferença da mesma ao eu exagerado emagrecimento. Outra característica marcante é que o alimento passa a ter um papel de destaque no cotidiano da mesma.²

Podemos considerar que o alimento pode ser visto pela anoréxica como um “inimigo”, que deve ser evitado a todo custo. Ela evita o alimento por conta de um desequilíbrio emocional, ou seja, ela passa para o alimento todas as suas angústias e frustrações.

Para Giordani⁵, “a negação da gravidade do seu estado físico é sinal da presença da anorexia e se manifesta na incompreensão dos limites do seu corpo e nessa forma perturbada de vivenciar o baixo peso. Clinicamente, o indivíduo com anorexia põe e xequê a própria vida; o aspecto cadavérico, a pele ressecada e pálida, a queda de cabelo podem não provocar

qualquer mudança no itinerário auto-imposto de abstinência e purgação. O seu projeto continua sendo emagrecer, livrar-se da gordura. Numa espécie de lucidez amarga que é destilada através do discurso sobre a doença, o sujeito conhece os riscos, mas os desconsideram completamente.”

Por conta da redução de seu gasto energético, o paciente passa a praticar exercícios físicos, jejuar e usar laxantes ou diuréticos de uma forma ainda mais intensa.³

É comum ocorrer entre as anoréxicas o vegetarianismo, devido à carne vermelha conter uma quantidade razoável de gordura. Também em razão do baixo aporte calórico, podemos observar que o consumo de vitaminas e minerais encontra-se comprometido.⁴

2.2 Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos apresentam algumas dificuldades relacionadas ao correto diagnóstico da Anorexia: a recusa do paciente em procurar ajuda profissional e a chegada para tratamento apenas dos casos de maior gravidade, o que pode implicar incidência e prevalência subestimadas.

Embora a AN comece preferencialmente na adolescência, casos com início na infância e após 40 anos têm sido observados. Cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino. Já em relação aos pacientes do sexo masculino, parece haver elevado número de homossexuais, embora sem confirmação epidemiológica. Sabe-se ainda que existe prevalência em grupos como modelos, bailarinas e atletas.³

2.3 Curso e Evolução

A restrição alimentar tem início na adolescência, normalmente em resposta a não aceitação das mudanças corporais, principalmente no peso, já que é nesta fase que se tornam mais evidentes as mudanças corporais com um maior acúmulo de gordura, principalmente nas mulheres.⁴ Geralmente a Anorexia Nervosa tem início com uma simples dieta, que torna-se um jejum progressivo onde terá início a eliminação de alimentos considerados calóricos, posteriormente passando a outros grupos, até evoluir para um rígido controle de todos os alimentos.¹⁴

Suspeita-se de uma Anorexia Nervosa a partir da confluência de quatro fatores: adolescência, conduta alimentar restritiva, emagrecimento e amenorreia. Mesmo após a

síndrome já estar em curso, durante algum tempo ela consegue ser dissimulada por trás de justificativas que não despertam tanta atenção.²

Segundo Giordani⁵, “a Anorexia Nervosa envolve severas perturbações no comportamento alimentar, sendo sua principal característica o medo mórbido de engordar.” Ainda segundo ele, o medo de engordar não é aliviado pelo severo emagrecimento, pelo contrário, quanto mais emagrecem mais preocupadas com seu peso tornam-se. Chegando inclusive, mesmo estando drasticamente magras, a se considerarem gordas. Elas negam a gravidade do seu estado e acabam por vivenciar de maneira errônea seu baixo peso. Chegam a colocar em risco a própria vida já que seu projeto continua sendo a perda de peso. Esta busca desenfreada por eliminar peso continua mesmo conhecendo todos os riscos da doença.⁵

Até que se instale uma carência protéica importante, o emagrecimento é relativamente bem suportado e permite, durante um longo tempo, o prosseguimento de uma atividade frequentemente excessiva. Enquanto isso, as relações sociais tendem a se reduzir, as fantasias empobrecem ou se mostram estereotipadamente centradas no ideal ascético que a anoréxica se impõe; tudo o que se relaciona, ainda que remotamente com a genitalidade ou gravidez é ignorado ou repellido. Compreensivelmente, seus vínculos mais íntimos se restringem a outras anoréxicas de quem ela aceita a assessoria através de *sites* dedicados às orientações "técnicas" acerca da meta comum.²

