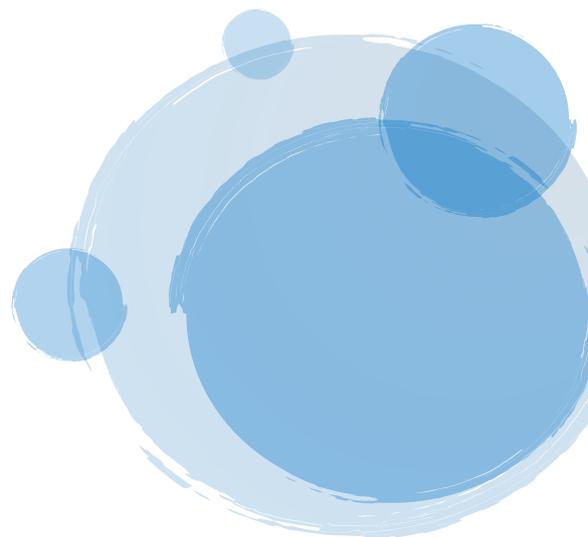




SoBraTA.org

**SOCIEDADE BRASILEIRA
DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES**

LUDIMYLA MACEDO RIBEIRO



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Ludmyla Macedo Ribeiro

O CONCEITO DE NORMAL E PATOLÓGICO NO CAMPO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Rio de Janeiro – RJ

2019

O CONCEITO DE NORMAL E PATOLÓGICO NO CAMPO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Dirce de Sá

Co-orientador: Barbara de Andrade

Rio de Janeiro – RJ

2019

DEDICATÓRA

Dedico o presente trabalho aos meus pais, Luiz Walter Ribeiro Alves Filho e Luciene dos Santos Macedo Ribeiro, que sempre apoiaram cada escolha minha e estiveram comigo em mais esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus por me permitir concluir esta etapa da minha vida com sucesso e por não me deixar desistir da minha profissão amada, diante de todas as dificuldades encontradas pelo caminho.

Aos meus pais, por me mostrarem que o esforço sempre vale a pena, por me ensinarem o que são princípios e fé, por me servirem de exemplo e espelho, por não medirem esforços em oferecerem sempre seu melhor diante de suas possibilidades, por acreditarem em mim, por todo amor e dedicação.

Ao meu irmão Luiz Pedro, por despertar em mim a vontade de ser cada dia melhor para servir como seu exemplo, por despertar em mim um sentimento único e inexplicável de amor e proteção.

A minha avó, que sempre se mostrou orgulhosa por minhas conquistas, por torcer pela minha vitória, por me encher de mimos e cuidados.

A minha tia Áurea, que esteve sempre ao meu lado em todas as minhas escolhas, e que quando as coisas ficaram difíceis esteve sempre pronta a ajudar, com todo seu carinho, amor e dedicação.

Ao meu marido, por respeitar e incentivar minha trajetória e minhas escolhas profissionais com toda paciência, amor e dedicação.

E a todos os professores e minha orientadora em especial, que fizeram parte dessa trajetória contribuindo com o meu crescimento profissional e encantamento maior pela psicologia e suas extensões.

RESUMO

A partir da problematização dos transtornos alimentares esse trabalho procura avaliar a linha tênue entre o normal e o patológico dentre os transtornos, apresentar as diferentes concepções de saúde e doença. Essas geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. Os transtornos alimentares mais prevalentes são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. De difícil tratamento e de grande morbidade, os sintomas dessa psicopatologia refletem uma preocupação excessiva com o peso, a imagem corporal e o medo de engordar. Este trabalho tem por objetivo expor o que vem ocasionando o aumento da ocorrência destes transtornos, apresentando suas principais causas e suas consequências, assim como ocorre seu surgimento no indivíduo, assim como a importância de um tratamento diretivo, a fim de obter maior êxito em seu tratamento.

Palavras – chaves: Transtornos alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Depressão.

ABSTRACT

From the problematization of eating disorders, this paper aims to evaluate the fine line between normal and pathological disorders, presenting different conceptions of health and disease. These usually present their first manifestations in childhood and adolescence. The most prevalent eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Difficult to treat and of high morbidity, the symptoms of this psychopathology reflect an excessive concern with weight, body image and the fear of getting fat. This paper aims to expose what is causing the increased occurrence of these disorders, presenting their main causes and consequences, as well as their emergence in the individual, as well as the importance of a directive treatment, in order to be more successful in their treatment.

Key words: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Depression.

Lista de Figuras

Figura 1 – Problemas fisiológicos associados à AN 24

Figura 2 – Imagem de pensamentos distorcidos de pacientes com bulimia 34

Lista de Tabelas

Tabela 1- Critérios para Diagnóstico da Anorexia Nervosa nas Versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-V	26
Tabela 2 – Critérios para Diagnostico de Bulimia Nervosa	32
Tabela 3 – Fatores predisponentes, aqueles que aumentam a chance da pessoa desenvolver um transtorno alimentar	37
Tabela 4 – Critérios diagnósticos para depressão conforme DSM-5 Presença de pelo menos cinco entre os nove critérios. Sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer	41

Lista de Abreviaturas

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

IMC - Índice de Massa Corporal

TA – Transtornos alimentares

TOC- Transtorno Obsessivos compulsivos

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Referencial Teórico	14
2.1 Normal e Patológico	14
2.2 Transtornos alimentares	17
2.3 Anorexia nervosa	21
2.4 Bulimia nervosa	31
2.5 Depressão	39
3. Considerações Finais	45
4. Bibliografia	47

1. INTRODUÇÃO

A determinação entre o que pode ser se considerar normal e o que deve ser tido como “patológico” é um assunto que gera constantes discussões conceituais. Na psicopatologia, essa discussão ainda é mais relevante, já que sua definição é muito mais flutuante e suas fronteiras pouco rígidas (SILVA,2010).

Normal e o patológico são conceitos complexos, visto que para compreendê-los é preciso ponderar diversos aspectos, sejam eles de cunho filosófico, histórico, social ou político. Ao mesmo tempo, cada campo científico precisa se ancorar em uma determinada concepção de normal ou patológico para auxiliar a prática. Assim, a problematização do que é normal e patológico é fundamental para refletirmos a respeito do desenvolvimento das ciências da saúde (DIAS, 2011).

Com a finalidade de pôr esta questão em discussão, o livro “O Normal e o Patológico” de Georges Canguilhem, publicado pela primeira vez em 1943, ainda é referido como bastante atual por fornecer uma forte alegação explorando diferentes visões acerca do que pode ser concebido como saúde ou doença e as políticas terapêuticas implicadas nessas visões (SERPA, 2003).

Georges Canguilhem, em 1943, indica que tais concepções, ao longo do tempo, podem variar entre dois extremos, sendo que um deles diz que o patológico nada mais é que uma variação quantitativa do que é normal, e o outro diz que o patológico se refere a uma transformação qualitativa em relação ao que é normal. Ao mesmo tempo, é indispensável acrescentarmos que normal e patológico são conceitos que se reorganizam a partir das mudanças dos objetivos e fins da prática médica.

A busca do corpo ideal e da imagem de beleza eterna assumem, na atualidade, uma norma pelo culto ao corpo. Assim, ao andarmos pelo espaço urbano observamos inúmeras academias de ginástica, lojas de alimentos naturais que prometem o mínimo de calorias a serem ingeridas, parques onde vemos pessoas correndo, caminhando ou fazendo alguma atividade, além de clínicas de estética que oferecem desde uma “limpeza de pele” até cirurgias plásticas removedoras do

excesso de gordura corporal. Se nas ruas essas paisagens se destacam, quando chegamos em casa e ligamos a televisão ou pegamos uma revista ou entramos na internet, a cena é a mesma: o culto do corpo ideal, magro e esbelto.

Ida e colaborador (2007) diz que a configuração de um corpo anorético e/ou bulímico, não existe como uma entidade divina, ou seja, a ideia de diferenciação entre um corpo normal e um corpo patológico parte de uma série de saberes e práticas que entendem o próprio corpo como uma entidade individual. Entretanto, cabe ressaltar que, para Foucault (1982), essa noção só passa a ser concebida a partir do “efeito do investimento do corpo pelo poder”. Portanto, a ideia de individualização dos sujeitos no qual cada um é responsável pelo corpo que possui corresponde a uma verdade que está ligada a determinadas relações de poder. Dentro desta perspectiva, propor uma definição de corpo é entendê-lo como um território de relação de forças que estão constantemente em combate. Assim, o corpo não expressa uma individualidade, um organismo, mas a forma como a própria sociedade o concebe, o reconhece e o utiliza (Foucault, M. 1982).

A incidência dos transtornos alimentares na população mundial vem aumentando nos últimos anos. Isso se deve ao fato de que a necessidade em buscar pelo corpo perfeito vai além das necessidades que o indivíduo necessita para sobreviver, como: comida, roupa, saúde, casa e segurança. O corpo vem tomando mais espaço e importância em todas as áreas, principalmente nos meios de comunicação. Na mídia há uma grande mostra de culto ao corpo, em que homens e mulheres a todo o momento buscam pela perfeição, e quando não alcançam, há um favorecimento do aparecimento da insatisfação com a imagem corporal, acarretando baixa autoestima, o que conduz em muitos casos ao desenvolvimento de alguns transtornos alimentares. Além disso, a facilidade que se tem hoje na utilização de alimentos industrializados e de fast food levaremos indivíduos a utilizar estes tipos de alimentos para agilizar sua forma de alimentação, o que é extremamente prejudicial. Muitos já não prezam por uma forma de alimentação saudável, regrada, como servia há algum tempo atrás (FERREIRA, 2018).

Segundo Tripicchio (2007), a primeira publicação de casos de pacientes com aspectos de transtornos alimentares foi realizada por Morton em 1961. Este

observou sintomas como ausência de apetite, redução considerável do peso, amenorreia, hipotensão, hipotermia e bradicardia. Além disso, o pesquisador percebeu que não existia nenhum problema orgânico que causasse esses sintomas. Na época cogitou-se uma proposta teórica importante para o seu estudo: a influência de processos emotivos e psíquicos na origem da anorexia.

Os primeiros sintomas dos transtornos alimentares se apresentam na infância ou na adolescência. A infância é marcada por dificuldade de se alimentar e pela perda de peso ou ganho inapropriado, com início antes dos seis anos de idade (APPOLINÁRIO, 2000).

A adolescência é marcada por uma restrição dietética progressiva, eliminando o consumo de alimentos que podem trazer ganho de peso. A imagem corporal e a alimentação vêm sendo desenvolvidas desde o nascimento, pois o indivíduo é a complexidade da sua relação com o próprio corpo, através do cuidado, e das sensações corporais praticadas pela mãe. Assim, formam-se a identificação do bebê com seu corpo e a sua identidade (FERNANDES, 2017).

