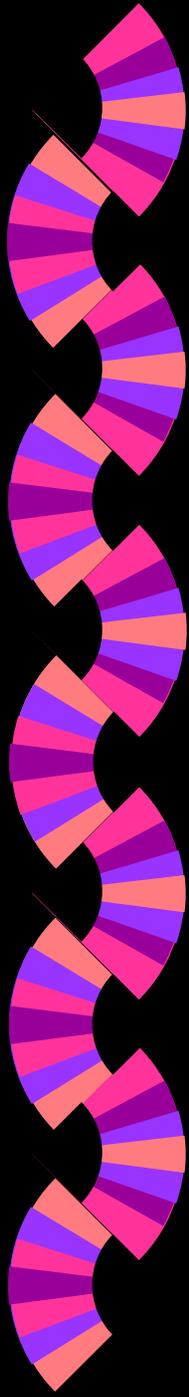


# TRANSTORNOS ALIMENTARES: Anorexia e Bulimia

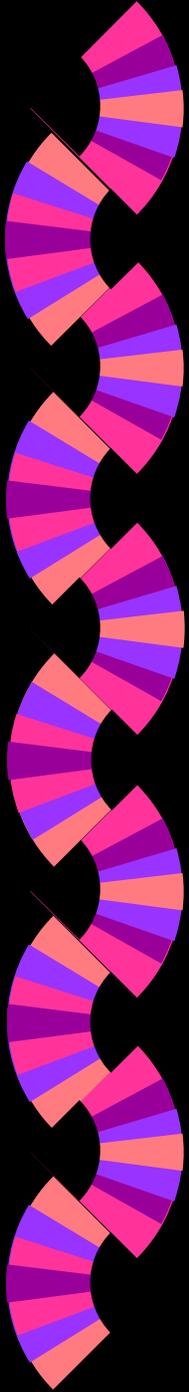
- **Disciplina de pós graduação em  
Psicologia Clínica –  
9a. aula**

**Francisco B. Assumpção Jr  
cassiterides@bol.bom.br**





# **A questão da Beleza...**



**Beleza - associada e com padrão ligado a seu papel na sociedade em que se insere**

**Malinowsky - salvo sociedades específicas, o conceito de beleza encontra-se ligado ao de perfeição, com um afastamento marcante daqueles traços que, usualmente, poderiam ser ligados à animalidade. Obrigação feminina, uma vez que, biologicamente, homens fortes e competentes lutariam por mulheres belas**



**Wolf (1992) - sistema monetário semelhante ao padrão ouro, não sendo universal, e sendo conseqüente a liberação da mulher das repressões de caráter material, ganhando terreno após a industrialização, quando surge uma nova classe de mulheres alfabetizadas e ociosas, cuja submissão seria necessária à própria evolução do capitalismo industrial.**



**Erotismo - a aprovação da vida até na própria morte, dando-lhe um significado e uma profundidade tais que o diferenciam fundamentalmente da sexualidade animal, uma vez que envolve e implica toda uma vida interior que o leva, em sua consciência, a colocar em questão todo o seu ser**

***"no erotismo eu perco-me" (Bataille).***



**Conceito de beleza - envolvido com a questão erótica, enquanto ideal estético dentro de uma subjetividade, que intervém na apreciação feita pelo homem à beleza humana (e, aqui, a juventude torna-se o primeiro elemento de avaliação).**

**A subjetividade dará os padrões relativos ao belo e ao erótico, coletiva em nossa espécie, caracterizando nosso universo, os seus desejos e o seu comportamento.**



**Um homem e uma mulher são considerados mais belos quanto mais eles se afastam do padrão de animalidade. A aversão pelo que, num ser humano, faz lembrar formas animais, principalmente antropóides, é patente (Bataille; 1980)**

**Na mulher, o padrão estético de beleza está associado, na maioria das culturas, cada vez mais a irrealidade das formas e ao esquecimento da maternidade.**



**Estudos transculturais das noções de beleza inclui coisas estranhas, como a preferência de pessoas com estrabismo. (entre os maias), ou com nádegas gigantes (entre os hotentotes )**