Mesmo após um extremo emagrecimento, a preocupação com o peso continua sendo motivo de grande sofrimento, este sofrimento pode até mesmo se agravar depois do emagrecimento. O peso corporal é extremamente valorizado e a perda de peso é comemorada como uma demonstração de força e autocontrole.⁵

As taxas de recuperação são variáveis. Estima-se, que em torno de 30 a 40% dos pacientes tenham recuperação, não voltando a apresentar outros episódios da doença. Outros 30 a 40% têm uma evolução mediana, oscilando entre períodos de melhora e de recidiva da doença, podendo evoluir para Bulimia Nervosa. O restante tem um curso grave, com complicações físicas e patológicas mais sérias.³

A Bulimia Nervosa é caracterizada por uma exagerada ingestão de alimentos, seguidos de métodos purgativos inadequados para a manutenção do peso.³ Outra característica que diferencia estes dois transtornos é o fato que as pacientes com Anorexia são retraídas socialmente, evitam novas sensações e qualquer contato interpessoal, já as pacientes bulímicas são extremamente impulsivas, apresentam traços de personalidade *boderline*, buscam exageradamente estímulos e novas experiências.¹⁴

O índice de mortalidade pode chegar a 20%, em razão das complicações decorrentes

da própria doença e suicídio.³

Alguns fatores são preditivos de uma evolução ruim da Anorexia, como peso muito baixo no início do tratamento, aparecimento tardio da doença, demora em procurar ajuda médica, presença de práticas purgativas, relações familiares comprometidas e comorbidade psiquiátrica.³

2.4 Complicações Clínicas

Muitas são as complicações clínicas causadas pela NA. Segundo Cordás et al.³ e Assumpção et al.,⁶ muitas destas complicações surgem em decorrência do atraso do diagnóstico e do início do tratamento, pois, muitos pacientes escondem os sintomas e/ou recusam o tratamento:

- **Alterações metabólicas:** hipercolesterolemia (de causa desconhecida) e a hipoglicemia (devido a jejuns prolongados ou em resposta a episódios de compulsão alimentar, ECA – episódios de compulsão alimentar, seguido de vômitos, sendo frequentemente assintomática).
- **Alterações endócrinas:** amenorréia (que pode preceder ou ser concomitante a perda de peso, a amenorréia também pode ser acompanhada de regressão dos ovários para estágios pré-puberais com múltiplos pequenos folículos, regressão do tamanho mamário e, às vezes, perda parcial dos pelos pubianos), útero (se encontra diminuído, e observam-se mudanças atróficas na parede vaginal levando a dispareunia e a diminuição da libido) e infertilidade. No homem, causa baixos níveis de testosterona, FSH e LH, associados a uma redução do volume testicular com oligo ou azospermia. Redução da libido mesmo depois da recuperação do peso corporal.
- **Alterações ósseas e do crescimento:** osteopenia ou osteoporose irreversível.
- **Alterações hidroeletrólíticas:** hipocalemia (causada pelo vômito, desnutrição e abuso de medicamentos depletors de potássio, diuréticos e laxantes), acidose metabólica e alcalose metabólica.
- **Alterações hematológicas:** anemias (são frequentes do tipo normocítica e normocrômica, mas também podem ser do tipo ferropriva, macrocítica, de folato), também pode ocorrer leucopenia, com linfocitose relativa e trombocitopenia.
- **Alterações dos fâneros e alterações visuais:** úlceras ou escarificações dorsais da superfície das mãos e calos nos dedos (“Sinal de Russel”, são as lesões que aparecem depois de um trauma na pele, secundário ao uso das mãos como instrumento indutor

de vômito). Catarata, atrofia do nervo óptico e degeneração da retina também acompanham a inanição.

