

DO CULTO AO CORPO À MALDIÇÃO DO ESPELHO: A ANOREXIA NERVOSA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Denise da Silva Calvet¹

Marco Aurelio Soares Jorge²

Mônica Mendes Caminha Murito³

Resumo

O objetivo deste estudo é definir o transtorno mental denominado Anorexia Nervosa indicando suas inúmeras e complexas causas e seus diversos tratamentos, enfatizando a questão da influência da cultura e da sociedade em seu desenvolvimento. Somado a isso, um breve estudo de seu histórico mostrando sua relação com as chamadas “pacientes histéricas” da Idade Média.

O trabalho é finalizado com uma pesquisa de campo que abrange mulheres de 17 a 29 anos, divididas em três grupos. Através das respostas de entrevistas realizadas utilizando-se um questionário semi-estruturado, buscou-se fazer uma análise da percepção das jovens acerca das questões contemporâneas como magreza, auto-imagem e conceito de beleza.

Palavras-chave: transtornos alimentares; anorexia nervosa; psiquiatria; diagnóstico; história.

1 Ex-aluna do Curso Técnico em Patologia Clínica da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ). Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO). <dra.calvet@uol.com.br>

2 Professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz). Médico psiquiatra e doutorando em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). <maurelio@fiocruz.br>

3 Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ). <murito@fiocruz.br>

Introdução

A Anorexia Nervosa, segundo a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), é um transtorno caracterizado pela perda de peso intencional, induzida e mantida.

Ocorre comumente em mulheres adolescentes ou jovens, mas também pode ser encontrada em homens adolescentes ou jovens, crianças pré-púberes, mulheres de mais idade e até na menopausa. Está associada a uma psicopatologia específica, que compreende um medo intenso de engordar com recusa em manter um peso corporal na faixa normal mínima para sua idade e altura; e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo.

As pacientes impõem a si mesmas um baixo peso que mantêm através da restrição das escolhas alimentares, prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e o uso de diuréticos, laxantes e inibidores de apetite. Em função disso, ocorre um grau de desnutrição variável que promove modificações endócrinas e metabólicas secundárias e perturbações das funções fisiológicas.

A Anorexia Nervosa distingue dois grupos de pacientes: as anoréxicas restritivas e as anoréxicas bulímicas. No tipo restritivo, a perda de peso é conseguida, principalmente, através de dietas e/ou jejuns associados ou não a exercícios físicos excessivos, não havendo episódios de empanturramentos alimentares nem conduta de purga (por exemplo, uso de laxantes ou diuréticos). No tipo bulímico (também conhecida como tipo compulsão periódica/purgativo) há compulsão de comer seguida de purgação, regularmente. As purgações são conseguidas mediante vômitos auto-induzidos ou pela utilização indevida de laxantes, diuréticos ou enemas. Algumas não comem de forma compulsiva, porém ingerem pequenas quantidades de alimentos e, em seguida, fazem purgações. Pacientes com Anorexia Nervosa do



tipo restritivo são menos graves e apresentam melhores chances de recuperação do que aquelas do tipo bulímico. As pacientes com Anorexia Nervosa do tipo bulímico têm maior tendência a manifestar problemas de controle dos impulsos, a abusarem do uso de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas, a exibirem maior instabilidade do humor e a serem sexualmente ativas.

Aspectos clínicos

É comum a paciente com Anorexia Nervosa queixar-se de constipação, dores abdominais, náuseas, dificuldades na deglutição e sensação de saciedade provocada pelo lento esvaziamento gástrico. Intolerância ao frio, distúrbios do sono e hiperatividade com excesso de exercícios físicos também fazem parte do quadro. As pacientes começam a sofrer um processo de isolamento social e dificuldade para namoros e vida sexual.

Os intensos temores em relação à comida e ao aumento de peso podem levar a paciente a usar, geralmente escondido, laxantes, diuréticos, hormônios da tireóide e pílulas para emagrecer. Não é rara a indução de vômitos provocados com os dedos, com cabos de colher, com arames, entre outros. O vômito irá provocar uma alteração no esmalte dos dentes e lesões nas articulações da mão causadas pelo atrito da mesma com os dentes.

Quanto ao aspecto psicológico, apresenta uma distorção da imagem corporal o que a leva a crer que seus seios, abdômen e pernas, principalmente, estão grandes demais, mesmo que já estejam sem nenhuma forma. Há também uma distorção na capacidade de perceber e controlar a fome o que gera uma negação da mesma (recusa em comer mesmo estando com muita fome).

O que mais chama a atenção no exame físico é a aparência



emagrecida, com diminuição da gordura corporal e da massa muscular. A pele áspera e seca, edemas, principalmente nas pernas, processo de degradação das unhas, cabelos finos, secos e quebradiços com queda geral ou parcial dos cabelos (alopecia) são observados. O baixo peso revela proeminências ósseas que passam a ser visíveis.

A maioria dos indivíduos apresenta bradicardia, hipotensão arterial e arritmia cardíaca. As palmas das mãos podem apresentar uma cor amarelada produzida pela hiper胡萝卜素emia, além da acrocianose que é uma coloração azulada, lívida ou escura permanente das extremidades devido à má oxigenação do sangue arterial. Em alguns casos, a pele fica coberta por uma penugem fina e escura mais abundante que o normal, que pode chegar a cobrir todo o corpo. Petéquias na pele também são freqüentes.

A amenorréia é sem dúvida, um dos sinais mais importantes para diagnóstico e ocorre em função dos níveis anormalmente baixos de secreção de estrógenos que, por sua vez, devem-se a uma redução da secreção de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH). Normalmente, ela começa antes de uma perda significativa de peso e sua retomada se dá após o início da recuperação do mesmo. Nos homens, ocorre uma perda pelo interesse sexual e infertilidade.

A inanição e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela, acarretam condições médicas gerais significativas. Assim, há risco de desenvolvimento de uma anemia profunda devido às deficiências de ácido fólico, vitamina B12, proteínas, minerais, açúcares e gorduras. Alterações renais estão associadas à desidratação crônica e a hipocalemia. A falta de nutrientes leva a um mau funcionamento dos rins com redução da eliminação de cálcio e de líquidos do organismo. A desnutrição também prejudica o funcionamento da glândula tireóide e traz como conseqüência a produção insuficiente de seus hormônios que regulam o metabolismo e a temperatura do corpo;



assim surge o hipotireoidismo com sintomas de apatia, dificuldade de memória, sonolência e ressecamento da pele.

A insuficiência cardíaca está associada, provavelmente, com alimentação forçada por via parenteral ou por sonda nasogástrica, com dietas pouco adequadas, excesso de ingestão de água, sódio ou proteínas; deficiência mineral, vitamínica e energética. O vômito crônico leva a uma perda de grandes quantidades de ácido clorídrico e, conseqüentemente, de potássio como mecanismo compensador. A indução de vômitos pode provocar alcalose metabólica, hipocloremia e hipocalemia, e o abuso de laxantes pode causar acidose metabólica.