**Essas diferenças devem ser levadas em consideração, pois é possível que em todas as culturas (e devem existir pelo menos 100.000 delas, desde o tempo de Neanderthal), tenham aparecido detalhes particularmente interessantes nas fantasias sobre a beleza.**



**As pessoas geralmente admiram (e algumas vezes até exacerbam) as características a que estão acostumadas.**

**A atração que se processa entre duas pessoas não é desencadeada somente pelas características físicas, pois em muitas culturas, inclusive na nossa, capitalista, pragmática e massificante, discrimina-se também a atividade física e o desempenho como pontos de interesse na busca de um novo companheiro.**



**Embora existam padrões razoavelmente bem delimitados de beleza, o ser humano, principalmente o homem, contenta-se habitualmente com menos do que a sua figura idealiza.**

**Esses atrativos físicos específicos universais sejam difíceis de serem descobertos, é bastante simples descobrirmos traços considerados eminentemente anti-eróticos (traços esses muitas vezes relacionados a um critério paralelo de saúde).**



**As próprias culturas nativas, estudadas por Malinowski (1982) em seu famoso livro, mostram as deformações, as doenças do corpo e do espírito, a velhice e o albinismo: eis o que, segundo os nativos, faz uma pessoa perder, todo e qualquer interesse erótico.**

**A ocupação com a beleza, trabalho efêmero e inesgotável, assume o lugar do trabalho doméstico, com a modelo jovem e esquelética tomando o lugar da dona de casa, enquanto parâmetro da feminilidade bem sucedida (Wolf, 1992)**



**A sexualidade se dissocia cada vez mais do amor. O outro é substituído, coisificado e desumanizado, na desesperada busca de identidade e na fuga da solidão.**

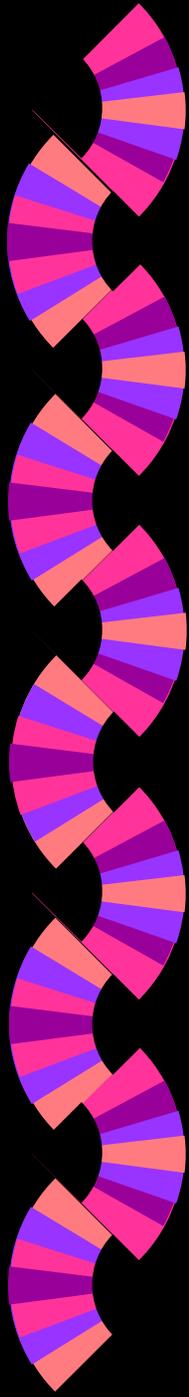
**Vênus de Lespugue - características, grandes nádegas e seios, podendo-se compreendê-la ao relacioná-la aos cultos de fertilidade e das grandes deusas-mãe, representativas de sociedades matriarcais, nas quais a mulher apresenta uma importância significativa, uma vez que representa a perspectiva de continuidade transgeracional.**



**Primeiras sociedades estruturadas - padrões estéticos definidos - Nefertiti ("mulher mais linda de Berlim"), cuja imagem se encontra no Museu de Berlim**

**Cleópatra, seduzindo César e Belkis, imortalizada por Salomão em seu Cântico dos Cânticos**

**Mulher egípcia - importância dos olhos, destacados com a aplicação do pó de kajaal, com a finalidade de proteção e, posteriormente, o sombreamento das pálpebras superiores com o mozimit, pó verde proveniente da malaquita triturada. Os cílios tingidos com uma pasta de kajaal e gordura (Rousso,2000)**