- **Alterações cardiovasculares:** hipotensão arterial, bradicardia e taquicardia. A desnutrição também pode levar à atrofia do músculo cardíaco e a uma diminuição da massa ventricular esquerda com conseqüente desenvolvimento de prolapso mitral. Os pacientes correm risco de morte súbita e também podem sofrer da Síndrome da Realimentação durante o tratamento, esta síndrome se caracteriza por um colapso cardiocascular após a introdução da alimentação em um paciente desnutrido.
- **Alterações pulmonares:** edema pulmonar (secundário à falência cardíaca congestiva, na Síndrome de Realimentação), pneumomediastino (secundário à broncoaspiração em decorrência de vômitos excessivos), taquipnéia (pelo uso de laxantes e dos quadros clínicos anteriormente citados) e bradipnéia (devido à alcalose metabólica pela prática de vômitos).
- **Alterações renais:** concentração urinária reduzida, azotemia pré-renal (em consequência da desidratação), nefropatia hipocalêmica (devido a hipocalcemia), cálculos renais (devido a desidratação crônica e níveis elevados de oxalato de cálcio) e hematuria (devido ao excesso de exercícios físicos).
- **Alterações gastrointestinais:** constipação (devido ao uso de laxantes, seu uso em longo prazo pode levar a danos irreversíveis ao cólon intestinal, cólon catártico), eritema de palato, faringe e gengiva, alterações dentárias (como erosão do esmalte dentário, em consequência de práticas purgativas). Também se pode observar dilatação gástrica (como complicação na fase de realimentação abrupta ou nos casos de ingestão de grandes quantidades de alimentos), retardo no esvaziamento gástrico, perda do reflexo da náusea e do relaxamento do esfíncter esofágico inferior, esofagite e sangramento da mucosa intestinal que pode levar a uma laceração grave.

2.5 Diagnóstico

Seu diagnóstico é difícil já que as anoréxicas tornam-se dissimuladas, ou melhor, tentam a todo custo e de todas as formas esconder seu real estado. Elas mentem e omitem informações importantes sobre sua saúde que seriam muito importantes para se chegar ao diagnóstico de AN, o diagnóstico é basicamente sintomatológico. Outro fator que dificulta o diagnóstico da AN é que normalmente ela tem início na adolescência e seus sintomas acabam

se confundindo com elementos próprios desta fase.²

Suspeita-se de uma AN a partir da confluência de quatro fatores: adolescência, conduta alimentar restritiva, emagrecimento e amenorréia. Mesmo após a síndrome já estar em curso, durante algum tempo ela consegue ser dissimulada por trás de justificativas que não despertam tanta atenção sendo, hoje em dia, a mais característica o início de um regime alimentar banal, com a consequente limitação quantitativa e qualitativa dos alimentos ingeridos.² O quadro abaixo mostra os principais sintomas relatados para o diagnóstico da AN:

Quadro 2- Critérios diagnósticos segundo o DSM-IV (APA, 1994) e CID-10 (OMS, 1993)

DSM-IV (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais).	CID-10 CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).
<p>1 Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado.</p> <p>2 Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.</p> <p>3 Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal; excessiva influência do peso ou na forma corporal na maneira de se auto-avaliar; negação da gravidade do baixo peso.</p> <p>4 No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorréia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.</p> <p>Tipo: - Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas).</p>	<p>(a) Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso; o peso corporal é mantido pelo menos 15% abaixo do esperado.</p> <p>(b) A perda de peso é auto-induzida pela evitação de “alimentos que engordam”.</p> <p>(c) Há uma distorção na imagem corporal, na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar.</p> <p>(d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que recebem terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula anticoncepcional).</p> <p>Comentários: Se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia; os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.</p>

-Purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação.	
---	--

Fonte: Cordás et al.³

Como já foi observado, quanto mais cedo é diagnosticado o transtorno, melhor será o prognóstico. Por conta disso, o médico deve averiguar os padrões alimentares e a relação que os pré-adolescentes e adolescentes têm com seu próprio corpo.

Apenas a preocupação excessiva com o peso não é um indicativo de transtorno, mas esses pacientes devem ser averiguados com mais atenção. Outro aspecto que o médico deve levar em consideração é o fato de tanto a adolescente quanto seus pais negarem os sintomas, já que em muitos casos, muitos dos critérios de diagnóstico ainda não estão presentes.⁷

Schmidt et al², descreve que “segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a anorexia seria definida, inicialmente, por um emagrecimento com duas possibilidades de avaliação: uma perda de peso superior a 15% ou um índice de massa corporal igual ou abaixo de 17,5 (OMS, 1998). Esta perda de peso seria auto-induzida por restrição a alimentos baseada numa distorção da imagem corporal, e associada a um ou mais dos seguintes componentes: vômitos auto-induzidos, purgação-auto-induzida, exercício excessivo, anorexígenos e laxantes.”