Segundo Papalia e colaboradores (2016), a preocupação com a imagem corporal é algo alarmante, pois essa preocupação pode prejudicar a vida em um todo. O aparecimento da anorexia e bulimia nervosa está diretamente associada à insatisfação corporal, a baixa autoestima e influência midiática. As características dos transtornos alimentares são parecidas, iniciando como o medo exacerbado de engordar, gerando assim uma preocupação excessiva com o peso e a forma corporal. Com isso reduz o consumo de alimentos levando à perda de peso. Em adição, o indivíduo utilizar-se do vômito, do uso de laxantes e/ou diurético para que haja essa perda de peso. A diferença entre os dois transtornos é que na AN o paciente tem uma autoinanição, ficando por longo tempo sem ingerir alimentos. Na bulimia nervosa, o paciente tem uma grande ingestão de calorias e em seguida tende a usar laxantes ou vômito para retirar tudo o que foi ingerido (PAPALIA, 2016).

Então, podemos inferir que a configuração de um corpo, no caso, o corpo anorético e/ou bulímico, não existe como uma entidade transcendental, mas é constituído a partir de determinados regimes de verdade. Ou seja, a imagem de diferenciação entre um corpo normal e um corpo patológico parte de uma série de

saberes e práticas que entendem o próprio corpo como uma entidade individual (IDA, 2007).

Segundo Papalia e colaboradores (2016) para o surgimento dos transtornos alimentares anorexia e bulimia nervosa são: aceitar as atitudes da sociedade em relação à magreza; ser perfeccionista; ser mulher; sofrer de ansiedade na infância; sentir-se cada vez mais preocupada com o peso ou dar excessiva atenção ao peso e à forma; ter problemas de alimentação e gastrointestinais durante a segunda infância; ter um histórico familiar de transtornos da alimentação; ter pais que se preocupam com o peso e com perder peso; e ter uma autoimagem negativa.

Portanto, quando se trata de problemas com alimentação e com a imagem, é extremamente difícil estabelecer uma norma como referência capaz de produzir uma separação clara entre patologia e a normalidade. Dessa forma, essa revisão de literatura procura fazer a associação entre o normal e o patológico nos transtornos alimentares.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 NORMAL E PATOLÓGICO

Normal e o patológico são conceitos de extrema complexidade, visto que para compreendê-los é preciso considerar diversos aspectos, sejam eles de cunho filosófico, histórico, social ou político. Ao mesmo tempo, cada campo científico precisa se ancorar em uma determinada concepção de normal ou patológico para subsidiar a prática. Assim, a problematização do que é normal e patológico, por mais difícil que pareça, é fundamental para refletirmos a respeito do desenvolvimento das ciências da saúde (DIAS, 2011).

O termo normal e patológico são palavras cujo sentido parece dispensar maiores esclarecimentos. Como ocorre com muitas palavras de uso corrente, seu significado parece à primeira vista claro, inconfundível. Estão entre aqueles termos que não geram dúvidas na vida cotidiana porque partilhamos e reproduzimos, sem

nos darmos conta, significados que assimilamos sem crítica ou reflexão. Na vida comum do dia-a-dia, isso não causa problemas. Quando, entretanto, precisamos definir conceitualmente a fronteira entre o normal e o patológico, ou quando situações insólitas ou duvidosas exigem nitidez quanto aos critérios que devemos usar para estabelecer essa distinção ("esse comportamento é patológico ou apenas diferente?"), toda a complexidade do tema aparece de imediato. A vida social é atravessada por processos nos quais esta demarcação é acionada: normal e patológico são categorias que distinguem, no plano social, o que é prescrito ou aceito daquilo que é proscrito ou recusado. Este fato cultural demonstra, por si só, o interesse geral do tema, mas, no campo da saúde, sua importância é categórica. A clínica é um campo onde a demarcação entre a saúde e a doença é o ponto de partida e a bússola que orienta a ação terapêutica, e a referência em relação à qual os resultados terapêuticos são avaliados.

Ao longo da história, muitas foram as iniciativas de estabelecer critérios rígidos entre a normalidade e a patologia, no entanto foram frustradas. Desde então, têm-se desenvolvido diversas conceituações de "normal" e "patológico", bem como esclarecimentos acerca das origens de tais estados (CANGUILHEM, 2000; DELATORRE, 2011).

Canguilhem (1904) acreditava que não há normal ou patológico em si, afirmando que a anomalia e a mutação são preceitos de vida possíveis. E estes preceitos são, segundo o autor, considerados patológicos caso sejam inferiores quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida. E caso sejam afins ou superiores nesses aspectos, são consideradas normais.

A observação de Canguilhem inicia-se com a Antiguidade. O mesmo, referindo-se a Hipócrates, diz que, em um primeiro momento, a doença era entendida como consequência de um conflito entre forças internas. O corpo, para o médico, é dotado de quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra), sendo que a doença é consequência de algum distúrbio que afeta o equilíbrio entre esses humores. É como se existisse uma falta ou um excesso de alguns desses humores no organismo, o que provocaria o adoecimento. Entretanto, um conflito como esse é de ordem própria do organismo, e cabe ao próprio organismo resolver

essa desordem. O médico deve se tornar um aliado da natureza do organismo, fazendo de tudo para auxiliá-lo no processo de cura.

Este mesmo autor faz crítica a visão de que o patológico seria apenas uma alteração quantitativa do normal. Analisando que há inúmeras possibilidades fisiológicas e contextuais no processo da vida, estabelecer uma regra para que se possa afirmar a existência de saúde ou doença apenas transforma estes conceitos em um tipo de ideal. Porém, isso provoca um ideal vago e que nunca é obtido, principalmente quando o indivíduo é visto em relação ao seu contexto e às características únicas em sua totalidade. Assim, o autor aborda a visão de que a doença pode ser efetivamente uma realidade objetiva acessível ao conhecimento científico quantitativo, e ainda afirma em oposição a esta visão de que a continuidade de estágios intermediários, não anula a diversidade dos extremos (SILVA, 2010).

O autor supracitado, sugere então que o estado patológico não é a ausência de uma regra, pois não existe vida sem regras, e o estado patológico também é uma maneira de se viver. O que é patológico então é uma “norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma” (p.145). Assim o doente o é por ser incapaz de ser normal. A saúde seria, portanto, mais do que ser normal, é estar ajustado às exigências do meio, e ser capaz de criar e adotar novas regras de vida, já que “o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (p.188). A saúde pode então ser arquitetada como um sentimento de segurança na vida, um sentimento de que o ser por si mesmo não se impõe nenhum limite (SILVA, 2010).

Os transtornos alimentares se igualam a uma série de sofrimentos psíquicos nos quais o controle sobre o próprio, ou mais exatamente a falta de controle, aparece como a delimitação entre o normal e o patológico e alvo privilegiado de interferência terapêutica, configurando o que denominaremos brevemente de patologização da vontade (OLIVEIRA, 2012).

Então, podemos inferir que a configuração de um corpo anorético e/ou bulímico, não existe como uma entidade transcendente, mas é determinado a partir de determinados regimes de verdade. Ou seja, a ideia de caracterização entre um

corpo normal e um corpo patológico parte de uma série de saberes e práticas que entendem o próprio corpo como uma entidade individual. Entretanto, para Foucault (1982), essa noção só passa a ser gerado a partir do “efeito do investimento do corpo pelo poder” (FOUCAULT, 1982, p. 146). Portanto, o conceito de individualização das pessoas no qual cada um é responsável pelo próprio corpo que possui corresponde a uma verdade que está ligada a determinadas relações de poder. Dentro dessa compreensão, propor um significado para corpo seria entendê-lo como um território de relação de forças que estão constantemente em combate. Assim, o corpo não expressa uma individualidade, um organismo, mas a forma como a própria sociedade o concebe, o reconhece e o utiliza (IDA, 2007).

O anseio aparece como doentio, patológico, afinal questiona-se como se deseja algo que aos poucos destrói o corpo do sujeito e que o faz perder o controle, a ponto de questionar-se sobre o papel que ocupa na relação sujeito/objeto, sendo escravo compulsivo de um objeto que pode chegar a apagá-lo, assim como a droga. O discurso da patologização da vontade impregna as possibilidades de compreensão nos quadros da anorexia e da bulimia, pois a partir de uma classificação restrita que só permite normal e patológico, o limite se torna ínfimo para a escuta de um sujeito que sofre por não conseguir comer moderadamente, como se o saudável e o recomendável fossem inaudíveis (OLIVEIRA, 2012).

Nesse sentido, a dificuldade em pensarmos nos transtornos alimentares na atualidade consiste em colocar em debate não apenas a experiência individual de uma pessoa anorética ou bulímica, mas as condutas normativas que configuram e produzem nossas formas de vida. Trata-se de questionar a linha tênue entre o normal e o patológico, deixando de estabelecer tal divisão no âmbito exclusivo da experiência individual e passando a considerar também às práticas sociais na atualidade (OLIVEIRA, 2012).

2.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Inseridos numa regra onde a normatividade é de ser magro, podemos identificar o doente num território onde a norma permanece sempre a mesma, sem mudanças e sem a possibilidade de não pertencer a este padrão normativos. Portanto, é a maneira e a forma como o sujeito coloca-se diante da norma que está em questão. Para Canguilhem (1966/2000), a própria vida é uma atividade normativa. Ou seja, a vida a todo momento está criando normas para poder dar conta das condições nas quais ela se encontra. Entretanto, é na medida em que uma norma impõe impedimentos e é percebida pelo sujeito como negativa à expansão da vida que ela passa a configurar o patológico ou anormal. O anormal, neste caso, é entendido não como uma ausência de normas, mas sim como uma inflexibilidade e restrição da própria norma. Então, poderíamos dizer que lutar pela beleza do corpo, seja com dietas, ginásticas, drenagens linfáticas para a conquista de um corpo magro, que, por sua vez, condiz com a conquista do sucesso social, por si só não configuram um aprisionamento. Sem dúvida, trata-se de estratégias encontradas por alguns para incluir, adaptar e adequar o corpo na suposta normatividade sócio-cultural. De fato, essas práticas produzem um certo padrão normativo entre tantos outros possíveis. O autor ainda sugere que o doente estaria normalizado somente em condições bem definidas, o qual permanece em um único padrão normativo. Perde, assim, a sua capacidade normativa e de instituir normas diferentes em condições diferentes.

Os transtornos alimentares (TAs) são caracterizados como medo mórbido de engordar, preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, redução voluntária do consumo nutricional com progressiva perda de peso, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos (MELIN, 2002). Os TAs são patologias graves e de prognóstico discreto, que proporcionam elevados índices de letalidade e acarretam limitações físicas, emocionais e sociais, trazendo diversos problemas socioeconômicos.