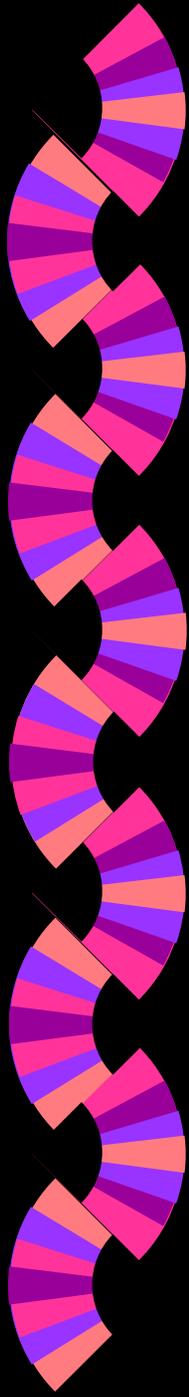


**Grécia - noção da harmonia das proporções determinada por Fídias e Praxíteles, associada à tez clara e com os enfeites seguindo uma ordem harmoniosa dos diferentes elementos, embora a cosmética fosse mesmo ridicularizada em algumas situações, como quando Ovídio refere " *que seu amante não a surpreenda com os estojos abertos sobre a mesa: a arte só embeleza o rosto quando não se mostra*". (Rousso, 2000)**

**Doenças divididas em dois grupos**

- 1. acidentais (*katatyken*) - acessíveis a prática médica**
- 2. as que proporcionavam necessidades inquestionáveis (*katananken*) - se inseriam como produtos de uma vida não virtuosa (*diskrasica*) para a qual os padrões médicos (*tekné*) não tinham acesso, uma vez que não eram naturais.**

**A saúde, como a beleza ou a virtude, eram aspectos naturais, ao passo que a doença e a feiura eram "antinaturais"(Medina, 1996).**



**Idade Média - dicotomia entre a mulher-mãe e a mulher amante, entre Eva e Lillith - antagonismo marcado de forma clara**

**Eva caracteriza a primeira mãe**

**Lilith é aquela que se rebela contra o domínio de um deus masculino, passando a viver entre os demônios, de forma a satisfazer seus desejos**

**A imagem feminina é branca e pura como "o lírio", com o corpo virginal e delicado, esguio e gracioso com ombros ligeiramente caídos, busto comprido, membros longos, pés grandes, quadris arrebitados, ventre arredondado e proeminente sob uma cintura fina, sendo *"tão delgada que poderia ser cercada com as duas mãos"***



**Seu rosto é liso com traços regulares, testa grande e redonda, "*polida como um mármore*", pálpebras redondas, transparentes e diáfanas, abrigando olhos azuis. Sua boca é vermelha, com dentes bem brancos e, seus cabelos, bastos e louros. (Rousso,2000). Essa é a mulher das cantigas de amor e dos romances corteses que permearão o período**

**Século XIII - níveis extremos de emaciação, refletindo o auto sacrifício, com a ingestão somente da eucaristia, sendo considerada com um significado espiritual profundo e sendo acompanhada da abstinência sexual, a rejeição ao casamento e o ascetismo, caracterizando-se assim, as santas medievais (Liles,1999).**



**Renascimento - alteram-se as concepções do belo e a mulher traz de volta um corpo glorificado como o mais belo da criação, com a harmonia de suas proporções muito bem representada por Firenzuola (apud Rousso, 2000) na sua inscrição em um círculo cujo centro é o sexo.**

**Critérios definidos com o nariz tendo o comprimento dos lábios, a soma das orelhas sendo igual a da boca aberta e a altura do corpo correspondendo a oito vezes o tamanho da cabeça**



**Ela é alta, ombros largos, cintura fina, quadris amplos e redondos, dedos afilados, pernas roliças, pés pequenos e seios com a forma de uma pêra invertida. Sua pele é tão branca que chega a ser transparente e, os cabelos, longos e louros. É sólida, firme e branca, tingida de um rubor pálido, redonda, maleável e com formas opostas às do homem (Rousso, 2000)**

**Reforma - ascetismo e predomínio da alma sobre o corpo, abolem-se as questões do desejo e da estética. A mulher é pudica, ascética e moralista. Seu corpo permanece escondido, seus cabelos são arranjados sob a forma de um coque e sua beleza é majestosa e solene com dignidade**



**Contra-reforma francesa - pele branca e maquilagem. Esplendor do império francês, no qual Versalhes espelhava o padrão de beleza e moda de todo o mundo civilizado.**

**Os corpos roliços com covinhas e dobrinhas, realçados por rostos doces e delicados com nariz pequeno, lábios redondos e queixo pontudo. Olhos negros e vivos, pele alva como a porcelana, seios fartos, cinturas delgadas, tornozelos finos e pés pequenos. Os traços já não são necessariamente regulares, mas a mulher precisa ser vivaz e alegre, com um porte de cabeça aprumado, ombros redondos, peito elevado e pequeno, pernas compridas**