2.6 Tratamento

O principal objetivo do tratamento da Anorexia Nervosa é o ganho de peso corporal. Segundo a OMS este ganho de peso deve chegar até um índice de massa corporal (IMC) acima de 19.

O tratamento deve ocorrer sempre com uma equipe multidisciplinar, com atendimento psiquiátrico, psicológico e nutricional, uma vez que vários fatores contribuem para o aparecimento e a manutenção dos transtornos alimentares.² Em alguns estágios do tratamento torna-se necessário a adesão da equipe de enfermagem, acompanhante terapêutico, terapeuta ocupacional, educador físico ou outro profissional. Também há necessidade da aliança do paciente com essa equipe para assegurar a adesão ao tratamento.³

As Anoréxicas relutam muito em aceitar tratamento já que vêem os profissionais da saúde como inimigos que as querem fazer ganhar peso.

Devido às complicações clínicas é importante a avaliação dos aspectos clínicos, bem como exames físicos e laboratoriais.³

Caso haja comorbidade psiquiátrica, é necessária a sua abordagem, em geral psicofarmacológica.³

Cañete et al.,⁸ destaca as mudanças de comportamento que ocorreram com uma paciente com Anorexia após psicoterapia em grupo, trabalho este realizado em um grupo heterogêneo. Segundo as autoras este grupo heterogêneo facilitou a adesão da paciente ao tratamento já que a mesma foi bem acolhida e seus “problemas” foram recebidos com respeito. A paciente mostrou-se cada vez mais integrada, comentando fatos da sua vida, inclusive intimidades e mostrou grandes mudanças, como p. ex, “no início do tratamento apresentava-se sempre vestida com jeans, camisetas pretas, boné escondendo parcialmente o rosto e mostrava-se sempre desconfiada, falando pouco. No decorrer do tratamento já vem sem o boné, usa diversas cores de camisas e seu cabelo esta bem cuidado e diz já ter engordado um pouco.”

Baseando-se nos aspectos clínicos e psiquiátricos do paciente, bem como na evolução de tratamentos anteriores, o paciente poderá ser tratado em regime ambulatorial, de hospital-dia ou de internação.³

Segundo Cobelo et al.,⁹ geralmente as relações familiares dos pacientes com AN estão estremecidas, já que é possível observar uma grande dificuldade de seus membros em aceitar a própria imagem corporal. Normalmente todos os membros da família encontram-se insatisfeitos com seu corpo e são intolerantes com as diferenças individuais.

Ainda segundo Cobelo et al.,⁹ a família deve participar ativamente do tratamento, o autor descreve que além do tratamento feito no Hospital Dia (HD) que ocorre cinco dias na semana das 10 – 18 hs, as pacientes recebem apoio nutricional e psiquiátrico, é enfatizado o tratamento multifamiliar onde os pacientes e suas famílias deverão desenvolver e experimentar trocas verbais e afetivas, buscando um melhor convívio familiar. A hospitalização só deve ocorrer quando: o ganho de peso for inferior a 75% do esperado pela recuperação nutricional, quando o índice de massa corpórea estiver entre 13-14 kg/m², quando a paciente apresentar alterações como hipotensão arterial grave, bradicardia, hipotermia, hipoglicemia e hipocalcemia, além de alterações indicativas de ameaça imediata à vida da paciente, como: disfunção cardíaca, renal ou hepática, sintomas de desidratação e desnutrição graves e por fim a necessidade de alimentação de sonda nasogástrica.

O principal aspecto do tratamento nutricional é a reversão das alterações orgânicas e a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a melhor relação com o alimento.¹⁰

Esta abordagem é feita de duas formas:

- Educacional: com a regularização do hábito alimentar e o aumento do conhecimento nutricional. Esta abordagem também abrange conceitos de

alimentação saudável, tipos, função e fonte dos nutrientes, recomendações nutricionais, conseqüências das restrições alimentares e purgações;

- Experimental: que irá proporcionar uma maior reabilitação nutricional e mudanças mais profundas no comportamento alimentar, ou seja, irá focar mais a relação que o paciente tem para com os alimentos e o seu corpo, ajudando-o a identificar os significados que o corpo e a alimentação possuem.