Os TAs apesar de serem considerados como síndromes das sociedades ocidentais modernas e alcançando níveis mundiais, são datadas de vários séculos atrás. Além disso, a ocorrência desses transtornos vem crescendo de forma significativa. Estudos demonstram que houve um aumento, praticamente o dobro, nas últimas duas décadas. Devido a esse aumento estudiosos passaram a investigar

a relação entre os padrões de beleza impostos pela cultura ocidental e o aumento do número de casos. A idealização da magreza vigente nestas sociedades é entendida pela literatura como um dos fatores culturais que contribuem para o aumento destes transtornos na pós-modernidade (HERCOVICI, 1997).

Ao longo da história o conceito de beleza teve inúmeras mudanças. Em relação ao padrão estético corporal, o belo é normatizado desde o princípio dos regimes patriarcais. Todas as culturas se desenvolvem caracterizadas por modelos estéticos fortemente marcantes (HERCOVICI, 1997).

O final do século passado e início do século XXI são marcados pela veneração ao corpo. Há uma procura obsessiva pelo corpo perfeito, o que acaba se transformando em estilo de vida para muitos indivíduos, especialmente para mulheres. A preocupação com a obesidade é muito clara, e a magreza é ligada à imagem do sucesso feminino, perfeição, competência, autocontrole e atratividade sexual (ANDRADE, 2003).

Hábitos e práticas alimentares são culturalmente construídos e dependentes da economia do indivíduo. Houve sempre uma contradição entre a oferta de alimentos e as formas corporais femininas que são valorizadas. Assim, em épocas nas quais os alimentos são escassos, a imagem feminina volumosa é sinal de poder e riqueza, enquanto em períodos nos quais os alimentos são oferecidos em quantidade, como atualmente, a magreza representa autodisciplina e sucesso. (HERCOVICI, 1997).

Segundo Carreteiro (2005) as práticas alimentares e os padrões estéticos caminham em paralelo. Mais do que direção ou produto da oferta alimentar, os modelos de beleza são sugestivos de distinção social e indicadores das diferenças entre classes sociais.

Atualmente, com a globalização e a mídia com toda sua relevância vêm desempenhando papéis importantes na construção de modelos de beleza. Para Carreteiro (2005), famosos, atrizes e modelos magras, com estatura alta e musculatura muito bem definida ditam o ideal corporal que “deve” ser seguido.

Assim, o indivíduo é forçado, de inúmeras maneiras, a concretizar o ideal corporal da cultura na qual está inserido, com o próprio corpo. A sociedade, principalmente a feminina, mais suscetível aos ideais de beleza criados, é pressionada para essa representação por castigos (julgamentos, desprezo, ironia) e gratificações (dinheiro, poder, admiração). Com os ganhos secundários o indivíduo abdica o contato interno e perde a conexão com seu corpo real (CARRETEIRO, 2005).

Os principais distúrbios alimentares são a anorexia e bulimia, ambos têm como características comuns, uma intensa preocupação com o peso e o medo excessivo de engordar, com a obesidade e uma percepção distorcida da forma corporal e a autoavaliação baseada no peso e na forma física.

Há outros tipos de transtornos alimentares os quais são a compulsão alimentar (necessidade de comer mesmo sem fome, passando assim, sofrer da obesidade, sendo essa também, um tipo de transtorno alimentar), Vigorexia (caracteriza-se pela obsessão por músculos, pela compulsão aos exercícios e pelo consumo de substâncias que prometem o aumento da massa muscular), Síndrome do Gourmet (os indivíduos estão insistentemente preocupados na preparação, compra, apresentação e ingestão de pratos especiais e/ou exóticos), Transtorno Alimentar Noturno (comportamento alimentar durante a noite), Pica (caracteriza-se pela ingestão de substâncias não comestíveis como sabonete, tijolo, argila, etc) (CUBRELATI, 2014).

Nos TA as comorbidades são bem comuns. Alguns estudos sugerem que quase cinquenta por cento dos pacientes psiquiátricos recebem mais de um diagnóstico. Alguns tipos de comorbidade podem abreviar a busca pelo atendimento médico em decorrência do grande desconforto causados pelos sintomas. Com isso, a presença de uma comorbidade pode, mesmo que indiretamente, prejudicar o prognóstico da doença e no seu manejo clínico (CORDAS, 1999).

Transtornos afetivos (depressivos principalmente), ansiosos (TOC), transtornos de personalidade (emocionalmente instável tipo borderline e impulsivo, histriônico e anancástico), têm grande prevalência em pacientes com transtornos alimentares. A relação existente entre transtorno de personalidade e transtornos

alimentares é muito complexo e vem sendo estudada nas últimas décadas em decorrência das implicações na abordagem e no tratamento desses pacientes.

Portanto, há a necessidade de investigar o porquê da busca demasiada por esse padrão de beleza que, na maioria das vezes, é impossível de ser atingido. E de que forma essa busca acaba alterando a linha tênue divisória entre o cuidado saudável com o corpo e o sutil movimento de instalação de doenças, e dessa forma, aumentando o número de casos de transtornos alimentares.

2.3 ANOREXIA NERVOSA

A Anorexia Nervosa tem importância significativa no contexto histórico, visto que essa doença tem se apresentado como um problema crescente no mundo contemporâneo, sobretudo, no final do século XX. A doença ocorre entre diversas populações em termos culturais e sociais, as evidências sugerem variações transculturais em sua ocorrência e apresentação.

A história da Anorexia Nervosa foi acompanhada por mudanças fundamentais na compreensão de sua etiologia. O campo de explicações psicológicas surgiu simultaneamente ou logo após as primeiras conceituações médicas, na segunda metade do século XIX e que dominaram a maior parte do século XX. Desse modo, diferentes abordagens, incluindo os “saberes psi” (psiquiatria, psicanálise e psicologia) consolidaram reflexões sobre a etiologia da doença. Assim, cinco “correntes” fundamentaram a etiologia da doença, a primeira abordagem Neurótica e Histórica predominou no século XIX (Gull, Lasègue, entre outros); a abordagem Glandular do patologista alemão Morris Simmonds (1914); a abordagem Psicanalítica de Freud (1930-40); a abordagem com base na família e na explanação sociocultural, de autores psicanalistas, como Hilde Bruch (1962) e, a abordagem biológica (1988), caracterizando por uma “virada neurobiológica”, que se deu a partir do artigo de Holland, Sicotte e Treasure, onde se discutia as causas biológicas como resultado de uma extensão geneticamente determinada (ALVES, 2018).

Etimologicamente, a palavra Anorexia provém do grego "an-", ausência de, e "orexis", apetite. Igualmente conhecida como enjojo do estômago ou aversão à comida. As primeiras referências a essa condição surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 a.C.) e vários textos do século XVI. Contudo, a denominação mais específica "Anorexia Nervosa" surgiu com William W. Gull e Ernest-Charles Lasègue no século XIX, referindo-se à "forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo", cuja "falta de apetite é decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica". Atualmente, o termo "Anorexia" não é utilizado em seu sentido etimológico para a "Anorexia Nervosa", visto que tais pacientes não apresentam real perda de apetite até estágios avançados da doença, mas uma recusa alimentar com intuito de emagrecer ou por medo de engordar (ALVES, 2018).

Almeida e Guimarães (2015) afirmam que a Anorexia como patologia passou a ter importantes descrições clínicas apenas no século XIX; ele se refere a dois relatos publicados no período, o primeiro de William Gull, publicado em 1868, na Inglaterra, que apresentou o quadro clínico de três pacientes entre 14 e 18 anos, e atribuiu ao fenômeno relatado o nome de aepsia histérica. A partir de 1874, passou a empregar o termo Anorexia Nervosa. O segundo relato de Ernest-Charles Lasègue, em 1873, na França, foi publicado no Archives Générales de Médecine. Lasègue descreve o quadro clínico da doença que permanece válido ainda na atualidade. O médico destaca informações sobre o tratamento, principalmente acerca da relação do doente com o terapeuta e a família. Assim, foi a partir desses relatos que a Anorexia passou a se compor como um objeto de estudo no âmbito médico.

Desde da década de 60, a anorexia nervosa (AN) passou a ser definida como uma doença psiquiátrica e começou-se a conhecer melhor esta patologia, pois houve um número crescente de indivíduos com a doença. Segundo Weinberg (2010), Sigmund Freud e Pierre Janet tiveram grande influência no entendimento e tratamento da anorexia nervosa, ao estabelecerem a importância acerca do tema conceitual "o que é que a falta de apetite significa?". Ambos estavam de acordo que o apetite tinha significados típicos na psique do sujeito, tendo originado a ideia

psicogenética moderna de que os doentes com anorexia nervosa desistem da ingestão de alimentos para que possam manter os corpos pequenos, magros e infantis.

Hay (2002) demonstrou que a incidência média anual da Anorexia Nervosa na população em geral é de 18,5 casos por 100.000 habitantes entre as mulheres e 2,25 casos por 100.000 habitantes entre os homens. Além disso, os prognósticos referentes à Anorexia são considerados desfavoráveis à reabilitação dos pacientes; outro fator alarmante é que a morbimortalidade associada aos transtornos alimentares são expressivas. Segundo Mânica (2007) a Anorexia Nervosa (AN) apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% ao ano, sendo este valor cerca de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral e, no caso desse transtorno, as principais causas de morte são: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio.

A AN caracteriza-se por alterações na atividade de comer, passando estas a ser patológicas, o que resultaria em alteração do consumo de alimentos e a absorção deficiente de nutrientes, trazendo consequências para a saúde física e psicológica do indivíduo.

A anorexia nervosa é de origem multifatorial e há autores que evidenciam como causa os fatores biológicos, socioculturais, familiares, psicológicos e de desenvolvimento pessoal. Estes fatores estão relacionados entre si, ou seja, a vulnerabilidade psicológica está relacionada com a personalidade do indivíduo e com as suas experiências de vida.

Num olhar biopsicossocial, os fatores etiológicos mais importantes para o desenvolvimento da doença são: as predisposições genéticas, as experiências interpessoais frustrantes e a pressão sociocultural. Entre estes fatores etiológicos, destacam-se os antecedentes familiares onde existem casos de perturbações do comportamento alimentar ou de humor, as interações disfuncionais entre os elementos da família, a excessiva valorização do corpo magro e esbelto e, ainda, os traços de personalidade obsessivos e de perfeccionismo (MORGAN, 2002).