A diminuição da motilidade gástrica ocorre em função da baixa ingestão de alimentos, o que faz com que o estômago se converta em um grande reservatório, onde o alimento passa o máximo de tempo possível para maior aproveitamento.

A potomania (compulsão em ingerir água) exagerada pode trazer poliúria, perturbação do sono, perda exagerada de eletrólitos pela urina e comprometer a capacidade de concentração renal. A osteoporose ocorre em função do baixo consumo e absorção de cálcio, associado à secreção reduzida de estrógeno e maior secreção de cortisol.

Epidemiologia

Há poucos estudos epidemiológicos. A falta de precisão dos critérios de diagnóstico considerados, as investigações incompletas dos casos e a falta de estudos em áreas geográficas determinadas são as responsáveis pelas limitações dos métodos de estudo.

A identificação e descrição de casos de Anorexia Nervosa teve seu início no chamado "Primeiro Mundo", que engloba países altamente



desenvolvidos, e tem se propagado para os países em desenvolvimento onde o número de casos é crescente e está relacionado, principalmente, à incorporação de características culturais e hábitos de vida.

A idade normalmente observada para o início do desenvolvimento do transtorno se situa na faixa entre 13 e 18 anos. Entretanto, isto não impede que indivíduos com idade superior ou inferior a esta faixa possam ser acometidos por tal patologia. Dados sugerem que quanto mais tarde ela aparecer, melhor será o prognóstico.

Indivíduos pré-púberes raramente apresentam transtorno alimentar. Porém, sua ocorrência os sujeita a apresentarem uma maior gravidade das perturbações mentais associadas.

A Anorexia Nervosa é muito mais freqüente em adolescentes do sexo feminino do que masculino. A proporção é de um caso masculino para nove femininos. Especialistas acreditam que o número de casos da doença em homens pode ser ainda maior, uma vez que os homens são mais resistentes que as mulheres em admitir que tenham problemas de ordem alimentar. Além disso, os sintomas de distúrbios alimentares em homens são mais difíceis de serem diagnosticados, uma vez que ao invés de ficarem com o aspecto emagrecido das mulheres, eles ficam musculosos, com o corpo definido; pois diminuem a alimentação e exageram nas atividades físicas. Nos homens, a Anorexia Nervosa está relacionada, principalmente, às profissões de ator, dançarino e modelo; ou entre aquelas que necessitam de controle de peso contínuo devido a esforços atléticos, como jóqueis, corredores e lutadores.

História da doença

Os primeiros casos de mulheres que apresentavam sintomas compatíveis com o conhecemos hoje como Anorexia Nervosa, foram des-



critos na Europa Medieval. Era a chamada Anorexia Sagrada, onde as pacientes que possuíam esta doença eram denominadas histéricas.

A Anorexia Nervosa foi descrita, clinicamente, pela primeira vez em 1694, por R. Morton⁴. Era uma jovem de dezoito anos que, segundo Morton, apresentava amenorréia, perturbações emocionais, intolerância ao frio (sem febre), desmaios episódicos, problemas de digestão e falta de apetite. Morton a descreve como uma mulher de rosto pálido, pele flácida e com aparência de um “esqueleto vivo”, muito dedicada aos estudos e com uma hiperatividade que contrasta com a pouca alimentação.

Em 1868, quase duzentos anos depois, Gull⁵ relata pela primeira vez a síndrome com o nome de “Apepsia hysterica”, que mais tarde vem a se chamar “Anorexia histérica”.

Em 1874, Gull publica um artigo que descreve a doença e mostra fotografias de pacientes tiradas durante o período da doença e após a recuperação. Neste mesmo ano, Gull torna-se o primeiro a empregar o termo “Anorexia Nervosa” ao descrever uma “doença nervosa, mórbida, associada à perda de apetite e a um estado consumptivo grave”⁶. A doença fica conhecida como Anorexia Nervosa ou Anoréxie mentale.

Gull e Lasègue tomam o cuidado de afastar a possibilidade de qualquer outro tipo de doença, fazendo um diagnóstico diferencial. Nesse período, a anorexia nervosa era vista como um tipo de enfermidade histérica. Somente, aproximadamente, 100 anos depois de sua descrição por Gull e Lasègue que a Anorexia deixou de ser considerada como subproduto da histeria.

Em 1914, o Doutor Simmonds⁷ descreveu a Anorexia Nervosa como um transtorno com o nome de “Caquexia Hipofisária”, res-

4 In: Herscovici e Bay, 1997, p. 21.

5 In: Herscovici e Bay, 1997, p. 21

6 Robell, 1997, p. 16

7 Ballone, G.J. Anorexia Nervosa. In: PsiqWeb, Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Revisto em 2005. Acessado em: jul.2006.



saltando que era uma doença que acometia mulheres no pós-parto que começavam a perder peso e acabavam morrendo.

Na década de 1940, os novos conceitos psicanalíticos asseguravam que a Anorexia era uma forma de repelir, de abandonar a sexualidade com predominância de fantasias de gravidez oral.

De 1950 até os tempos atuais, ela foi diferenciada das demais patologias, e estudiosos vêm buscando possíveis transformações biológicas e psicológicas que possam levar ao seu surgimento.

As santas medievais e a mulher anoréxica do século XXI

Bell, citado por Robell (1997), estabelece as diferenças e similitudes entre Anorexia Nervosa e Anorexia Sagrada, dizendo que ambas são frutos diretos da cultura em que uma jovem se esforça por ganhar o controle sobre a própria vida. O autor considera ainda que a Anorexia Sagrada resulta da intersecção dos imperativos culturais da santidade medieval e a dimensão psicológica. Já a Anorexia Nervosa vai descrever inúmeras causas biológicas, psicológicas e culturais. Entretanto, ambas refletem a comida e o corpo funcionando como recursos a serem controlados, como um desafio ao controle humano e à nossa capacidade de obter domínio sobre nós mesmos.

O jejum prolongado, um hábito reconhecidamente religioso, foi geralmente praticado pelos homens, mas também por algumas mulheres nobres da Europa Medieval. A mais famosa delas foi Catarina de Siena, nascida em 1347. Aos 15 anos, após ter visões de Cristo, decidiu preservar sua virgindade e dedicar sua vida a ajudar os pobres. Morreu com 33 anos, provavelmente por inanição, e mais tarde foi beatificada pela Igreja Católica.

Essas mulheres eram consideradas “santas” porque diziam ver Cristo e ouvir vozes espirituais. Com isso, não comiam afirmando que

recebiam comida espiritual diretamente no estômago. Ajudavam os pobres e necessitados, havendo relatos de milagres (multiplicação dos pães). Sofriam alucinações constantes, principalmente, relacionadas a alimentos. Em suas alucinações eram alimentadas por Cristo com hóstia ou com o próprio corpo Dele. Se alimentar de Cristo era se identificar com seu sofrimento e agonia. Muitas mulheres se mutilavam da mesma forma que os ferimentos de Cristo (estigmata).