**Movimento romântico - influencia nossa cultura, sendo que, até hoje, muitas das características por nós consideradas como óbvias a ele remontam.**

**Mulheres diáfanas e cristalinas, flexíveis e ondulantes, pálidas com longos cabelos escuros, e olhos azuis melancólicos e sonhadores, caracterizando a natureza espectral que caracterizaria a beleza da época ( Branca de Neve, com uma pele "alva como a neve, cabelos negros como as asas do corvo e lábios vermelhos como o sangue?"). Para tal, chegavam a ponto de desmaiar por falta de alimentação.**



**Unificava-se, assim, a dicotomia proveniente da Idade Média, da mulher anjo ou demônio (um bom exemplo desta visão é Karmille, a mulher vampiro descrita por Le Fanu, ou a morte amorosa de T. Gautier).**

**Século XIX - mulher burguesa, bem alimentada, roliça, com costas gordas, ombros caídos, cintura grossa, coxas redondas, pescoços poderosos, braços roliços e com celulite, mãos quadradas, seios generosos (da mãe de família e da mulher honesta). Caracterizam-se, assim, mulheres opulentas e pouco maquiladas (Rousso, 2000)**



**Também são desse momento as anoréxicas santas e místicas, com uma imagem fragilizada de mulheres dependentes do homem, e o apetite sendo visualizado como um "*barômetro da sexualidade*"(Liles, 1999).**

**Século XX - nele se estrutura o fenômeno dos transtornos alimentares, enquanto entidade nosológica psiquiátrica**

**Primeira década do século - alongamento do século anterior, persistindo as silhuetas rechonchudas, redondas e polpudas, embora já com o advento de algumas figuras longilíneas, com rosto frágil e vastas cabeleiras louras emoldurando um rosto delicado**



**Anos 10 - mulher "vamp", sedutora, impiedosa, de pele clara e olhos profundos, posturas lânguidas. Abole-se gradualmente o espartilho, introduzindo-se o "*soutien*" e os vestidos se abrem ( com a finalidade da comodidade e liberdade de movimentos) e diminuem de tamanho ( por uma questão de economia dos anos de guerra) (Chahine, 2000)**

**Anos 20 - mulher mais independente, com cabelos curtos, silhueta andrógina, com "*maillots*" elásticos que comprimiam os quadris e achatavam os seios. A maquiagem passa a ser mais audaciosa, com as peles claras cedendo parte de seu espaço às peles morenas e bronzeadas**



**Anos 30 - mulheres submetidas a regimes de emagrecimento, langorosas, testa debastada com pinça, cabelos claros, sobrancelhas reduzidas e arqueadas, olhos grandes, cílios curvos. Os quadris continuam sendo escondidos com silhuetas longilíneas, cabelos novamente crescidos e ligeiramente ondulados, tez bronzeada e os primeiros óculos escuros (Chahine,2000).**

**Anos 40 -mudança de costumes. As mulheres são magras, com a beleza sendo sinônimo de saúde. Cabelos frisados e com volume aumentado são a coqueluche. São portadoras de pernas longas, coxas grossas e seios generosos (Chahine,2000).**



**Anos 50 - principalmente elegantes. Papeis de esposa e mãe valorizados em contraposição a uma imagem de homens sérios e responsáveis. Silhuetas longas com cintura fina e seios altos e redondos.**

**Como contraposição a essa idéia de seriedade caracteriza-se a figura da "*pin-up*" com pele pálida, bem maquiada, erotizada e sedutora, enquanto uma ameaça às famílias bem constituídas. Mistura-se a sedução com a aparência de ingenuidade que permitem o aparecimento dos mitos Marilyn Monroe e Brigitte Bardot.**



**Anos 60 - Movimento de liberação feminina, movimento estudantil e mudança substancial no pensamento, que culminará com o advento dos anos 60, no quais reinará absoluta a manequim Twiggy, de quem o Paris-Match perguntará "*menino ou menina?*" (Morhrt, 2000), e que será caracterizada pelos olhos acentuados e cílios inferiores bem delineados, ar de boneca, pernas compridas e silhueta andrógina, vestida com uma mini saia, botas e suéter.**