Na AN as características físicas mais evidentes são o baixo peso corporal e o emagrecimento exagerado. Segundo Ross (2014), os indivíduos com tal doença

apresentam uma aparência esquelética, caracterizada pela atrofia muscular e pela ausência de gordura subcutânea. Além disto, apresentam uma pele avermelhada, desidratada, fria (essencialmente nas extremidades do corpo) e podem apresentar um revestimento de pelos curtos, principalmente na face e nas costas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Os pêlos e cabelos encontram-se ralos, finos e opacos, muitas vezes quebradiços e avermelhados (típicos da desnutrição). As unhas podem se encontrar quebradiças e com crescimento lento, favorecendo o desenvolvimento de onicomicoses. Esses aspectos dermatológicos parecem estar associados ao hipotireoidismo presentes em paciente com anorexia nervosa, já que estes tem os níveis de hormônio tiroideano (tiroxina sérica ou T4) diminuídos. Um dos sintomas igualmente importante nas mulheres é a interrupção de período menstrual após a menarca, denominada de amenorreia, devido aos baixos níveis de estrógeno sérico (WESTMORELAND, 2016) (Figura 1).

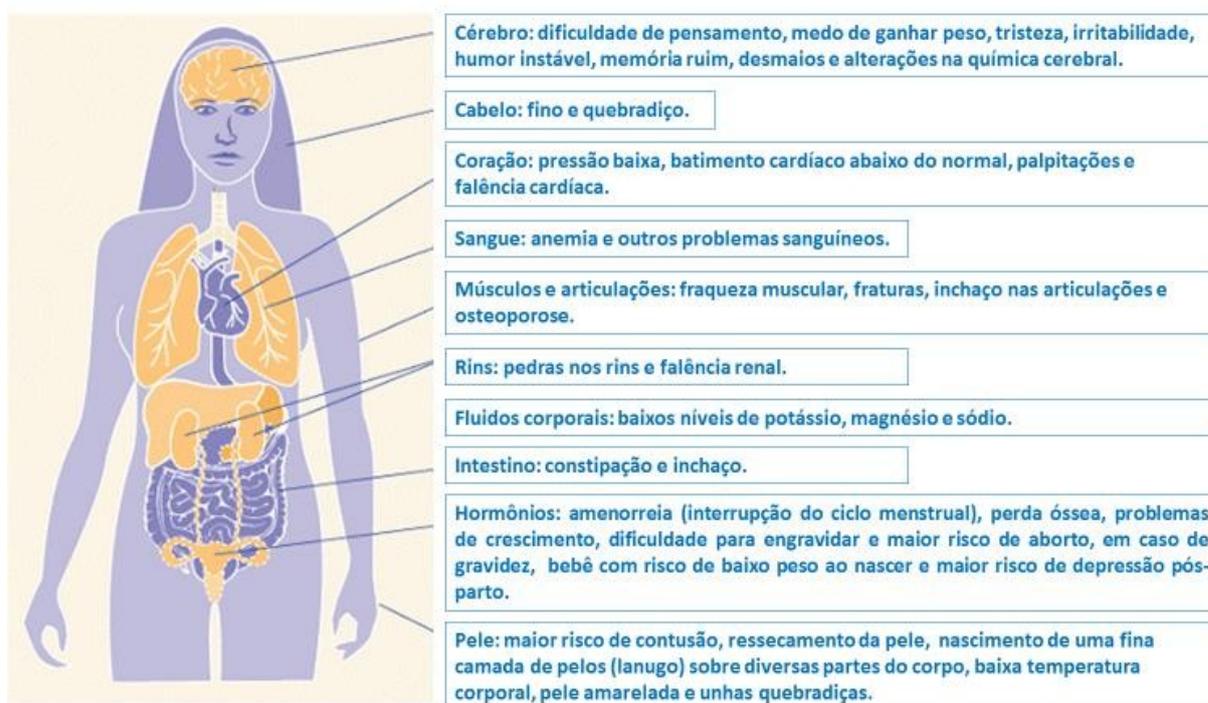


Figura 1. Problemas fisiológicos associados à AN

Fonte: ALCKMIN-CARVALHO, 2018 (imagem adaptada e traduzida pelo autor, extraída da Divisão da Saúde da Mulher, Estados Unidos da América. Departamento de Saúde e Assistência Social. Versão original disponível em:

<http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/anorexia-nervosa.html>.)

Estudos indicam que 80% dos doentes experimentam alguma forma de exercício físico em excesso durante o curso da doença. Apesar do exercício físico ser importante para a manutenção da saúde física e psicológica dos indivíduos, no doente com anorexia nervosa está associado a um baixo índice de massa corporal (IMC), ansiedade, perfeccionismo, obsessões, compulsões, maior persistência e recorrência da doença, prejudicando a recuperação do peso (SILVA, 2016).

O IMC ou Índice de Massa Corporal é o método indicado pela OMS para avaliação do estado nutricional em pessoas adultas e seu cálculo consiste na divisão do peso em quilograma (kg) pela altura em metros elevada ao quadrado. Embora seja considerado um método simples, rápido e sem custo, ele deve ser usado com certa cautela, já que não está totalmente correlacionado à gordura corporal. É preciso considerar na avaliação as diferenças na composição corporal de pessoas de diferentes sexos, etnias, idades e hábitos esportivos. Uma pessoa sedentária, por exemplo, não pode ser avaliada sob os mesmos critérios de um atleta, visto que o IMC não diferencia massa gordurosa de massa magra. (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016)

A anorexia nervosa apresenta-se dividida em dois subtipos, tipo restritivo e tipo purgativo, tal como descrito no DSM-V TR (2013). Segundo o DSM V-TR (2013), o subtipo restritivo implica que nos últimos três meses o doente não tenha apresentado nenhum comportamento purgativo ou episódios de compulsão alimentar recorrentes. Bouça e colaboradores (2000) defende que este subtipo está relacionado com uma perda de peso baseada em dieta, jejum ou exercício físico em excesso, assim como defende que os doentes que apresentam traços obsessivos de personalidade, são rigorosos, perfeccionistas e têm dificuldade em demonstrar emoções. O subtipo purgativo exige que nos últimos três meses o doente tenha apresentado episódios de compulsão alimentar, comportamento purgativo ou recorrido ao uso de laxantes e diuréticos de forma recorrente (AMERICAN

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Os doentes podem também alterar entre os subtipos da doença ao longo do seu curso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Marzola e colaboradores (2017) realizaram um estudo em que 65,3% dos indivíduos, diagnosticados com anorexia nervosa eram, do tipo restritivo.

Alckmin-Carvalho e colaboradores (2016) realizaram um estudo no qual apresentaram a evolução dos critérios diagnósticos de AN, suas principais atualizações e as pesquisas que embasaram essas mudanças. Na tabela 1 está descrita a evolução dos critérios para o diagnóstico de AN, desde sua inclusão no DSM-III (1980) até a quinta versão do manual (APA, 2013).

Tabela 1- Critérios para Diagnóstico da Anorexia Nervosa nas Versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-V

<p>DSM –III</p>	<p>A. Recusa em manter o peso acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal 15% abaixo do esperado; ou malogro em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal 15% abaixo do esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.</p> <p>C. Perturbação no modo de vivenciar o peso corporal, tamanho ou forma, por exemplo, a pessoa reclama que se “sente gorda” mesmo quando emagrecida; acredita que uma área do corpo está “muito gorda” mesmo quando obviamente tem peso inferior ao esperado.</p> <p>D. Nas mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorreia primária ou secundária).</p>
-----------------	--

<p>DSM-IV e DSM-IV-TR</p>	<p>A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso levando a manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.</p> <p>C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.</p> <p>D. Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.</p> <p>Especificar tipo: Tipo restritivo: durante o episódio normal de AN, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação. Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de AN, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.</p>
<p>DSM-5</p>	<p>A. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.</p>

C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, o Critério A (baixo peso corporal) não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém ou o Critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento que interfere no ganho de peso), ou o Critério C (perturbações na autopercepção do peso e da forma) ainda está presente.

Em remissão completa: Depois de terem sido satisfeitos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi mais satisfeito por um período sustentado.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de

	<p>massa corporal (IMC) atual (ver a seguir) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.</p> <p>Leve: IMC ≥ 17kg/m² Moderada: IMC 16-16,99kg/m² Grave: IMC 15-15,99kg/m² Extrema: IMC <15 kg/m²</p>
--	---

Fonte: Alckmin-Carvalho et al. (2016).

Segundo Marzola e colaboradores (2017), existem certas características da personalidade do indivíduo reconhecidas como contribuintes importantes para a anorexia nervosa. Tem-se demonstrado que os transtornos de ansiedade/depressão estão presentes em 62% dos casos (ABBATE, 2014). Contudo, a ansiedade parece ser anterior ao início da doença e pode persistir após a recuperação.

Segundo Dawson e colaboradores (2015), a anorexia nervosa é uma doença mental associada à baixa motivação para mudar. As pessoas com anorexia nervosa demonstram dúvidas em relação à mudança e são muito ligadas ao seu transtorno alimentar. A baixa motivação para a mudança tem sido associada à elevada taxa de abandono do tratamento e à falta de empenho no mesmo.

A AN é o transtorno alimentar mais comum na infância e pode ter seu início a partir dos 7 anos de idade e preferencialmente em meninas. O autor SYAGER e colaboradores (2000) associa as formas mais prematuras dos TAs com comportamento obsessivo, incluindo extrema preocupação com a escola, e com sintomas depressivos. As razões dadas para rejeitar o alimento, além do medo de ficar gordo ou do desejo de emagrecer, costumam ser: enjoos, dor abdominal, sensação de perfeição, perda de apetite ou a incapacidade de engolir. Quando expressam a intenção de controlar a alimentação, as meninas referem-se a

preocupações estéticas, enquanto meninos relatam preocupação com a saúde e com o condicionamento físico. De acordo com MARCHI (1990), apesar das crianças se utilizarem menos de métodos purgativos, para induzir o vômito ou uso de laxantes, elas se exercitam bastante para controlar o peso através das atividades físicas.

De acordo com Sadock (2007), “a restauração do estado nutricional deve ser a primeira consideração no tratamento do paciente com anorexia nervosa, pois a desidratação, inanição e desequilíbrios eletrolíticos podem comprometer a saúde e até levar à morte”.

Scivoletto e colaboradores (1995) mostra como alguns psiquiatras entendem este tratamento, segundo o DSM IV. Com relação à anorexia nervosa, abordam que a grande dificuldade enfrentada é a forma “egossintônica do transtorno”, ou seja, o paciente não acha seu comportamento alimentar estranho e nem anormal, o que leva, desde o início, a um vínculo terapêutico difícil e, até mesmo impossível. O paciente não apresenta uma demanda para tratamento. Por isso o tratamento da anorexia nervosa é muito complexo e envolve meios químicos, físicos e biológicos e psíquico que são empregados com a finalidade de curar, abrandar ou abreviar uma doença.