Os jejuns eram mais comuns na adolescência e eram acompanhados por insônia e hiperatividade. Os jejuns prolongados levavam à negação da fome, fazendo com que o cheiro da comida causasse enjôo e dor. As “santas medievais” consideravam a terra como um purgatório, onde o jejum era a penitência pelos pecados que elas cometiam e pelos pecados que os outros cometiam. Elas viam o sofrimento da restrição alimentar como uma forma de alcançar o céu após a morte.

Grande parte dessas mulheres não menstruava. Entretanto, a ausência de menstruação era vista como uma benção divina.

Os historiadores têm sugerido que as mulheres santas da Idade Média queriam libertar-se dos papéis sociais submissos reservados às mulheres, como o casamento e a criação dos filhos, para os quais elas se consideravam inaptas. Por esse motivo, entravam em conflito com seus pais e começavam a se dedicar à vida religiosa. Essas mulheres eram, em geral, filhas de famílias burguesas que viviam em cidades.

O prestígio do jejum religioso da mulher finalmente perdeu sua força na Europa, e no século XVII a atitude da Igreja mudou. Mulheres como Catarina de Siena não foram mais consideradas candidatas à santidade. Provavelmente não foi coincidência os médicos terem feito, nesta mesma época, as primeiras observações clínicas da anorexia como distúrbio da mente.

Atualmente, a abstinência de comida tem objetivos bem diferentes daqueles observados na Idade Média. As mulheres do século XXI



buscam através de dietas e exercícios físicos a “perfeição” corporal; enquanto que as “santas” buscavam a proximidade com Deus. Na Idade Média, a comida e o corpo eram vistos como fontes de vida e o jejum religioso era sinônimo de transcendência.

Foi a partir de 1925 que os padrões de beleza feminina sofreram uma mudança muito importante. Desapareceram os espartilhos do vestuário feminino, e a mulher começa a mostrar seu corpo de outra maneira. Neste ano aparecem, pela primeira vez, os figurinos de moda nos quais se prega uma estilização progressiva. Essa mudança coincide com a incorporação da mulher ao esporte e começa, então, a moda das mulheres magras. Essa mudança gera uma preocupação feminina com a estética corporal visível, que passa a ser objeto de observação e críticas sociais.

Apesar do modelo de beleza dos anos 50 continuar sendo representado por uma mulher cheia de curvas, palpável, mas não gorda, é nesta década que a preocupação com os transtornos alimentares aumenta. Neste período são feitos estudos sobre a influência dos fatores biológicos, psicológicos e dos elementos sociais e educativos no desenvolvimento dos distúrbios alimentares.

O papel da mulher passa a ser mais bem analisado a partir dos anos 60, não só em relação à moda, mas também em relação à mudança social produzida após sua incorporação no mercado de trabalho. A partir daí, começam a dietas errôneas, a ausência de uma pessoa que se responsabilize pelos horários familiares de comida (papel atribuído, em geral, à mulher), desaparecimento do hábito de comer em família e eliminação da merenda e da ceia.

Todas essas alterações da conduta alimentar sofreram, ainda, influência dos diferentes estilos de vida que surgiram em consequência das jornadas longas de trabalho e das dificuldades para deslocamento entre bairros distantes, com conseqüente necessidade de se alimentar fora de casa.



Nos anos 80, o regime vira motivo central na vida de mulheres de quase todas as idades, sendo que até o final do século XX, diminuiu a idade das que controlam o apetite em nome da beleza. Brumberg⁸ considera que “a popularização do controle de peso entre mulheres adolescentes é um dos principais componentes da moderna história da dieta e fator crítico na explicação da Anorexia Nervosa da forma como é hoje conhecida”.

A multideterminação da Anorexia Nervosa

As primeiras teorias⁹ propunham a sexualidade perturbada como causa da Anorexia Nervosa. Posteriormente, as alterações na saciedade, na regulação da temperatura e na função endócrina sugeriam uma lesão hipotalâmica, apesar de não ter sido identificada nenhuma lesão específica. Atualmente, a Anorexia Nervosa é considerada como decorrente de múltiplos fatores que em conjunto levam ao seu desenvolvimento.

Herscovici e Bay (1997, p. 24), por conhecerem a patogênese complexa da Anorexia Nervosa, descrevem a multideterminação da doença através de fatores predisponentes, precipitantes, de manutenção e sócio-culturais. Estes fatores englobam os aspectos biológicos e psicológicos, considerados como atuantes no processo de desenvolvimento da doença.

Dentre os fatores predisponentes está a genética, onde a filha cuja mãe teve Anorexia na adolescência possui grandes chances de desenvolver a doença; assim como irmã de anoréxica e gêmeos monozigóticos (onde as chances quadruplicam).

Bruch¹⁰ atribui a doença a um “déficit do eu”, no que se refere à autonomia e ao domínio do próprio corpo, implicando em um sen-

8 In: Robell, 1997, p. 51

9 Krause, & Mahan, 1991 p. 658

10 In: Herscovici e Bay, 1997, p. 24

timento de “ineficácia pessoal”. Ela distingue traços essenciais de personalidade: fracasso em desenvolver autonomia em relação aos pais, especialmente da mãe, devido à intromissão e ao excesso de controle; desenvolvimento de uma pessoa socialmente muito educada e obediente, conseguindo assim, evitar conflitos com os pais.

A identidade pessoal incompletamente desenvolvida é causada por uma família que valoriza a aparência, o comportamento adequado e as conquistas mais do que a harmonização da própria personalidade. Assim, pais que nunca responderam adequadamente às iniciativas da filha ou que não foram capazes de reconhecer sua individualidade, geram sentimentos de vazio emocional, medo de conquista da independência e separação da família por parte da filha. Com isso, ela (a filha) busca a perfeição, em uma tentativa de mostrar que não depende dos outros para mostrar quem é e o valor que tem.

Outro fator predisponente significativo é o transtorno da autopercepção, onde a mulher vê uma parte específica do corpo (como coxas, quadril e/ou nádegas, por exemplo) como sendo desproporcional em relação ao restante. Afirmam que estão gordas demais, mesmo estando magérrimas.

Tentativas para controlar o peso através de inúmeras dietas também podem levar ao surgimento da doença. A busca pela magreza é causada pelo medo de ser desprezada, de não ser “levada a sério” ou de não ser respeitada em uma sociedade que discrimina as pessoas que “fogem aos padrões de peso” estabelecidos pela cultura.

O nível de inteligência dos pacientes com Anorexia Nervosa situa-se, em geral, entre normal e normal alto, havendo pacientes em todos os níveis, com relatos de anoréxicas com retardo mental. O nível de inteligência alto é originado a partir do isolamento social com conseqüente valorização do desempenho acadêmico.