**Final dos anos 60 - movimento hippie, representado com Hair (1969), quebrando tabus e trazendo liberdades sociais não imaginadas anteriormente. Juntamente com o "slogan" "*make love not war*", inicia-se um culto ao corpo, com seios soltos sob as blusas, regimes de emagrecimento e exercícios de musculação.**

**As silhuetas são jovens, com energia, vestindo pantalonas e com cabelos longos e abundantes definindo, de maneira clássica, o "*flower power*" com todo seu culto a liberdade e a natureza. Paralelamente institui-se uma beleza saudável e esportiva que culminará ao final desses anos com o movimento punk e o advento de uma cultura marginal (Mohrt,2000).**



**Década de 80 - supermulher, que cuida excessivamente do visual e de sua aparência**

**É alta, seios altos, pernas compridas, abdome firme e pele bronzeada. É jovem e musculosa, tomando-se assim uma impiedosa concepção para as gordinhas. Sua-se nas salas e academias de ginástica e na alimentação "diet", ambas cansativas e destinadas a manter a mulher dentro de uma estrutura atlética idealizada (Lannelongue,2000). Contrapõe-se ao "yuppie" bem sucedido enquanto artigo de consumo e de representação social, com a aparência do corpo tendo o mesmo valor das canetas *Mont Blanc*, dos telefones celulares ou dos outros sinais observáveis de poder.**



**Anos 90 - volta às lolitas magras, com formas pouco diferenciadas e rosto infantilizado, caracterizando a androginia e uma beleza esfaimada, que caracterizará 'a década. As *garotas-palito* se multiplicarão em um sem número de modelos, apadrinhadas pela mídia preparando o terreno para o sonho da globalização e do minimalismo (Lannelongue,2000) bem representado por Kate Moss, ainda que o estilo atlético, bem encarnado por Madonna nas décadas anteriores, permaneça em voga.**



**Globalização - perdem-se as fronteiras regionais e culturais ficando os estereótipos de tal maneira difundidos que institui-se um padrão global, muitas vezes inconcebível para as regiões nas quais procura ser copiado. "Compra-se" uma aparência da mesma maneira que roupas ou outros acessórios, ficando o corpo definido como mais uma categoria de consumo.**



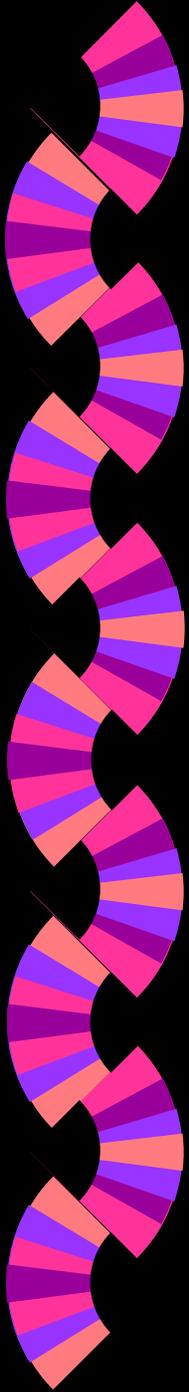
**Sonho da eterna juventude vem à baila com "peelings", "liftings" e outros, facilitando aquilo que alguns chamam de "o dever de ser jovem", bem como as aplicações de silicone em seios e nádegas esculpem um corpo artificial e sexualizado, com finalidade eminentemente consumista.**

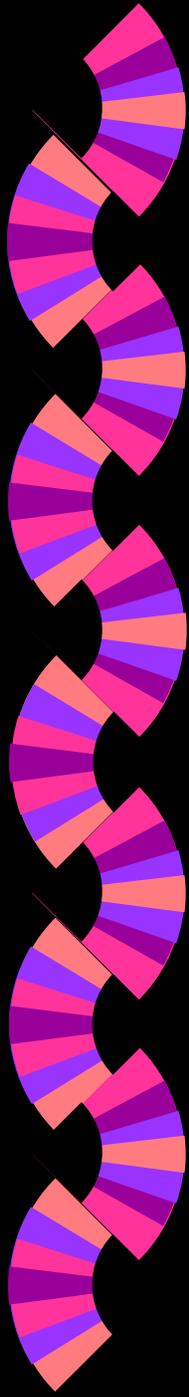
**A silhueta da mulher deve ser esguia, contrastando com os seios e a curva dos quadris que, "modelados por uma saia ou calça justa, atraem os olhares masculinos" (Carnoy;1998)**