De acordo com os autores citados acima, o objetivo principal do tratamento é a recuperação do peso corporal comprometido pela recusa alimentar e pelos vômitos repetidos. A necessidade de alcançar o peso mínimo aceitável é fundamental, sem o qual abordagens psicoterápicas individuais ou familiares não terão efeito.

As metas do tratamento nutricional na AN envolvem o restabelecimento do peso, a normalização do padrão alimentar e da percepção de fome e saciedade e a correção das sequelas biológicas e psicológicas da desnutrição. A principal meta do tratamento da AN, segundo a Associação Psiquiátrica Americana, é o ganho de peso até o IMC acima de 19 (DEMPSEY, 1984). A anorexia nervosa ainda não possui um tratamento farmacológico considerando eficaz para a melhora da psicopatologia do transtorno, mas a ação de antidepressivos na prevenção de recaídas e dos antipsicóticos no ganho de peso podem ser úteis.

Por conta de sua etiologia multifatorial, a AN é considerada uma doença de difícil intervenção. A interação entre as abordagens médica, psicológica e nutricional é a base do seu tratamento. Uma equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso no tratamento e os profissionais envolvidos devem trabalhar em conjunto (NUNES, 1998).

2.4 Bulimia

O conceito de bulimia nervosa surgiu a partir do conceito de anorexia nervosa, após diversas discussões, que ocorrem desde o século XII até os dias de hoje. Nos séculos XII e XIII, surgiam as primeiras construções sobre a anorexia nervosa. Durante esse período, a visão religiosa que era dominante associava o jejum à santidade das mulheres, que tinham que ter disciplina e autocontrole sobre seus impulsos.

Em 1708, Blankaart foi o primeiro a descrever o transtorno como um episódio de ingestão alimentar exagerada, seguido por um estado de “fraqueza de espírito”, associando os sintomas depressivos à bulimia nervosa. A bulimia nervosa foi associada a distúrbios somáticos, a partir do século XVII, e inseridos nos tratados de psiquiatria do século XIX, como transtornos de instinto alimentar.

Em 1903, Pierre Janet definiu a BN como um sintoma neurótico, com a presença de sensações de incompletude e fraqueza. E Abraham, em 1925, se referiu ao impulso que escapava à socialização, chamou de “bulimia patológica” e “tendência a perversões orais diversas”. Otto Fenichel, em 1945, a chamou de “toxicomania sem drogas”, ao tratar das neuroses impulsivas e das perversões (SOUZA, 2007).

Bucarechi (2003) relatou que a maioria dos primeiros escritos de bulimia não a consideravam como um problema diferente. Era confundida muitas vezes com anorexia acompanhada do uso de laxante ou vômito, ou a transtornos gastrointestinais. Gerald Russell, em 1979, foi o primeiro a nomear a condição médica como bulimia nervosa e com os seguintes sintomas: intensa e irresistível

necessidade de sobre alimentação; uso de laxante ou o vômito para evitar o aumento de peso ligado a essa ingestão; medo exagerado de engordar.

Em 1980, a bulimia nervosa foi incluída no DSM-III, com a condição de que os episódios bulímicos fossem repetidos e que não ocorressem no contexto de uma anorexia nervosa ou de qualquer outro transtorno psíquico reconhecido. Atualmente os critérios para o diagnóstico da bulimia nervosa no DSM-V estão descritos na tabela 2.

Tabela 2: Critérios para Diagnostico de Bulimia Nervosa:

A - Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes critérios: 1. Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares; 2. Um sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come).
B - Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido; abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou excesso de exercício físico.
C - A compulsão e o comportamento compensatório inapropriado devem ocorrer, no mínimo, pelo menos uma vez por semana, por 3 meses.
D - Autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal.
E - O transtorno não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.
O nível de gravidade é baseado na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados, sendo Leve: média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios por semana; Moderado: média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios por semana; Grave: média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana ou Extremo: média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios por semana. O nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de desabilidade funcional.

Fonte: CORDIOLI, 2012-2013

O termo bulimia é derivado de duas palavras gregas. A palavra "bous" que significa boi e a palavra "limos" significa fome. O dicionário Oxford English define bulimia simplesmente como 'fome mórbida'. O termo sugere ter o apetite de um boi, bem como a capacidade de consumir um boi, ou tanto quanto a um boi.

A Bulimia Nervosa (BN) é caracterizada por episódios recorrentes da ingestão de grandes quantidades de alimentos em um curto intervalo de tempo acompanhada de uma sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos (FAIRBURN, 1995). Estes estão associados a uma sensação de perda de controle seguida por sentimento de culpa e vergonha, o que leva a comportamentos compensatórios, como vômito auto-induzido, jejum, excesso de exercício e / ou uso inadequado de laxantes, enemas ou diuréticos. Esses comportamentos podem se tornar mais irracionais e incontrolável ao longo do tempo, e direto à obsessão por comida, pensamentos sobre comer (ou não comer), perda de peso, dieta e sobre sua imagem corporal. Sendo mais frequente em mulheres jovens embora possa ocorrer mais raramente em homens e mulheres com mais idade. (CORDÁS, 2002).



Figura 2: Imagem de pensamentos distorcidos de pacientes com bulimia Fonte. Fonte: <https://www.delanomaia.com.br/del/artigo/a-bulimia>

Após os episódios bulímicos, os sentimentos mais presentes são de tristeza, raiva, vergonha e culpa. Muitas vezes, os métodos compensatórios são adotados como tentativas para aliviar tais sentimentos, com o objetivo de prevenir o aumento de peso e compensar a compulsão periódica, sendo este um critério essencial no diagnóstico da bulimia nervosa. O vômito, técnica compensatória mais comum, é utilizada por 90 a 95% dos pacientes, que se apropriam de diversas estratégias para provocá-lo (CLAUDINO, 2005).

De acordo com a DSM-IV (APS, 1994), as atividades físicas são consideradas excessivas quando prejudicam e/ou interferem na vida ou quando ocorrem em contextos ou momentos inadequados. Outro possível, porém, raro, comportamento

compensatório usado é o consumo dos hormônios da tireoide, na tentativa de prevenir o aumento de peso. Os indivíduos com diagnóstico de diabetes melito e bulimia nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina para interferir no metabolismo dos alimentos consumidos durante a compulsão.

Pacientes bulímicos geralmente possui peso normal ou podem estar um pouco acima ou abaixo do peso normal para a altura, sendo identificados como casos graves de anorexia nervosa (MEHLER,2001). Profissionais de saúde tem uma suposição errada que uma pessoa com um distúrbio alimentar deve estar abaixo do peso e ser magra. Assim, a Bulimia Nervosa é um transtorno negligenciado e passa despercebido por um longo Tempo.

A distorção da imagem corporal, segundo Stenzel (2006), pode ser considerada um fator predisponente ou mantenedor de um transtorno alimentar. A imagem corporal é a percepção interna e subjetiva sobre seu próprio corpo, uma experiência psicológica multifacetada, que inclui autopercepção corporal, atitudes, crenças ou sentimentos relativos ao corpo. Segundo a autora, muitas mulheres sentem uma discrepância entre o corpo real e o ideal, que é divulgado pela mídia. Esse sentimento contribui para que surja um sentimento de vergonha em relação ao corpo, mesmo quando a pessoa não apresenta um sobrepeso. Essa insatisfação se evidencia nos quadros de transtorno alimentar. Essa distorção da imagem corporal é mais grave nos casos de anorexia nervosa, porém, pacientes com bulimia nervosa demonstram uma maior insatisfação com o seu corpo do que as paciente com anorexia nervosa. A experiência subjetiva em relação ao corpo pode variar muito ao longo do curso da doença e do tratamento.

Diferentes fatores contribuem para o surgimento e manutenção dos transtornos alimentares. Estes são definidos como desvios do comportamento alimentar, que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. A BN tem um alto índice de mortalidade e de comorbidade e atingem cada vez mais diferentes culturas e grupos sociais.

A bulimia nervosa é dividida em 2 subtipos: o purgativo e não purgativo. Os pacientes com purgação bulímica a maioria frequentemente promove o vômito auto-induzido para remover a comida de seus corpos. As bulímicas não purgação se

utilizam de jejuns ou exercícios físicos em excesso como uma compensação primária.

As consequências físicas da bulimia nervosa, segundo a DSM-IV (APS, 1994), são: anormalidades hidroeletrólíticas causadas pelo vômito; acidose metabólica decorrente da indução de diarreia pelo abuso de laxantes; perda permanente do esmalte dentário e cáries; glândulas salivares hipertróficas – as parótidas; calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão por conta de estímulos manuais para indução do vômito; irregularidades menstruais ou amenorreia; possíveis rupturas do esôfago, rupturas gástricas e arritmias cardíacas; dentre outras.

A prevalência de bulimia nervosa em americanas é de 2% a 3% e pode chegar a 10% em populações vulneráveis, como mulheres em idade universitária (HSU,1996). Os homens são afetados em uma taxa de um décimo das mulheres. A maioria dos pacientes com bulimia nervosa são solteiros, têm formação superior e têm mais de 20 anos. No entanto, a maioria dos pacientes começa a apresentar sintomas bulímicos durante a adolescência. A bulimia nervosa ocorre em 2,3% das mulheres brancas, mas em apenas 0,40% das mulheres negras.

A incidência de BN é menor que a de AN. E alguns autores sugerem que isso ocorre, pois, o início da bulimia geralmente é posterior à anorexia, e em jovens a prevalência de AN pode ser maior. Essa diferença pode acontecer, pois na BN não ocorre necessariamente à perda de peso, e assim médicos e familiares têm dificuldade de identificar o problema.

A causa exata é desconhecida, mas pesquisadores acreditam que de uma combinação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, e fatores comportamentais, assim como na AN. Bulimia está relacionada ao medo de ganho de peso, mas os fatores primários são mais complexos que isso. Muitos pacientes associam o início de seu transtorno alimentar a um trauma, como a perda ou a doença de um parente, um acidente, abuso sexual, término de relacionamento, dentre outros (tabela 2). Porém, isso não é uma norma e nem todos os pacientes conseguem identificar de fato o que os levou a desenvolver o transtorno, ou até mesmo negam que haja essa coincidência. É importante ressaltar que a etiologia dos transtornos alimentares é resultado da interação de diversos fatores.

O Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) observa que parece estar relacionada com famílias e sugere que estudos genéticos são necessários para fornecer mais informações no futuro. Bulimia está relacionada ao medo de ganho de peso, mas o problema principal geralmente se baseia em problemas emocionais e com a saúde mental. As condições aliadas à bulimia incluem depressão, ansiedade, estresse, transtornos de personalidade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Os fatores ambientais também são importantes, pois a exposição a modelos obstrutivos através da mídia e da indústria da moda e as pressões para obter um corpo magro podem ser uma das causas (BHASKARAN, 2018).

Tabela 3 - Fatores predisponentes, aqueles que aumentam a chance da pessoa desenvolver um transtorno alimentar

Tendência à obesidade
Eventos adversos (abuso sexual, perdas importantes, bullying)
Genética
Fatores socioculturais (padrões de beleza rígidos, culpa ao se alimentar)
Padrão familiar

Morgan et al (2002)

O tratamento para os transtornos alimentares é bem complexo, e envolve conhecimentos e práticas interdisciplinares, com uma clínica expandida e de forma individualizada. A estrutura básica de uma equipe multidisciplinar para o tratamento de transtorno alimentar é composta por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeuta familiar e clínico geral. Outros profissionais, como endocrinologistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em oficinas terapêuticas e acompanhantes terapêuticos colaboram nos seus aspectos específicos. É o grau de comprometimento físico e psíquico que determina a condução da terapêutica aplicada. A modalidade pode ser ambulatorial, internação

ou hospital-dia. Em estados clínicos mais graves ou resistentes ao tratamento da anorexia nervosa, a hospitalização é indicada devido às complicações sistêmicas, já na bulimia nervosa as internações são raras, e quando ocorrem se devem a alterações promovidas pelos sintomas purgativos (SAPOZNIK, 2005).

O tratamento medicamentoso pode ser utilizado com o objetivo de controlar os sintomas e/ou comorbidades como depressão, transtorno obsessivo compulsivo e a purgação. Campos e Haack (2012) afirmam que os fármacos mais utilizados no tratamento dos transtornos alimentares, anorexia nervosa e bulimia, são os antidepressivos. Com relação às intervenções psicossociais nesses transtornos, a abordagem cognitivo-comportamental foi considerada como tratamento mais efetivo de acordo com Costa e Melnik (2016), principalmente para bulimia e anorexia nervosas. Outras abordagens efetivas são a psicoterapia interpessoal, terapia comportamental dialética e terapia de apoio. Abordagens preventivas e promocionais que contemplem fatores de risco individuais, familiares e sociais, são promissoras para o desenvolvimento da autoimagem positiva e auto eficácia.

O tratamento nutricional visa reverter alterações no consumo, padrão, comportamento alimentar e diversas crenças equivocadas sobre alimentação, além de promover hábitos alimentares saudáveis e melhor relação do indivíduo para com o alimento. Os objetivos e características do tratamento diferem para anorexia e bulimia nervosas, contudo, usualmente, a abordagem é dividida em duas fases: a educacional, cujas principais metas são a regularização do hábito alimentar e o aumento do conhecimento nutricional; e a experimental, que propicia maior reabilitação nutricional e mudanças mais profundas no comportamento alimentar (LATTERZA, 2004).

A psicoterapia, também conhecida como terapia da fala ou aconselhamento psicológico é um tratamento importante para um paciente com BN. Estudos indicam que alguns tipos de psicoterapia ajudam a melhorar os sintomas da bulimia, como a terapia comportamental cognitiva (identifica doenças, crenças e comportamentos negativos e os substitui por saudáveis e positivas), a terapia familiar (ajuda os pais a intervir nos comportamentos alimentares prejudiciais aos adolescente, e depois ajudar o adolescente recupera o controle sobre sua própria alimentação e, por fim,

para ajudar a família a lidar com os problemas que a bulimia pode ter no desenvolvimento do adolescente e na família) e a psicoterapia interpessoal (aborda dificuldades em seus relacionamentos íntimos, ajudando a melhorar suas habilidades de comunicação e resolução de problemas) (Agras, 2000).

Pinzon e Nogueira (2004), com relação ao curso desses transtornos alimentares, afirmam que depois de intervenções terapêuticas, as taxas de recuperação completa de anorexia nervosa ficam em torno de 50%, recuperação intermediária em torno de 30% e 20% não recuperam. Índices de recaída situam-se em torno de 12% a 27%, com taxa de cronicidade aproximada de 20%. E o mais preocupante são as taxas brutas de mortalidade variam de 5% a 20%, sendo as principais causas de mortalidade são complicações da própria AN (50% a 54%), suicídio (24% a 27%) e desconhecidas (15% a 19%). Os mesmos autores relatam que a bulimia nervosa parece ter evolução mais favorável que a AN, os índices de recuperação total entre variam entre 50% e 70%, conforme seus períodos de acompanhamento após manejo terapêutico. Todavia, as taxas de recaída também são altas e situam-se em torno de 30% a 50%. Paralelamente, as taxas brutas de mortalidade da bulimia nervosa estão entre 0,3% a 3%, de acordo com a gravidade dos casos.

2.5 Depressão

Sentimentos são naturais do ser humano, principalmente a tristeza, ela é pois, uma reação afetiva básica frente as situações do mundo e também a de perda. A depressão apresenta importantes diferenças da melancolia e requer dos psicanalistas esforços teóricos e terapêuticos para que seja efetivamente compreendida e tratada (PINHEIRO, 2010).

Transtornos depressivos são condições de curso crônico e recorrente. Hoje, ele já é a principal causa de incapacidade no mundo, além de ser um significativo fator de comorbidade. O transtorno tem etiologia multifatorial: predisposição genética,

ambiente estressante e características de personalidade e temperamento podem ser as causas.

O termo “depressão” foi incorporado ao dicionário em 1750, por Samuel Johnson no século XIX. Emil Kraepelin (1832-1920) dividiu as psicoses em dois grupos: demência precoce e psicose maníaco-depressiva. A compreensão de Kraepelin continua até hoje influenciando os principais manuais de referência para classificação de transtornos mentais e, junto com a teoria psicanalítica de Sigmund Freud, constitui o marco da psiquiatria moderna no século XX (QUEVEDO, 2013).

É nominado “Transtorno Depressivo Maior” segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Junto do Transtorno Bipolar, a depressão é definida como transtorno de humor, caracterizado por perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento. É uma doença incapacitante, que compromete o funcionamento interpessoal, social e ocupacional. Apresentam quadros de insistentes sentimento de tristeza, angústia, dor psicológica, perda de interesse generalizada e, inclusive, falta de vontade de viver, características pertinentes do humor deprimido, próprio da depressão (QUEVEDO, 2013).

Há três tipos de humor, o normal, o elevado e o deprimido. Com o humor normal, a pessoa apresenta ampla faixa de humor e repertório de expressões afetivas, sentindo-se no controle de humores e afetos. O humor elevado é a mania, caracterizada pela expansão, com fuga de ideias, sono diminuído, autoestima elevada e ideias grandiosas. Já o humor deprimido é a depressão, quando ocorre perda de energia e interesse, sentimento de culpa, dificuldades de se concentrar, perda do apetite, pensamentos sobre morte e suicídio. As alterações do humor geram alterações dos níveis de atividade, da competência cognitiva, linguagem e atribuições vegetativas (como o ciclo circadiano, fome, saciedade, função sexual, entre outros) (KAPLAN, 1997).

O diagnóstico é feito através do relato das queixas do paciente e da busca ativa por sintomas que possam estar sendo negligenciados ou não verbalizados. A DSM-5 (2013), classificação mais recentemente publicada, estipula nove critérios para depressão, dos quais cinco devem estar presentes. Para firmar um diagnóstico, é

necessário que os sintomas estejam presentes por pelo menos duas semanas, representem uma alteração em relação ao funcionamento anterior e que um deles seja obrigatoriamente (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Veja os critérios na tabela 1 a seguir (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Tabela 4 - Critérios diagnósticos para depressão conforme DSM-5 Presença de pelo menos cinco entre os nove critérios. Sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).

2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado).

4. Insônia ou hipersonia quase diária.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os

dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Voderholzer e colaboradores (2019) associam os transtornos alimentares (TA) e a depressão como complexo e definido por fatores fisiológicos e comportamentais que podem afetar a etiologia, sintomatologia, resposta ao tratamento e prognóstico da doença. Alguns estudos observaram uma forte associação fisiológica da anorexia nervosa (AN) com o risco genético compartilhado e sintomas depressivos devido à desnutrição (THE BRAINSTORM CONSORTIUM 2018; MATTAR ET AL., 2011). Conseqüentemente, os transtornos depressivos é a segunda comorbidade psiquiátrica mais comum após transtornos de ansiedade, com taxas superiores a 40% (ULFVEBRAND, 2015).

Segundo Fontenelle e colaboradores (2002) a frequente baixa auto-estima, insatisfação corporal e elevada taxa de suicídio, levou parte da literatura científica, começando por Freud, a reconhecer os TA como um transtorno de humor. De fato, a incidência de transtornos do humor em pacientes com AN é quase universal, podendo chegar a 98%. De acordo com Delvenne e colaboradores (1997) esse transtorno também tem uma alta proporção em parentes de primeiro e segundo grau de pacientes com AN e com BN. E a depressão é a comorbidade mais comum entre esses pacientes, com taxas que varia de 50% a 68% (RATSAM, 1995; HERZOG, 1996).

Keys e colaboradores (1950) descrevem que os quadros de desnutrição podem causar sintomas depressivos, assim como alterações neuroquímicas (alterações no sistema serotoninérgico) (JIMERSON, 1990) e neuroendócrinas (hiperatividade dos eixos hipotálamo-hipófise-adrenal e tireóide) (FONTENELLE, 2002). Porém estas alterações estão presentes tanto em pacientes com AN quanto em pacientes com transtornos depressivos (GWIRTSMANN,1981).

Estudos recentes comparam pacientes com depressão e pacientes anoréxicos com sintomas depressivos no que diz respeito ao metabolismo cerebral da glicose. E pacientes com anorexia apresentam hipometabolismo generalizado da glicose, decorrente do seu estado nutricional, que é normalizado após recuperação do peso. Esse achado é considerado o responsável pelas alterações neuropsicológicas encontradas em pacientes anoréxicos. O hipometabolismo da glicose também é encontrado em pacientes com depressão, mas está diretamente correlacionado com o peso do paciente, mostrando que o estado nutricional e o peso influenciam no estado de humor mesmo em pacientes que não são portadores de AN (HERZOG, 1996).