Para o tratamento nutricional deve-se fazer uma anamnese detalhada acerca dos hábitos alimentares e o histórico da doença.

Ainda não existe um tratamento farmacológico específico e considerado eficaz para o tratamento deste transtorno. O placebo continua ainda sendo o mais eficaz.

As drogas mais comumente utilizadas são os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, devendo sempre ser analisados os riscos de seu uso nestas pacientes, já que as mesmas podem apresentar um grande número de complicações clínicas concomitante.

Como as complicações decorrentes da Anorexia geralmente são severas, o uso de placebo é preferido aos medicamentos, por conta dos efeitos potencialmente fatais para estes pacientes.¹¹

Segundo Appolinário et al.,¹¹ o uso de medicamentos na Anorexia baseia-se em três pontos principais: as distorções do pensamento associadas a transtorno da imagem corporal, os sintomas depressivos associados e as alterações do apetite.

Alguns efeitos colaterais dos inibidores seletivos da recaptção de serotina devem ser analisados para seu possível uso, p. ex: a propriedade anorexígena frequentemente apresentada pela fluoxetina ou citalopram; nos antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) seus riscos cardíacos são aumentados nessas pacientes com extrema deficiência nutricional e desequilíbrio eletrolítico. Já os Benzodiazepínicos são contra-indicados já que seu potencial aditógeno é ainda maior nestas pacientes.¹¹

A fluoxetina pode ser usada na prevenção de recaídas em pacientes que já obtiveram ganho de peso corporal. Foi observado que na fase aguda desta patologia os antidepressivos não seriam eficazes juntamente com a desnutrição ou precisariam de mais tempo para iniciar seu efeito.¹¹

A amitriptilina e a ciproheptadina favorecem o ganho de peso em pacientes com Anorexia Nervosa.¹¹

Os ansiolíticos (benzodiazepínicos) são recomendados antes das refeições a fim de se evitar a ansiedade proveniente da alimentação.¹¹

2.7 A mídia e a Anorexia Nervosa

As anoréxicas restringem suas relações sociais e seu padrão alimentar passa a ter um lugar central no seu cotidiano, por conta disso seu único vínculo mais íntimo se restringe a outras anoréxicas. Este contato, ou melhor, essa “assessoria” ocorre através de *sites* de relacionamentos e outros *sites* dedicados a orientações “técnicas” a cerca da meta em comum.

Os meios de comunicação em geral são de fundamental importância para dissipar esse novo conceito de beleza, em que apenas o corpo magro é aceito e visto como belo e as pessoas que fogem deste padrão além de serem excluídas são consideradas como fracas.

Segundo Leonidas et al¹⁴ a mídia impõe os padrões culturais de beleza e sucesso, exercendo forte influência sobre os comportamentos alimentares.

A mídia além de exercer um papel fundamental no desenvolvimento deste transtorno, também participa da disseminação do mesmo, pois nos meios virtuais encontramos diversos blogs, comunidades e sites dedicados exclusivamente ao compartilhamento de experiências, muitos participantes não consideram a Anorexia Nervosa como sendo um Transtorno Alimentar mas sim um estilo de vida, pois muitas passam a adotar práticas anoréxicas, mesmo não se considerando anoréxicas.¹⁵

Estes locais promovem o transtorno já que nele encontramos a divulgação de dietas restritivas e de vários métodos purgativos.¹⁶

Fava et al.,¹⁶ descreve que nestes locais “são encontrados fotos de celebridades esqueléticas apresentadas como inspiração, relacionando o ideal de beleza centrado na magreza à ascensão financeira, ao sucesso profissional e a aceitação social.”

Portanto, para se encaixarem neste padrão de beleza as pacientes são capazes, inclusive, de colocarem a própria vida em risco por considerarem que é preferível ser uma magra morta e feliz do que ser uma obesa triste.

O corpo magro torna-se essencial para que a pessoa possa se sentir valorizada e respeitada pela sociedade. Por conta disso, muitas pessoas passam a praticar todo o tipo de dietas abusivas e de meios purgativos a fim de regular o peso.