A personalidade pré-mórbida também entra como fator predisponente para surgimento da Anorexia. Vários são os tipos de personalidade observados nas pacientes, sendo que alguns traços de



personalidade são bastante comuns, como: a grande necessidade de aprovação externa, tendência ao conformismo, perfeccionismo, escrupulosidade e a falta de respostas às necessidades internas. São pessoas com expectativas pessoais muito altas e que sentem grande necessidade de agradar e acomodar-se aos desejos dos outros.

A forma de integração da família também pode criar um ambiente propício ao desenvolvimento de um transtorno alimentar. Famílias com tendência ao aglutinamento, rígidas a mudanças, que adiam a resolução de seus problemas e que possuem pais superprotetores, muito ambiciosos, preocupados pelo êxito e aparência externa; são típicas de pacientes com Anorexia Nervosa.

Vários fatores precipitantes podem se tornar a “gota d’água” para o desenvolvimento da Anorexia Nervosa em uma mulher, e os mais comuns são: ameaça da perda de autocontrole e ameaça ou perda real da auto-estima.

O evento desencadeador pode ser uma separação ou perda, uma ruptura no equilíbrio familiar, novas demandas do contexto ou uma doença física prévia. A filha se recusa a comer e fica doente em função de uma busca desesperada para manter a família unida sendo o centro das preocupações, e “impedindo” que os pais se separem já que poderão se unir para ajudar no tratamento da filha.

O período da puberdade é considerado como o mais crítico, uma vez que acontecimentos físicos, sociais e psicológicos estimulam a separação da família e a individualidade. Assim, a puberdade é vivenciada com sentimentos de impotência e inadequação que podem levar a jovem a querer controlar o próprio corpo em um ambiente novo e perturbador.

A síndrome da inanição é um fator perpetuador, que leva a um quadro de irritabilidade, ansiedade, dificuldade na concentração, introversão social, preocupação com si mesmo, depressão, mudanças constantes de humor, indecisão, pensamento obsessivo e condutas compulsivas; não sendo estes um traço da personalidade da anoréxica.



Os vômitos podem agravar a persistência da doença, uma vez que através deles se consegue comer em excesso e ao mesmo tempo manter-se magra.

A fisiologia intestinal provoca um esvaziamento gástrico retardado e uma constipação crônica, dando uma sensação de saciedade. Isso facilita a redução, por parte da anoréxica, da quantidade ou frequência de suas refeições.

Mesmo não sabendo, com certeza, se os transtornos da imagem corporal são conseqüência ou determinantes da Anorexia Nervosa, quando estão presentes, são fatores perpetuadores significativos.

Fatores sócio-culturais

A Anorexia Nervosa parece evidenciar a influência da cultura sobre a psicopatologia melhor do que qualquer outro distúrbio. As mulheres estão aumentando de peso a cada geração, enquanto que o corpo apresentado como ideal, em termos de saúde e beleza, torna-se cada vez mais esbelto.

Quanto mais intensa a pressão social para a estética do corpo esbelto, mais provável será, aparentemente, que uma moça jovem com problemas desenvolva um distúrbio alimentar ao invés (ou além de) outros sintomas psiquiátricos, principalmente, se ela acredita que controlar seu apetite é o caminho para atrair admiração e alcançar o sucesso social.

Alain Touraine¹¹ traça um mapa do mundo em que vivemos no final do século XX, que talvez dê algum sentido ao surgimento da "epidemia" de Anorexia Nervosa na nossa cultura. Touraine chama de "sociedade programada", que tem como centro a produção e difusão do conhecimento e da informação. O poder de gestão dessa

11 In: Robell, 1997, p. 47

sociedade consiste em prever e modificar opiniões, atitudes, comportamentos e em modelar a personalidade e a cultura.

Em nossa sociedade obesofóbica, as mulheres se debatem com a comida porque, entre outras coisas, representa gordura e perda de controle (abundância levando à fantasia da falta de controle). Para a mulher contemporânea, comer com vontade e energia tornou-se, de modo geral, problemático. Como resultado disso, algumas passam a temer e a odiar o apetite. Comer torna-se um ato asqueroso e vergonhoso; e a negação da fome, a face central da identidade e da personalidade. As anoréxicas são vítimas da cultura que é hostil para aquelas que fogem aos padrões de peso.

A cultura nos oferece as dietas, as megadoses de vitaminas, a cirurgia plástica, a ginástica aeróbica, o “Cooper”, a bicicleta ergométrica; enfim, alternativas que criam a fantasia de controle egóico (o ego é uma manifestação do inconsciente, sendo que este se manifesta no corpo das mulheres podendo gerar a sensação de controle do corpo). Assim, desenvolvemos as lucrativas indústrias de cosméticos, publicações, esportes e academias de ginástica, que têm como alvo principal as mulheres reduzidas à aparência e isentas de direitos, essência, subjetividade, idéias e valores.

As dicas de emagrecimento em revistas que têm como público-alvo as mulheres, convivem muitas vezes lado a lado com suculentas receitas culinárias. É o ato de comer se tornando fantasia. A comida deixa de ser valorizada em si mesma, vendendo-se mais aquilo que além de matar a fome, permanece menos tempo dentro do corpo após a ingestão, segundo a fantasia do consumidor.

O ideal cultural para o corpo feminino deslocou-se, no último século, das formas arredondadas (outrora representativas de prosperidade, abundância, maternalismo e fertilidade) para uma imagem de mulher mais esguia (representando independência, personalidade e sucesso). As mulheres mais magras predominam nos horários nobres



de televisão e entre candidatas a concursos de beleza e modelos de alta costura. É assim que vemos figuras de rostos e corpos finos, dominarem as páginas das revistas de moda e vestirem as coleções nos desfiles, consolidando a idéia incorreta de que deixou de se celebrar a saúde graças a uma elegância andrógina.

Os padrões de beleza atuais e a rejeição social à obesidade feminina fazem com que as adolescentes sintam um impulso incontrollável de estarem tão delgadas como as “top models” que a publicidade e os meios de comunicação apresentam diariamente.

As mensagens educativas dirigidas às jovens estimulam, sobretudo, que estas sejam muito responsáveis para conseguir êxito na vida social, profissional e familiar. Assim, seguindo essas regras, não é casual que o perfil da jovem anoréxica seja preferentemente de uma menina responsável e estudiosa, que deseja realizar corretamente seu relacionamento social e que tenha um perfeccionismo exagerado. Um dos requisitos para se ter êxito e aceitação social é ter um físico apropriado, portanto, pelos valores culturais (das “top models”) é estar magra.

A perda de peso, condição para se estar magra e ter um “corpo perfeito”, pode realizar-se com vontade e esforço. Portanto, é aqui que a jovem pode começar a ser responsável, capacitada, participativa e incrivelmente magra; ainda que para tal sacrifique sua saúde e seu bem estar.

Personalidade e características do comportamento da paciente e da família

Segundo Bruch¹², os pais de pacientes com Anorexia Nervosa descrevem sua filha como sendo, na infância, uma criança

12 In: Herscovici e Bay, 1997, p. 51



obediente, limpa, boa, excelente aluna, colaboradora em casa e confiável, grande orgulho dos pais que esperavam muito dela. Enfim, era uma criança que tinha se tornado especialista em agradar os pais. Ela nunca foi preparada para a experiência da separação e individuação própria da adolescência, tendo dificuldade de detectar seus próprios pensamentos, sentimentos e sensações corporais.