Herzog e colaboradores (1996) descrevem a ocorrência de depressão em pacientes portadores de BN e a variação é de 38 a 63%. Já Braun e colaboradores (1994), consideram a presença de transtornos depressivos em 83% dos casos. A alta frequência desses transtornos em pacientes com bulimia fez com que os pesquisadores investiguem a relação entre esses dois transtornos. Herzog e colaboradores (1996) também demonstraram altas taxas de depressão em parentes de primeiro grau de pacientes bulímicas, assim como observado em parentes de pacientes com anorexia. No entanto os testes neuroendócrinos têm apresentado resultados semelhantes em pacientes bulímicos e deprimidos (por exemplo, testes que avaliam a atividade serotoninérgica), porém em pacientes bulímicos em fase aguda da doença ou, no máximo, com 4 semanas de abstinência dos comportamentos bulímico e purgativo (MAURI, 1996; JIMERSON, 1997).

Atualmente, três possibilidades poderiam explicar a relação entre estes transtornos: a BN poderia ocasionar um quadro depressivo secundário; ou alguns pacientes com quadros depressivos desenvolveriam sintomas bulímicos secundários devido a sua síndrome depressiva; e esses transtornos poderiam simplesmente coexistir sem relação entre si (MAURI, 1996).

Vander Does (2001) descreve que na BN, assim como na AN, temos a diminuição do apetite, os hábitos alimentares desordenados e as alterações metabólicas como os candidatos mais prováveis para justificar a frequente associação entre BN e depressão. Porém estudos sobre esses transtornos ainda

são inconsistentes, já que estudos indicam que em cerca de 1/3 dos pacientes o início da BN é anterior ao da depressão, e em outros descrevem que cerca de 2/3 o início da BN é simultâneo ou posterior ao início do quadro depressivo (HERZOG, 1996).

A existência de uma relação entre os TA e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é reconhecida há diversos anos. Em 1939, Palmer & Jones (1939) descreveram pacientes com AN com sintomas obsessivo-compulsivos (“hábitos meticulosos, deliberados e obsessivos, ordenação excessiva, ambivalência e compulsividade”) Alguns estudos recentes recomendam que alguns casos de TA deveriam ser incluídos em um suposto espectro obsessivo-compulsivo.

Os pacientes com TA são normalmente atormentados por questionamentos incessantes e intrusivas sobre comida e sobre sua forma corporal, além de diversos comportamentos ritualizados, como a restrição da ingestão alimentar, a contagem de calorias e o exercício compulsivo. Em alguns pacientes, a alimentação envolve um ritual que compreende a escolha, a compra e o preparo dos alimentos, assim como, a ornamentação dos pratos e a colocação da mesa. Esses pacientes também contam quantas vezes colocam comida na boca ou mastigam os alimentos para assegurar a quantidade de alimento que estão ingerindo (YARYURA-TOBIAS, 2001).

De fato, mesmo após a exclusão de obsessões relacionadas com alimentos e forma corporal e de comportamentos alimentares ritualizados, uma elevada frequência de TOC ao longo da vida de pacientes com TA tem sido encontrada, tanto em pacientes com AN (22,4%) quanto BN (12,9%) (SPERANZA, 2001).

Allison (1993) sugere que os TA, especialmente AN e BN, pertencem a um espectro obsessivo-compulsivo, porém existem achados que contrariam esta hipótese. Por exemplo, no campo da comorbidade, diversos estudos que encontraram uma elevada frequência de TOC em pacientes com TA utilizaram controles saudáveis. Em contraste, em um estudo comparando a frequência de TOC em mulheres com TA com aquela observada em controles não-saudáveis (mulheres com história de depressão), não foi encontrada uma maior frequência de TOC em pacientes com TA. De maneira semelhante, Speranza e colaboradores (1999)

sugeriram que a prevalência elevada de TOC em pacientes com TA seria um artefato secundário aos sintomas depressivos, i.e. ao excluirmos o efeito da depressão associada aos TA, a aparentemente elevada frequência de TOC desapareceria. Ainda, a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos seria influenciada pela gravidade dos sintomas depressivos comórbidos e não alimentares.

A existência de relações clínicas e biológicas entre os TA, os transtornos de humor, e o Transtornos Obsessivos Compulsivos é inegável. O estudo da relação dos TA com outros transtornos psiquiátricos pode proporcionar não só um melhor entendimento da fisiopatologia destas síndromes como também a construção de tratamentos específicos que auxiliem na cura destes transtornos.

3. Considerações finais

Inconscientemente associamos a magreza à felicidade e ao sucesso. E os pacientes com transtornos alimentares querem essa felicidade e acreditam que não chegarão lá sem dor.

Entre os TA de maior prevalência estão a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), sendo a bulimia mais frequente que a anorexia, embora esta apresente maior morbimortalidade. A AN é caracterizada pela recusa do indivíduo em manter peso adequado, por conta do medo intenso de ganhar peso e negação da própria condição patológica.

A BN é um transtorno que faz parte do grupo de patologias psiquiátricas, denominadas de transtornos alimentares, que se caracteriza pela ingestão compulsiva de alimentos, seguida de um sentimento de culpa, assim, indivíduos acometidos pela BN utiliza-se de métodos nada convencionais para tentarem se livrar de forma rápida do excesso de calorias consumidas, tornando-se assim um ciclo vicioso e conseqüentemente danoso à saúde física e mental.

A incidência dos TA é majoritariamente do sexo feminino (mulheres jovens) e em indivíduos acometidos por outros transtornos psiquiátricos. Na BN o diagnóstico

é dificultado, pois os episódios são feitos às escondidas e o indivíduo não costuma estar em baixo peso, como acontece na anorexia nervosa.

Na maior parte do tempo esses pacientes se recusam a acreditar que estão doentes, por isso preferem considerar um estilo de vida o que o conhecimento oficial e hegemônico chama de distúrbio, transtorno ou agravo. O fato é que os transtornos alimentares acabam por se tornar um estilo de vida, se considerarmos que elas tomam atitudes semelhantes, têm crenças semelhantes e praticam rituais baseados num mesmo objetivo, emagrecer, mesmo que esses sejam motivados por causas diferentes.

A pesquisa bibliográfica mostrou que o transtorno alimentar não se trata de um mal atual, causado pelas exigências de uma sociedade moderna, como muitos pensam. Não dá para não relacionar o comportamento das santas e beatas da idade média com as anoréxicas de hoje. Embora os motivos fossem diferentes, muitas santas do século XIII, assim como no comportamento anoréxico e bulímico, eram adeptas do jejum prolongado e aderiam ao vômito provocado (WEINBERG, 2005).

Estes distúrbios têm aumentado sua incidência principalmente no período que abrange à adolescência até o início da fase adulta, ressalta-se ainda mais a importância da busca pelo tratamento e de um trabalho de profissionais que seja multidisciplinar, a fim de atenderem esses pacientes em específico.

É importante não “patologizar” e categorizar as narrativas, mas refletir sobre as experiências de representação da Anorexia. Os discursos a favor das práticas anoréxicas e do culto à magreza como um estilo de vida possível, evidenciou uma linha tênue entre a experiência patológica e do estilo de vida. Assim, as práticas narradas, e na maioria das vezes incorporadas por adolescentes e jovens mulheres, acabaram por se tornar um estilo de vida, o que acaba levando a doença.

4. Bibliografia

ABBATE, D. G., et al. Health-related quality of life in adult inpatients affected by anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review.**, Vol. 22, pp. 285-291, 2014.

ABBATE, D. G., et al. Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview. **BMC Psychiatric.**, Vol. 13, pp. 294-313, 2013.

Abreu, C. N. & Cangelli Filho, R. (2005). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo construtivista de psicoterapia. **Psicologia: Teoria e Prática**, 7(1), 153-165.

AGRAS WS., et al. "A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa". **Archives of General Psychiatry** 57.5: 459-466, 2000.

Alckmin-Carvalho, F. Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com anorexia nervosa e a seus pais: coletânea de casos. Tese, 2018. USP, São Paulo.

Alckmin-Carvalho, F., et al. Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. **Avaliação Psicológica**, 15(2), 265-274, 2016.

ALLISON DB. A note on the selection of control groups and control variables in comorbidity research. **Compr Psychiatry**,34:336-9, 1993.

ALMEIDA, Thamires Citadini de; GUIMARÃES, Cristian Fabiano. Os blogs Pró-ana e a experiência da anorexia no sexo masculino. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.3, p.1076-1088, 2015.

ALVES, E., et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 24, Sup. 3, pp. 503-512, 2008.

ALVES, Reynaldo José Loio. Anorexia na leitura psicanalítica da Revista dos Transtornos Alimentares (2008-2012): uma análise de história sociocultural da doença. **Cadernos do Tempo Presente, São Cristóvão-SE**, v. 09, n. 01, p. 27-44, jan./jun. 2018. <http://www.seer.ufs.br/index.php/tempo>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, A. & Bosi, M. M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, 16(1), 117-125.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes Brasileira de Obesidade, São Paulo: ABESO, 4ª Ed., 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>

ATIYE, M. et al. A meta-analysis of temperament in eating disorders. **European Disorders Review.**, Vol. 23, pp. 89-99, 2015.

ATTIA, E. Anorexia nervosa: Current status and future directions. **Annual Review of Medicine.**, Vol. 61, pp. 425-435, 2010.

BHASKARAN Sathyapriya., et al. "Bulimia Nervosa – A Psychiatric Eating Disorder". **Acta Scientific Medical Sciences 2.2**): 21-26, 2018.

BIGHETTI, F., et al. Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosa. In: Kalinowski CE, organizadores. PROENF- Programa de atualização em enfermagem, saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed, 2007, segunda edição, pp. 9-10.

BORDO, S. (2003). No Império das imagens: Prefácio para o décimo aniversário da edição de "Este Peso Insuportável". Labrys Estudos Feministas, 4. Recuperado em 13 de agosto de 2006, da <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/susan1.htm>.

BOUÇA, D. Anorexia Nervosa minha amiga. São Paulo: [ed.] Ambar. 2000.

BRAUN DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity with eating disorders. **Psychol Med**;24:859-67, 1994.

BULIK CM., et al. "Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa". **International Journal of Eating Disorders** 26.2: 137-144, 1999.

CAMPOS, José Gustavo Sousa Carneiro e HAACK, Adriana. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. Com. **Ciências Saúde**, v. 23, n 3, p. 253-262, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a7_anorexia_bulimia_aspectos.pdf. Acessado em 06 de abril de 2019

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1904.

CARRETEIRO, T. A. Corpo e contemporaneidade. **Psicologia em Revista**, 11(17), 62-76, 2005.