“Há algumas décadas lidamos com a valorização do corpo magro, eleito como condição única da beleza e da elegância, paralela à rejeição de qualquer forma física próxima do sobrepeso, muitas das vezes apoiadas no saber médico. Ao mesmo tempo, seja por uma pretensa aquisição e manutenção da saúde, seja por motivações ideológicas ou místicas, ou por aqueles mesmos ideais estéticos, a cultura ainda oferece e propõe a adesão a modelos dietéticos alternativos como, p.ex., as efêmeras dietas da moda, ou os posicionamentos vegetarianos ou macrobióticos. Neste cenário, ainda

que se discuta a força desses elementos culturais no surgimento da Anorexia Nervosa, não há como negar que eles, no mínimo, contribuem para mascarar os seus sinais, retardando o diagnóstico e o tratamento.”²

A revista Nova na sua edição de nº 11 do mês de novembro de 2009, publicou o depoimento da estudante Dayane Poulin de 23 anos intitulado “A Drunkorexia matou minha melhor amiga”, este depoimento deixa claro esta determinação das anoréxicas em colocar sua vida em risco em prol de um corpo perfeito e magro. A Drunkorexia é o nome dado a anorexia alcoólica. Na reportagem Dayane relata que no auge da doença não se preocupava com a própria vida, apenas não queria se alimentar, chegando a desmaiar freqüentemente e tendo uma parada cardíaca, ficando três meses internada em um hospital, onde passou a maior parte do tempo amarrada para não ter como retirar a sonda por onde era alimentada. Dayane diz: “Não tinha medo de morrer. Pensava: ‘Se acontecer, pelo menos vou emagrecer mais 21 gramas’, que é o peso que supostamente se perde no momento final.”

Outros veículos de comunicação têm sido usados por portadores de AN, é o caso do antigo site de relacionamento “ORKUT”, muito utilizado pelas anoréxicas tanto para estimular a Anorexia Nervosa como também para se apoiarem mutuamente durante as dietas. Hoje isto é feito por outras redes sociais em uso, como o *Facebook* (www.facebook.com).

3 MÉTODO

Para a revisão da literatura foram localizados artigos científicos disponíveis nas principais bases de dados como Scielo e Biremi e artigos localizados por meio do site www.scholar.google.com.br. Também foi consultado livro texto especializado.

Nas bases de dados foi utilizado o termo *Anorexia Nervosa* para encontrar os artigos utilizados.

O acompanhamento de depoimentos de portadores de Anorexia Nervosa foi feito por meio da Internet, com depoimentos depositados no site de relacionamento “ORKUT” (<http://www.orkut.com.br/Main#Community?cmm=79048129>), na comunidade “Meu Diário Anna & Mia ® ”. Foram escolhidos aleatoriamente nove diários. A coleta de dados foi realizada no período de 2009 a 2011.

O critério para inclusão dos diários, como citado acima, foi aleatório. Como foram depositados num local de domínio público não foi necessária a autorização dos mesmos para a pesquisa. O anonimato é garantido por eles mesmos já que não utilizam seus nomes verdadeiros.

4 RESULTADOS

Os nove relatórios de anoréxicos foram analisados e os dados tabulados para facilitar a visualização (Tabela 1).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA:

Relatório	Características analisadas											
	Gen.	Idade (ano)	Mia	Dep.	Exerc.	RA	Uso de méd.	Pens . Suici .	Drogas e álcool	Jejum	Peso (Kg) / Altura (cm)	autoimagem
1	F	17	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	36 / -	feia; nunca serei uma princesa; vaca gorda
2	F	18	não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	41 / 164	Nojenta; pesada; um lixo
3	F	NR	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	47,5 / -	gorda nojenta; orca
4	F	NR	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	63,5 / 169	virei um balão
5	F	NR	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	67,5 / -	imensa; baleia
6	F	15	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	42 / -	Gorda; burra
7	F	NR	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não		78 / -	porca; porca gorda; porca enorme
8	M	17	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	69 / 180	Gordo; um lixo; um nada; sujo
9	M	30	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	61 / 180	*

*- tem consciência de que não é gordo, porém, acha bonito ser bem magro e “ver os ossinhos das costelas para exibir na praia”

LEGENDA:

Gen – gênero;
medicamentos;

Mia – episódios de vômitos;

Dep – depressão;

Exerc – prática de exercícios;

RA – restrição alimentar;

Uso de Med – uso de

Pens.Suici – pensamentos suicidas;

5 DISCUSSÃO

A etimologia da palavra anorexia remete à palavra latina *orexis* – apetite, portanto, anorexia igual ausência de apetite. No entanto, segundo Cordás et al.,³ o termo anorexia não é o mais adequado psicopatologicamente, uma vez que nos estágios iniciais não há perda do apetite, mas busca completa do controle alimentar visando à perda de peso e sugerem o termo em alemão *pubertaetsmagersucht*, ou seja, “busca da magreza por adolescentes”, como mais adequado.