As anoréxicas têm um medo anormal de serem gordas, o que é exibido nas distorções de uma imagem corpórea e outras percepções, provavelmente refletindo uma combinação de estado físico alterado, percepção distorcida e negação das percepções que levam à autogratificação.

Um comportamento estranho em relação à comida pode ser observado por algumas dessas pacientes. Elas costumam esconder comidas pelos armários, banheiros, dentro de roupas ou podem preparar pratos extremamente elaborados para amigos ou familiares. Ou ainda, podem procurar empregos como garçonetes, cozinheiras ou, simplesmente, colecionar receitas e artigos sobre comida. A preocupação crescente com alimentos ocorre juntamente com a diminuição no consumo.

Além disso, a paciente pode desenvolver comportamentos obsessivo-compulsivos em relação à comida, preocupando-se excessivamente com os alimentos que vai comer (alimentos que “não engordam”), criando seu próprio mundo do que é ou não permitido, muitas vezes isolando-se para não ter de comer o “proibido”.

Padrões de pensamento pré-mórbido assumem um novo significado e um estilo de raciocínio do tipo “tudo-ou-nada” leva a conclusão de que um grama de peso ganho significa uma transição de normal para gordo.

Há um forte sentimento de inutilidade, limitação de contato social (são retraídas, pouco expansivas, quase sem amigos), bem como contenção das emoções. Essa inutilidade muitas vezes



gera também um comportamento no qual a pessoa se sente na obrigação de ajudar a tudo e a todos, pois como não consegue ajudar a si mesma, tenta fazê-lo com as outras pessoas com as quais convive.

Gostam de se isolar nas refeições, fingem que comem, vomitam em segredo, escondem comida e trocam os medicamentos receitados, substituindo os comprimidos por laxantes e diuréticos.

A forma característica de apresentação dessas pacientes é o uso de muita roupa, ampla e superposta, disfarçando a magreza. É também freqüente que se penteiem de modo tal que o cabelo, ao cair sobre o rosto, oculte a proeminência dos pômulos. Apesar da eterna preocupação com a comida, a maioria consegue manter um rígido controle e não comer. Outras comem enormes quantidades para, em seguida, passarem dias em jejum, forçando vômitos ou ingerindo laxantes e diuréticos.

Bruch¹³ descreve ainda pais superprotetores, muito ambiciosos, preocupados pelo êxito e pela aparência externa. É uma família onde o desenvolvimento da personalidade é um objetivo secundário, sendo o mais importante, a preocupação pela perfeição do aspecto físico (da aparência).

A relação familiar, segundo Palazozoli¹⁴, é repleta de “alianças encobertas”, alternância de culpabilização, falta na resolução do conflito e distorções na comunicação.

Herscovici e Bay (1997, p. 26) descrevem e explicam as principais características das famílias de anoréxicas: aglutinamento, superproteção, rigidez, falta de resolução do conflito e participação da paciente designada nos conflitos familiares.

Não há diferenciação entre os membros da família. Isto se reflete na interdependência das relações, nas intromissões constantes nos pensamentos e sentimentos dos outros. Esta família “aglutinada”

13 In: Herscovici e Bay, 1997, p. 26

14 In: Herscovici e Bay, 1997, p. 26

possui uma forma particular de proximidade e intensidade de aglutinamento que irá repercutir ao longo de todos os seus membros. Nesse tipo de família é comum observar que um conflito diário provoca alianças alternantes entre seus membros.

A “superproteção” dos pais retarda o desenvolvimento da autonomia e do bom desempenho da filha. São pais que dificultam a saída da filha para festas, casas de amigos, ou qualquer outra atividade que ocorra fora de casa. Isto promove, na filha, uma grande responsabilidade sobre a proteção da família, além de dificultar sua interação com outras pessoas não pertencentes à sua família.

Há certa resistência da família em realizar as mudanças que o desenvolvimento da filha impõe. A negação das mudanças associada a um sistema familiar fechado, leva a uma dificuldade em criar alternativas para enfrentar situações novas, causando uma perturbação no equilíbrio da família.

É comum que essas famílias se apresentem como normais e sem maiores problemas, a não ser a filha doente. Assim, negam qualquer necessidade de mudança na ordem familiar.

Crítérios de diagnóstico

O diagnóstico da Anorexia Nervosa há alguns anos atrás tinha como critérios a eliminação de qualquer doença que provocasse perda de peso, assim como qualquer transtorno psíquico que pudesse estar associado à falta de apetite.

O primeiro a estabelecer critérios relacionados diretamente à doença, ou seja, características que levassem ao reconhecimento da doença “Anorexia Nervosa” foi Russell¹⁵, em 1970. Estes critérios são: a conduta da paciente, que leva a uma perda de peso evidente; nas

15 Herscovici e Bay, 1997, p. 42



mulheres, o transtorno endócrino causado pela doença manifesta-se, clinicamente, pela interrupção da menstruação, enquanto que nos homens, este transtorno tem como sintoma a perda da libido; e que a Anorexia é uma psicopatologia caracterizada pelo medo mórbido de engordar. O valor da caracterização feita por Russell se dá no momento em que destaca a Anorexia Nervosa como uma psicopatologia particular, onde o medo de engordar é extremamente intenso. Esse medo mórbido de ganhar peso não é visto em nenhum outro transtorno psiquiátrico. Depois de Russel, os critérios de diagnóstico foram modificados e completados.

No Brasil, utiliza-se para diagnóstico o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial de Saúde. Segundo o CID-10 de 1986, a Anorexia Nervosa se caracteriza por perda de peso significativa. Pacientes pré-púberes podem mostrar fracasso no ganho de peso esperado, durante o período de crescimento; auto-indução à perda de peso feita pelo uso de laxantes e inibidores de apetite, pelo excesso de exercícios físicos, pela restrição a “alimentos que engordam” e pelo hábito de provocar vômitos; psicopatologia específica, onde o indivíduo adquire uma idéia supervalorizada e intrusiva de horror à gordura e/ou à flacidez, além de estabelecer para si mesmo um peso que considera como ideal, mas que, na verdade, está muito abaixo do normal; transtorno que envolve o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal, que se manifesta como amenorréia na mulher e, no homem, como perda do interesse sexual e da potência. Pode haver níveis elevados de hormônio do crescimento, aumento dos níveis de cortisol, mudanças no metabolismo periférico do hormônio da tiróide e anormalidades na secreção de insulina; a aparição pré-puberal interrompe ou atrasa os acontecimentos puberais: nas meninas, não se desenvolvem os seios e há amenorréia primária; já nos meninos, os genitais permanecem juvenis. Com a recuperação, geralmente, a puberdade se completa de maneira normal, mas a menarca se atrasa.