- CASTILHO, S. M. A imagem corporal. Santo André: ESETec. Editores Associados (2001).
- CORDIOLI, Aristides Volpato (coord.). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.DSM-5, American Psychiatric Association, Artmed, 5ª edição, 2012-2013
- COSTA, Marcelle Barrueco; MELNIK, Tamara. Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane. **Einstein**, v. 14, n 2, p. 235-77, 2016. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3120-235-277_port.pdf. Acessado em: 05 de abril de 2019.
- CUBRELATI, B.S et al. Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes. **Conexões**, v. 12, n. 1, p. 1-15,35 2014.
- DAWSON, Lisa; MULLAN, Barbara; SAINSBURY, Kirby. Using the theory of planned behaviour to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. **Appetite**, v. 84, p. 309-315, 2015.
- DEJONG, Hannah; BROADBENT, Hannah; SCHMIDT, Ulrike. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 635-647, 2012.
- DELATORRE, Marina Zanella; DOS SANTOS, Anelise Schaurich; DIAS, Hericka Zogbi Jorge. O normal e o patológico: Implicações e desdobramentos no desenvolvimento infantil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 317-326, 2011.
- Delvenne V, Goldman S, de Maertelaer V, Wikler D, Damhaut P, Lotstra F. Brain glucose metabolism in anorexia nervosa and affective disorders: influence of weight loss or depressive symptomatology. **Psychiatry Res**; 74: 83, 1997.
- DEMPSEY DT et al. Weight gain and nutritional efficacy in anorexia nervosa. **Am J Clin Nutr**; 39:236-42, 1984.
- DIAS, Diego Alonso Soares; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. As Vicissitudes dos Conceitos de Normal e Patológico: Relendo Canguilhem. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, pp. 77-85, jan. - jun. 2011
- FAIRBURN C. "A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia". **Psychological Medicine** 11.4 (1981): 707-711.
- FERREIRA, Talita Dantas. Transtornos alimentares: principais sintomas e características psíquicas. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 55, n. 2, p. 169-176, abr./jun. 2018

FONTENELLEA, Leonardo F.; CORDÁSB, Táki A.; SASSIB, Erlei. Transtornos alimentares e os transtornos alimentares e os espectros do humor e obsessivo espectros do humor e obsessivo-compulsivo Eating disorders and the mood and obsessive compulsive spectrum compulsive spectrum. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. Supl III, p. 24-8, 2002.

FOSSON, A. et al. Early onset anorexia nervosa. **Archives of Disease in Childhood**, v. 62, n. 2, p. 114-118, 1987.

FOUCAULT, M. (1982). *Microfísica do poder* (3a ed.). Rio de Janeiro: Graal.

GALVÃO, Ana Luiza; PINHEIRO, Andréa Poyastro; SOMENZI, Lígia. Etiologia dos transtornos alimentares. **Transtornos alimentares e obesidade**, p. 59-71, 2006.

GONÇALVES, Sónia F.; MACHADO, Bárbara C.; MACHADO, Paulo PP. O papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: Uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 12, n. 2, p. 280-297, 2011.

GRIMM, E. R. & STEINLE, N. I. Genetics of eating behaviour: established and emerging concepts. **Nutrition Reviews** Vol. 69, Sup. 1, pp. 52-60, 2011.

GWIRTSMAN, Harry E.; GERNER, Robert H. Neurochemical abnormalities in anorexia nervosa: similarities to affective disorders. *Biological psychiatry*, 1981.

KEYS A, Brozek J, Henschel A. The biology of human starvation. vol. 1. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1950.

HALMI, Katherine A. et al. Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 59, n. 12, p. 1105-1109, 2002.

HAY, P.J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), 13-17, 2002.

HERCOVICI, C.; BAY, L. Anorexia e bulimia: Ameaças à autonomia. **Porto Alegre. RS: Artes Médicas.**, 1997.

HERZOG D B., et al. "Prognostic factors in outpatient psychotherapy of bulimia". **Psychotherapy and Psychosomatics** 56.1-2 (1991a): 48-55.

HERZOG, David B.; NUSSBAUM, Karin M.; MARMOR, Andrea K. Comorbidity and outcome in eating disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 19, n. 4, p. 843-859, 1996.

HOLTKAMP, K. et al. Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. **European child & adolescent psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 106-110, 2005.

HSU, LK George. Epidemiology of the eating disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 19, n. 4, p. 681-700, 1996.

IDA, Sheila Weremchuk. Transtornos alimentares: uma perspectiva social. **Revista Subjetividades**, v. 7, n. 2, p. 417-432, 2007.

JIMERSON DC, et al. Decreased serotonin function in bulimia nervosa. **Arch Gen Psychiatry** 54:529-34, 1997.

JIMERSON DC, Lesem MD, Kaye WH. Eating disorders and depression: is there a serotonin connection? **Biol Psychiatry** 28:443-554, 1990.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria:- Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016.

KAYE, Walter H. et al. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 12, p. 2215-2221, 2004.

KESKI-RAHKONEN, Anna; MUSTELIN, Linda. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. **Current opinion in psychiatry**, v. 29, n. 6, p. 340-345, 2016.

KEYS, Ancel et al. The biology of human starvation. Volumes 1 and 2. The biology of human starvation. Volumes 1 and 2., 1950.

LATTERZA, Andréa Romero et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LILENFELD, L. R. Personality and temperament. **Curr. Top. Behaviour**, Vol. 6, pp. 3-16, 2011.

MÂNICA, Giselle et al. Quando se perfaz um dispositivo confessional, a palavra escrita se desvela e o corpo revela-se: análise de discursos sobre a corporeidade de anoréxicas que fundam weblogs vinculados ao movimento Pró-anorexia (Pró-Ana). 2007.

MARCHI M, COHEN P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 29:112-7, 1990.

- MARZOLA, E. e et al. Affective Temperaments in anorexia nervosa: the relevance of depressive and anxious traits. **Journal of Affective Disorders**, Vol. 218, pp. 23-29, 2017.
- MATTAR, L et al. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: A critical review of the literature. **J. Affect. Disord.**, 132, 311–318, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.014>.
- MAURI MC, et al. Neurobiological and psychopharmacological basis in the therapy of bulimia and anorexia. **Prog. Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry** 20:207-40, 1996.
- MEHLER PS. “Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings”. **Annals of Internal Medicine** 134.11: 1048-1059, 2001.
- MELIN, P. & ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: Um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(3), 73-76, 2002.
- MORGAN, Christina Marcondes; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2002.
- NUNES MA, et al. TRATAMENTO HOSPITALAR DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES. IN: NUNES MA, APPOLINÁRIO JC, ABUCHAIM ALA, COUTINHO W. Transtornos alimentares e obesidade. **Porto Alegre: Artes Médicas**; 1998. p. 171-80.
- OLIVEIRA, Ana Luiza Sobral; CUNHA, Eduardo Leal. Os Transtornos Alimentares e a Patologização da Vontade. Eating Disorders and Pathologization of the Will. **Clínica & Cultura** v.1, n.1, 46-56, ago-dez 2012
- PALMER HD, JONES MS. Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis: a study of psychogenic factors. **Arch Neurol Psychiatry**;41:856-60, 1939.
- Papalia, D. E, Olds, S. W, & Feldman, R. D. (2016). Desenvolvimento humano (8. ed., D.Bueno, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- PINHEIRO, M. T. S.; QUINTELLA, R. R.; VERZTMAN, J. S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicol. Clin.**, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010
- PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo**, v. 31, n 4, p. 58-160, 2004..

PUHL, R. & BROWNELL, K. Bias, discrimination, and obesity. **Obesity Research**, 9(12), 788-805, 2001.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. da. Depressão: teoria e clínica. **Porto Alegre: Artmed**, 2013.

RÅSTAM, Maria; GILLBERG, I. Carina; GILLBERG, Christopher. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part II. Comorbid psychiatric problems. **Comprehensive Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 70-76, 1995.

SADOCK, B. J., & SADOCK, V. A. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica (9a ed.). **Porto Alegre: Artmed**, (2007).

SAPOZNIK, Alessandra; BUENO, Mariana Oliveira; LOBÃO, Bruno F. Tratamento-Aspectos Gerais. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Org.). **Guia transtornos alimentares e obesidade**. Barueri- SP: Manole, 2005. p.111 -118

SCIVOLETTO, S. et al. Anorexia nervosa e bulimia. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 52, p. 132-142, 1995.

SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de O Normal e o Patológico de Georges Canguilhem. **Psicol. clín**, v. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.

SERPELL, Lucy et al. Anorexia nervosa: Friend or foe?. **International Journal of Eating Disorders**, v. 25, n. 2, p. 177-186, 1999.

SERRA, Giane Moliari Amaral et al. Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na revista Capricho. 2001. Tese de Doutorado.

SILVA, I. J. M. Anorexia Nervosa e exercício físico. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016.

SILVA, Thiago Loreto Garcia, et al. O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. **Aletheia** 32, p.195-197, maio/ago. 2010

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Anorexia e Bulimia: conversando com as famílias. **São Paulo: Vetor**, 2007.

SPERANZA, Mario et al. Obsessive-compulsive disorders in eating disorders. **Eating Behaviors**, v. 2, n. 3, p. 193-207, 2001.

SPERANZA, M. et al. Obsessive-compulsive symptoms as a correlate of severity in the clinical presentation of eating disorders: measuring the effects of depression. **Eating and**

Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, v. 4, n. 3, p. 121-127, 1999.

SWINBOURNE, J., et al. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. **Australian Journal of Psychiatry**. 2012, Vol. 46, pp. 118-131.

THE BRAINSTORM CONSORTIUM. Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. **Science** 360, 1313 (2018). <https://doi.org/10.1126/science.aap8757>

THORNTON, Laura M. et al. Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared genetic factors. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 46, n. 5, p. 525-534, 2016.

TRIPICCHIO, A. (2007). Reflexões sobre o Campo Psi: Anorexia Nervosa – parte I.

ULFVEBRAND, S., et al. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. **Psychiatry Res.**, 230, 294–299, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>.

VANDER DOES AJW. The effects of tryptophan depletion on mood and psychiatric symptoms. **J Affective Disorders**, 64:107-19, 2001.

VODERHOLZER, U et al. Comparing severity and qualitative facets of depression between eating disorders and depressive disorders: analysis of routine data. **Journal of Affective Disorders** 257, 758–764, 2019.

WADE, Tracey D. et al. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. **American Journal of psychiatry**, v. 157, n. 3, p. 469-471, 2000.

WEINBERG, Cybelle; et al. “Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina?” In: **Revista de psiquiatria RS**,27(1):51-56, jan/abr, 2005.

WESTMORELAND, Patricia; KRANTZ, Mori J.; MEHLER, Philip S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. **The American journal of medicine**, v. 129, n. 1, p. 30-37, 2016.

YAGER J, ET AL. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Second edition. In: American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000. 1st edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

YARYURA-TOBIAS, Jose A.; PINTO, Anthony; NEZIROGLU, F. The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 6, n. 4, p. 174-180, 2001.