Analisando os nove diários escolhidos de forma aleatória para este trabalho, observou-se que os indivíduos são de gêneros diferentes, sendo sete mulheres e dois homens, o que está em concordância com a literatura, segundo Cordás et al.,³ cerca de 90% dos pacientes são do gênero feminino. Stice et al.¹² relataram que 95% dos portadores de Anorexia Nervosa eram do gênero feminino. Interessante ressaltar que entre o trabalho publicado pela equipe de Stice no ano de 1994 e pela equipe de Cordás em 2004, houve uma diminuição de 5% no percentual de mulheres acometidas, o que pode ser explicado pela mudança de postura do homem em relação à própria imagem. O aumento do número de modelos masculinos e da presença masculina em outras profissões de apelo midiático tem estigmatizado um padrão de beleza masculina e reforçado a necessidade de controle de peso.

Observa-se também que a maioria é adolescente, apenas dois são adultos jovens com idade de trinta anos, o que também concorda com a literatura. A adolescência é, portanto, uma fase de insatisfação corpórea, e o modo como a adolescente lida com essa insatisfação pode ser um fator crítico na determinação de um comportamento normal ou de transtorno alimentar.¹²

Assim como nas referências citadas³ constatou-se a insatisfação com a própria imagem física leva a uma restrição alimentar, com controle de quantidade de calorias ingeridas que se acentua gradativamente, seguida de restrição cada vez mais severa de determinados tipos de alimentos que são considerados proibidos. Além disso quase todos os analisados descrevem o uso de medicamentos para redução de apetite, provocar vômito, provocar trânsito rápido do bolo alimentar, aceleração do metabolismo, indução de diarreia, tudo isso com o intuito de aumentar a perda diária de peso.

Na Anorexia Nervosa ocorre uma discrepância entre a sua realidade corporal e a realidade que ela imagina, onde seu corpo sempre está gordo.¹²

Segundo Giordani,⁵ “As anoréxicas apresentam uma distorção corporal, uma excessiva inquietação com algum aspecto de sua aparência, que pode ser irreal ou real (no caso de ser real, é

desproporcional) e que gera grande sofrimento”. Observo-se nos relatórios analisados, que alguns indivíduos referiram a si próprios comparando-se a animais, de forma pejorativa, depreciativa: “estou me sentindo uma baleia”, “sou uma porca gorda e nojenta”, “estou me sentindo uma vaca”. Giordani,⁵ destacou ainda, que muitos transtornos estão associados, por exemplo, depressão, abuso de álcool e drogas. Em alguns dos relatos, os indivíduos se dizem tristes, depressivos, desanimados, sem coragem, deslocados da família e da sociedade.

Para os Anoréxicos, aliás, a sociedade assume um papel de carrasco. Segundo Dunker et al.,⁶ em nossa sociedade, as condições necessárias para ascensão à vida adulta envolvem diversos aspectos, que podem tornar essa fase de transição mais prolongada e difícil. Os adolescentes são alvos de mensagens que, de acordo com convenções ocidentais contemporâneas de padrão de beleza, ressaltam o atrativo físico ligado à magreza; a gordura, por sua vez, é considerada “feia”.

Outro carrasco implacável é a mídia. Os meios de comunicação são os mais poderosos condutores do ideal de magreza, promovendo a imagem de mulheres extremamente magras e estabelecendo assim padrões corporais impossíveis de serem atingidos pela maioria.¹³ Normalmente o transtorno que tem início com um simples regime, muda para um jejum progressivo, que depois vai se estendendo a vários alimentos.