A CID-10 recomenda que o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou inferior a 17,5 kg/m² é quadro sugestivo de Anorexia Nervosa. O IMC é calculado dividindo-se a massa corporal em quilogramas pelo quadrado da altura em metro (kg/m²). Este índice é usado apenas como padrão para dar base ao médico, devendo o mesmo considerar não apenas este padrão, mas também a constituição corporal e o histórico das medidas de peso da paciente.

Diagnóstico diferencial

A perda de peso observada na Anorexia Nervosa deve ser diferenciada de doença inflamatória intestinal, distúrbios gastrointestinais, diabetes, hipertireoidismo, tuberculose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e vários cânceres.

A Anorexia Nervosa tipo bulímico deve ser diferenciada da alimentação em excesso observada em tumores, mal de Alzheimer, distúrbios de ataques, diabetes e síndrome de Prader-Willi.

Perda de peso e comportamentos alimentares incomuns também são característicos de quadros de depressão, esquizofrenia e outros distúrbios psiquiátricos e medicações.

Entretanto, é válido observar para todas essas doenças citadas anteriormente, que os indivíduos com esses transtornos não apresentam uma imagem distorcida de seus corpos e um desejo de perder ainda mais peso.

Algumas características da Anorexia Nervosa fazem parte dos conjuntos de critérios de diagnóstico para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (obsessão e compulsões relacionadas a alimentos), Transtorno Dismórfico Corporal (preocupação com um defeito imaginário em sua aparência física) e Fobia Social (sentimento de humilhação ou embaraço quando são vistos comendo em público).

Transtornos associados

Estudos realizados por Keys e colaboradores¹⁶, na Universidade de Minnesota, mostraram que a inanição (considerada um fator mantenedor da Anorexia Nervosa) pode ocasionar uma série de mudanças psicológicas e de personalidade.

Em um estudo, 36 homens do serviço militar foram submetidos a uma dieta de semi-inanição, durante seis meses. Os resultados puderam ser comparados aos dados obtidos de pacientes anoréticos, uma vez que esses homens passavam fome voluntariamente, ao mesmo tempo em que estavam rodeados de alimentos. Com o tempo, esses voluntários passavam a ser preocupar excessivamente com a comida, colecionavam receitas, planejavam durante horas suas refeições, sonhavam com comida e suas conversas tinham como tema principal a comida.

Apresentaram, assim, características psicológicas e de personalidade observados nos pacientes com Anorexia Nervosa: irritabilidade, ansiedade, dificuldade na concentração, introversão social, preocupação por si mesmos, depressão, mudanças constantes de humor, indecisão, pensamento obsessivo, condutas compulsivas, perturbações do sono e perda do interesse sexual.

Pode-se depreender desse estudo que todas as características mencionadas são atribuíveis exclusivamente aos efeitos da inanição, sendo, portanto, problemas associados à Anorexia Nervosa.

Os fatores cognitivos descritos por Garner e Bemis, citado por Herscovici e Bay (1997, p. 32), destacam que o pensamento de uma anoréxica se torna egocêntrico, concreto e dicotômico, onde não há lugar para os pontos intermediários. Assim, a paciente com Anorexia Nervosa não consegue regular sua ingestão de comida ou sua atividade física, sem cair em extremos. É o que alguns autores cha-

16 Herscovici e Bay, 1997, p. 30



mam do pensamento “tudo ou nada”, onde a paciente acredita que sua felicidade depende da perda de peso e que o ganho do mesmo é considerado como uma fraqueza que nunca pode acontecer e é assim que se sentem ineficazes.

Outras características ocasionalmente associadas à Anorexia Nervosa incluem preocupações acerca de comer em público, sentimento de inutilidade, espontaneidade social limitada, forte necessidade de controlar o próprio ambiente e iniciativa e expressão emocional excessivamente reprimida.

Tratamento

Devido à multideterminação da Anorexia Nervosa, diversos métodos de tratamento foram desenvolvidos em busca da cura: modelos psicanalítico, comportamental, cognitivo-comportamental e educacional que foram utilizados em terapias individuais, familiares e de grupo, tanto para pacientes ambulatoriais, quanto para pacientes internados.

Hilde Bruch¹⁷ descreve em um de seus livros sobre Anorexia Nervosa, os métodos de tratamento da doença, analisando um a um, verificando a eficácia dos mesmos. A autora sugere que o objetivo terapêutico ideal é aquele que busca condições para que a paciente descubra sua própria potencialidade. Assim, a psicoterapia desenvolvida por Bruch tem como objetivo ajudar a paciente a desenvolver sua personalidade, acabando com os transtornos da autopercepção, com a sensação de ineficácia, de que algo lhes falta e de que não recebem e nem merecem o respeito dos outros.

A terapia comportamental permite que a paciente faça um registro de seu peso uma ou duas vezes por semana, tenha atividade física

17 In: Robell (1997, p. 26)

ou social, mas, às vezes, se utiliza o repouso e/ou isolamento no dormitório para não haver gasto excessivo de calorias.

A terapia cognitivo-comportamental inicia um processo de modificação do pensamento e dos pressupostos automáticos.

A terapia de grupo proporciona um ambiente para informação e conselhos a respeito de hábitos alimentares, porém consegue menos resultados positivos porque as pacientes anoréxicas, em geral, são retraídas, ansiosas e não conseguem expressar seus sentimentos.

A terapia familiar estrutural proposta por Minuchin e colaboradores¹⁸ tem como objetivo alterar a estrutura familiar disfuncional. Assim, busca acabar com o aglutinamento, a superproteção, a rigidez, a evitação do conflito e o hábito de envolver a filha (anoréxica) no conflito parental, permitindo o desenvolvimento de cada um dos seus integrantes. Vanderlycken e Vanderlinden, em um artigo de 1989¹⁹ sobre a terapia familiar para pacientes adultos com transtorno alimentar severo e crônico, mostraram, através de estudos de casos, que as pacientes que conseguiram se desvincular de suas famílias, tornando-se independentes e autônomas, tiveram um melhor prognóstico, uma vez que passaram a tomar consciência de sua responsabilidade sobre seu peso e conduta alimentar.

Tratamento ambulatorial e internação

O tratamento ambulatorial é indicado para pacientes de risco clínico ou cuja família não esteja em condições de apoiar pessoalmente o tratamento. Seu objetivo é que a paciente alcance o peso proposto, sem complicações clínicas. São estabelecidas pautas sobre a atividade física, estudo, trabalho e vida social. Quando a paciente

18 In: Herscovici e Bay (1997, p. 64)

19 In: Herscovici e Bay (1997, p. 65)



recupera seu peso e mantém bons hábitos alimentares, o controle médico passa a ser mensal ou bimensal até estar assegurada sua recuperação completa e ter alta.