Segundo Niemeyer et al.,¹³ em seu artigo “Constituindo sujeitos anoréxicos: discurso da revista *Capricho*”, apesar da revista ser contra a Anorexia Nervosa, mostrando isso através de diversos artigos, ela acaba sendo contraditória, já que ao mesmo tempo que ela ensina suas leitoras a reconhecerem o problema, ela também incentiva a busca pelo corpo perfeito. Muitas vezes as dicas para emagrecer propostas pela revista são as mesmas das quais as anoréxicas se utilizam para ter o controle e manipular o próprio corpo.

Ainda de acordo com Niemeyer et al.,¹³ para se eximir de qualquer responsabilidade, a revista declara que apenas está satisfazendo o desejo de suas leitoras, mesmo que nas suas seções ela mostre que apenas o corpo magro é ideal e aceito.

Assim como nos relatórios analisados, para Giordani⁵ as anoréxicas negam a gravidade do seu estado e acabam por vivenciar de maneira errônea seu baixo peso. Chegam a colocar em risco a própria vida já que seu projeto continua sendo a perda de peso. Esta busca desenfreada para eliminar seu peso continua mesmo o indivíduo conhecendo todos os riscos da doença, o que a nosso ver deixa clara a necessidade de uma maior atenção familiar para a identificação precoce dos sintomas, assim como a necessidade de encaminhamento para atendimento médico e o acompanhamento por um psicólogo e/ou um psiquiatra.

Cabe ao farmacêutico o papel de conscientizar esses pacientes sobre o risco dos

métodos purgativos por eles utilizados, já que estes métodos podem causar sérios danos à saúde dos mesmos.¹⁶

Também cabe ao farmacêutico, como parte da equipe multidisciplinar que fará o tratamento, auxiliar na adesão ao tratamento, explicando dos problemas acarretados pela parada repentina da utilização dos medicamentos e também dos sérios riscos da utilização dos medicamentos com drogas e álcool.

7 CONCLUSÃO

É indiscutível que a Anorexia Nervosa é um transtorno de origem multifatorial que tem como fator precipitante mais importante, a restrição alimentar ou prolongados períodos de jejum, mas, que tem como principal fator causal a insatisfação com a própria imagem corpórea.

Fica evidente também, que o não acompanhamento médico logo no início dos sintomas pode levar a uma exacerbação deles com o conseqüente comprometimento orgânico.

REFERÊNCIAS

- 1 Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In Philippi ST, Alvarenga M. Transtornos alimentares – uma visão nutricional. Barueri:Manole. 2004, p.39-62.
- 2 Schmidt E, Mata GF. Anorexia nervosa: uma revisão. *Fractal, Rev. Psicol.* 2008; 20(2):387-400.
- 3 Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. psiquiatr. clín.* 2004;31(4):154-157
- 4Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev. Nutr.* 2003;16(1):51-60
- 5 Giordani RCF. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade.* 2006;18(2):81-8
- 6 Assumpção CL, Cabral MD. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002;24(suppl.3):29-33.
- 7 Grillo E, Silva RJM. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. *J Pediatr* 2004;80(2 Supl):S21-S27.
- 8 Cañete MCV, Vitalle MSS, Silva FC. Anorexia Nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso. *Fractal, Rev. Psicol.* 2008;20(2):377-86.
- 9 Cobelo AW, Saikali MO, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Rev. Psiq. Clin.* 2004;31(4):184-7.
- 10 Latterza AR, Dunker KLL, Scagliusi FB, Kemen E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev. psiquiatr. clín.* v.31 n.4 São Paulo 2004.
- 11 Appolinario JC, Bacaltchuk J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl III):54-9
- 12 Stice E, Shoupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:836-40.
- 13 Niemeyer F, Kruse MHL. Constituindo sujeitos anoréxicos: discursos da revista capricho. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2008 Jul-Set; 17(3): 457-65.
- 14 Leonidas C, Santos MA. Imagem corporal e hábitos Alimentares na Anorexia Nervosa: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica, Ribeirão Preto* 2012; 25(3), 550-558.
- 15 Ramos JC, Neto AFP, Bagrichevsky M. Cultura identitária pró-anorexia: características de um estilo de vida em uma comunidade virtual. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.,* 2011 abr/jun; v.15, n.37,p.447-60.

16 Fava MV, Peres RS. Do vazio mental ao vazio corporal: um olhar psicanalítico sobre as comunidades virtuais pró-anorexia. Paidineia, Uberlândia, 2011 set-dez; Vol.21, nº 50, 353-361.