A avaliação do estado clínico pelo médico irá decidir se a paciente deverá ser internada de imediato, ou se é possível considerar um tratamento ambulatorial. A internação deve sempre ser evitada em função de seu alto custo e também pelo fato dela produzir poucos resultados. A tendência é iniciar o trabalho com a paciente em seu meio familiar e com um acompanhamento médico muito próximo. Seus efeitos são de curto prazo e o ganho inicial de peso apresentado pelas pacientes é, posteriormente, perdido. Além disso, a internação somente adia a resolução do conflito no contexto familiar.

Tratamento farmacológico

O emprego de medicamentos no tratamento da Anorexia Nervosa tem poucos efeitos benéficos e, por isso, seu uso se tornou bastante limitado. Alguns medicamentos foram úteis a curto prazo, porém não houve um estudo que acompanhasse seu efeito a longo prazo. A medicação começou a ser utilizada com o objetivo de favorecer o ganho de peso, corrigir a ação dos neurotransmissores (hipoteticamente envolvidos no transtorno) e modificar a ansiedade ou depressão das pacientes. Assim, dentre os medicamentos mais utilizados estão a ciproheptadina que é um anti-histamínico com propriedades anti-serotoninérgicas, sendo muito útil a curto prazo em pacientes anoréxicas graves. Os antidepressivos só começam a apresentar efeito após semanas, podem apresentar efeitos colaterais e, em função disto, alguns autores propõem seu uso somente depois da correção nutricional e se a paciente apresentar doença depressiva.

Tratamento nutricional

A recuperação nutricional tem seu início quando qualquer possível complicação clínica é corrigida ou evitada. Em geral, as pacientes aceitam a indicação alimentar que é realizada, não sendo necessárias medidas extras de apoio nutricional como a sonda nasogástrica ou alimentação parenteral. A dieta deve ser adequada para cada paciente e composta de alimentos em quantidades moderadas em termos de proteínas, carboidratos e gorduras. Deve-se obter um aumento gradual da ingesta e diminuição do gasto energético. A alimentação brusca é evitada, porque pode levar a um armazenamento excessivo de água e edema, distúrbios metabólicos secundários e, possivelmente, insuficiência cardíaca.

Quando a paciente apresenta perda modesta de peso (peso 80% do ideal), é indicado um aconselhamento nutricional e psicológico. Na desnutrição moderada (peso 65 a 80% do ideal) podem ser necessários suplementos nutricionais, mas ainda não é preciso internar. Na desnutrição grave (peso inferior a 65% do ideal), a internação é usada para promover ganho de peso de 1 a 2 kg semanais. Pode ser utilizada a reposição oral, porém quando a paciente não consegue ou não quer cooperar, a alimentação com tubo duodenal é necessária.

Prognóstico

A evolução da Anorexia Nervosa é variável, podendo ir de um episódio único com recuperação do peso (considerado normal para idade e altura) e da parte psicológica completa, o que é mais raro, até evoluções crônicas com inúmeras internações e recaídas sucessivas. A grande maioria dos pacientes mantém alterações psicoló-



gicas ao longo de toda vida, tais como dificuldades de adaptação conjugal, papel materno mal elaborado, adaptação profissional ruim e desenvolvimento de outros quadros psiquiátricos, especialmente a depressão.

O prognóstico a curto prazo geralmente é favorável: mais de 75% das pacientes atingem um peso corporal superior a 75% do peso ideal e a menstruação retorna em pelo menos metade das pacientes²⁰. Contudo, menos de um terço retoma padrões de alimentação normal.

O prognóstico a longo prazo é variável e ocorrem recaídas exigindo internação em cerca de metade dos pacientes. Isso acontece porque independente de se recuperarem ou não, muitas das ex-pacientes continuam preocupadas com seu peso e sentem necessidade constante de fazer dieta. Os óbitos têm como causa freqüente a inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico.

O efeito do tratamento psicofarmacoterapêutico sobre a evolução final a longo prazo da doença é ainda discutível. Alguns estudos²¹ verificaram que 40% dos pacientes se recuperaram, 30% melhoraram, 20% permaneceram cronicamente afetados e 10% morreram em conseqüência da doença. Problemas de alimentação persistem em mais da metade desses pacientes.

O pior prognóstico da Anorexia está associado com traços de personalidade instáveis e neuróticos, com sintomas bulímicos e com um aumento na caracterização somática e obsessiva, segundo estudos de Garfinkel e Garner²². Em contrapartida, um melhor prognóstico é obtido quando a paciente consegue atingir um grau elevado de interação social seja com seus pais, amigos ou cônjuge; uma vez que estes poderão ajudá-la a se recuperar e acabam por evitar uma reincidência da doença.

É sabido que quanto mais cedo o diagnóstico e a intervenção, melhor é o prognóstico e também que os homens têm um prognós-

20 Ceccil (1993, V.1. p. 1180).

21 Disponível em: <www.geocities.com/hotmi/anorexia.htm>. Acesso em: jul.2006.

22 In: Herscovici e Bay, 1997, p. 52.



tico menos favorável que as mulheres. A taxa de mortalidade varia na dependência do tempo de duração do quadro, da precocidade da intervenção, da época de instalação da doença (indivíduos mais velhos apresentam um pior prognóstico), da presença ou não de quadros depressivos associados, do grau de desnutrição e se a anorexia é complicada pela presença de purgação.

Pesquisa de campo

O questionário utilizado nas entrevistas foi uma adaptação de um questionário desenvolvido pela Universidade de São Paulo, especificamente do Ambulim (Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas de São Paulo)²³. A pesquisa se restringiu ao estudo de mulheres jovens e adultas jovens, em função de uma maior incidência da Anorexia Nervosa nesta faixa etária. O objetivo foi avaliar as mulheres do século XXI; como elas percebem seus corpos (imagem corporal) e como são suas atitudes alimentares.

Foram entrevistadas 21 mulheres de 17 a 29 anos, com média de idade de 20,2 anos. A escolha das pessoas entrevistadas foi de maneira aleatória, sendo o único critério excludente foi o sexo e a faixa etária.

Análise do Questionário

Do total de entrevistadas, 13 possuem visão distorcida do peso²⁴. Dessa amostragem, seis consideram-se gordas, estando com peso normal; cinco consideram-se com peso normal, mas, na verdade,

23 Cordas, T.A.; Neves J. E. P. Escala de Avaliação dos Transtornos Alimentares. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/artigo\(41\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/artigo(41).htm)>. Acesso em: jul.2006.

24 Avaliação do peso ideal obtida no site: <<http://www.pesoideal.com.br>>. Acesso em: maio de 2005.



estão abaixo do peso; e duas se consideram gordas, porém apresentam peso abaixo do ideal.

Dentre todas, 18 querem perder peso, com uma média de 3,8 Kg. Sendo que dessas 18, temos seis que possuem como meta o peso ideal; seis querem um peso acima do ideal, mas dentro da faixa de normalidade; enquanto que seis querem um peso abaixo ou muito abaixo do ideal (como é o caso de três dentre essas seis). Das outras três entrevistadas que não querem perder peso, somente duas preferem ganhar dois quilos, enquanto que uma prefere manter o peso.

O questionário sobre “atitudes alimentares” revelou que muitas das mulheres entrevistadas fazem ou tentam fazer dieta. Tentam porque a grande maioria inicia, mas logo desiste ou nem consegue iniciar em função de não conseguir cortar ou reduzir a ingestão de certos alimentos. Das 13 mulheres que responderam “sempre”, “às vezes” ou “freqüentemente” para a pergunta “Costumo fazer dieta?”, cinco encontram-se abaixo do peso. Dentro deste mesmo grupo, nove raramente, nunca ou às vezes evitam alimentos que contenham açúcar e alimentos com alto teor de carboidratos; no entanto, estão sempre ou freqüentemente fazendo exercícios para queimar calorias.

Doze das entrevistadas passam muito tempo pensando em comida. Neste grupo, dez se sentem culpadas depois de comerem, mas a maioria raramente ou nunca evita comer quando está com fome.

Dez mulheres responderam que comem compulsivamente e/ou deixam de comer quando estão ansiosas ou deprimidas. Dessas dez, seis já passaram por situações em que acharam que não iriam mais parar de comer, provando que a parte emocional pode influenciar na atitude alimentar.

Em relação ao questionário sobre a imagem corporal, 18 responderam que sentem medo de ficarem gordas ou mais gordas. Dessas 18, seis estão abaixo do peso, uma está no sobrepeso e as demais apresentam peso dentro da faixa de normalidade.



Nenhuma das entrevistadas respondeu que nunca se preocupou com a forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta. A grande maioria (85,7%) respondeu que sempre, às vezes, freqüentemente ou muito freqüentemente, busca a dieta para obter satisfação com o corpo. Das três que raramente fazem dieta, duas estão abaixo do peso e uma está com peso normal. Estas não se preocupam com partes determinadas de seus corpos (coxa, quadril, nádegas), nem fazem comparação dos mesmos com outras mulheres, porém, elas sentem medo de ficarem gordas.

Das 14 mulheres que se sentem preocupadas com seu físico quando estão perto de mulheres magras, três estão abaixo do peso, duas no sobrepeso e as demais possuem peso saudável.

Apenas três das entrevistadas não se sentem “mais felizes” com o corpo quando estão de estômago vazio, porém quando comem alimentos ricos em calorias (doces, por exemplo) ou após ingerirem uma grande refeição, elas se sentem gordas ou mais gordas. Das demais (18) entrevistadas, sete além de se sentirem mais felizes com o estômago vazio, se sentem gordas quando comem alimentos ricos em calorias e quando fazem grandes refeições.

Todas as entrevistadas afirmaram que se preocupam (não importando aqui a freqüência) com a possibilidade de alguém notar dobras na cintura ou no estômago. Seis também já deixaram de participar de eventos sociais porque se sentiram mal com o físico e 13 já evitaram situações nas quais as pessoas podiam ver o corpo (praia, piscina, vestiário).

Conclusão

A Anorexia Nervosa constitui hoje um dos grandes transtornos mentais relacionados à alimentação. São meninas/mulheres em sua grande maioria que, com problemas no desenvolvimento da perso-



nalidade, associado a uma família superprotetora e com uma série de conflitos internos, buscam na comida uma forma de realização e de controle.

Conforme citado ao longo deste trabalho, a Anorexia Nervosa é uma doença antiga, porém sua ocorrência, segundo os autores, está associada às mesmas condições que as atuais, porém com justificativa diferente. Enquanto as chamadas “santas” medievais buscavam em Deus a razão para não se alimentarem, as mulheres de hoje buscam o corpo perfeito e a aceitação social.

Entretanto, é claro perceber que de um modo geral este transtorno vem aumentando entre as adolescentes ao longo dos anos em função, principalmente, do padrão de beleza atual bastante divulgado pela mídia em todas as suas formas como as revistas e televisão. Isto faz com que meninas em desenvolvimento pensem que para atingirem o sucesso e serem aceitas em nossa sociedade é necessário ser magra.

O principal problema neste caso é que a Anorexia Nervosa pode matar; e quando não mata deixa “marcas” por toda a vida, uma vez que as pacientes dificilmente conseguem parar de fazer dietas e vivem controlando o peso.

Referências bibliográficas

- ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges, (general editors). A History of Private Life: revelations of the Medieval World. Trad. Arthur Goldhammer. The Belknap Press of Harvard University Press Cambridge, Massachusetts and London, England, 1987.
- BALLONE, G. J. Anorexia Nervosa. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Revisto em 2005. Acessado em jul.2006

- BYNUM, Caroline Walker. Holy feast and holy fast – The religious significance of food to medieval women. University of California Press, 1987.
- CECIL, Russell L. Tratado de Medicina Interna. 19a ed. Tradução de Delma Moreira Acioly et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.1.
- CECIL, Russell L. Tratado de Medicina Interna. 19a ed. Tradução de Delma Moreira Acioly et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.2.
- CORDAS, Taki Athanassios; NEVES José Eduardo P. Escala de Avaliação dos Transtornos Alimentares. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/artigo\(41\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/artigo(41).htm)>. Acesso em: jul.2006.
- HARRISON, Tinsley Randolph. Medicina Interna. 10ª ed. Red. Robert G. Petersdorf et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. v.2.
- HERSCOVICI, Cecile Rausch; BAY, Luisa. Anorexia nervosa e bulimia. Tradução de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- JAMES, William Philip Threhearne; SCHOFIELD, E. C. Necessidades humanas de energia: um manual para planejadores e nutricionistas. Tradução de Anamaria de Almeida Monteiro. Rio de Janeiro: IBGE, 1994.
- KRAUSE, Marie V.; MAHAN, L. Kathleen. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia: um livro texto do cuidado nutricional. 2a ed. Trad. Alicia Regina de Almeida et al. São Paulo: Roca, 1991.
- KRAUSE, Marie V.; MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 9a ed. Tradução de Andréa Favano. São Paulo: Roca, 1998.



- LEVI, Giovanni; SHIMITT, Jean-Claude (orgs.) História dos jovens: da Antiguidade à Era Moderna. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- MARINHO, Antônio. Quando a obsessão por dietas ameaça a vida. *Jornal O Globo*. Rio de Janeiro, 28. jun. 1998. *Jornal da Família*, p. 5.
- OLIVA, Carlos Alberto G.; FAGUNDES, Ulysses. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na prática médica*, São Paulo, v.34, n.2, p.47-53, abr/jun 2001.
- PÂNDU, Pandiá. *Dicionário Global da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Renovada, [s.d.]
- REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de Medicina e Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- ROBELL, Suzanne. *A mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura*. São Paulo: Editora Summus, 1997.
- SOLOMON, Philip; PATCH, Vernon Duane. *Manual de Psiquiatria*. Tradução de Enzo Azzi e Antonio Rubens Pratarotti. São Paulo: Atheneu/EDUSP, 1975.
- VEIGA, Aída. Criança x balança. *Revista Veja*, n.25, p.70-73, 17 jun 1998.