**Características físicas masculinas menos demarcadas e incentivadas. O arsenal do mito da beleza ficando embasado na disseminação de milhões de imagens do ideal em voga, essencial por motivos eminentemente econômicos, transformado em virtude social e, em consequência, o valor feminino deixando de ser definido pela domesticidade virtuosa (Wolf; 1992).**

# A questão da Doença...

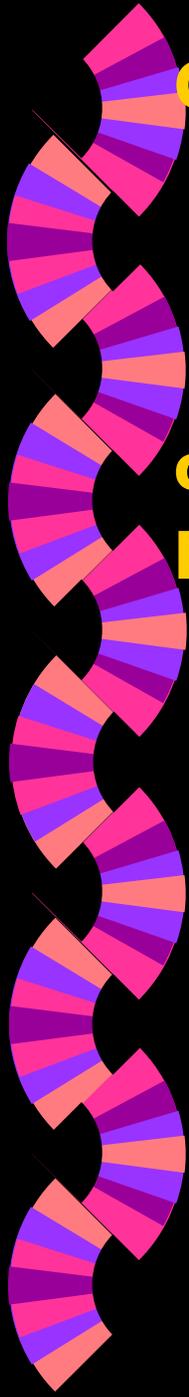




## **CONCEITO**

**Anorexia nervosa (AN) - transtorno do comportamento alimentar caracterizado por limitações dietéticas auto-impostas, padrões bizarros de alimentação, com acentuada perda de peso induzida e mantida pelo paciente, associada a um temor intenso de torna-se obeso.**

**Perda de peso - mais que decorrente da vaidade sendo despida de crítica de maneira que, quanto mais emagrecem mais se sentem gordas, caminhando assim, de maneira inexorável até à "MORTE"!**



## CONCEITO

**Estatísticas otimistas de pacientes tratadas citam cerca de 4% de óbitos, ao passo que as piores referem aproximadamente 30%.**

**Diagnóstico realizado quando há a perda de, ao menos, 15% do peso esperado para idade e estatura, excluindo-se outras patologias clínicas consumptivas bem como outros quadros psiquiátricos de gravidade.**



**"Anorexia" - gr. (*an = sem; orexzk =* desejo ou apetite) designa inapetência, embora vários autores não concordem que nela haja falta de apetite (Bruch, 1975; Ajuriaguerra, 1976); considerando que, as pacientes só deixam de ter apetite quando se encontram extremamente caquéticas, porém nunca nas fases iniciais (Ajuriaguerra, 1976; Bryant-Waugh e cols., 1998)**



**Surgimento se processa no início da adolescência, com dois picos de maior incidência, ao redor de 14 e 16 anos**

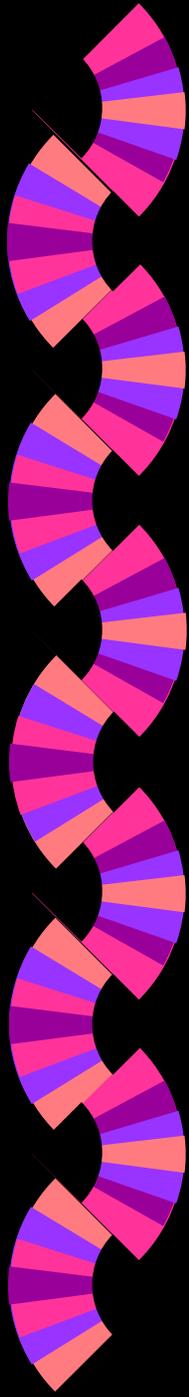
**Início através de recusa alimentar a guloseimas e refrigerantes e, posteriormente, intolerância a gorduras, com quantidades ingeridas ínfimas e seletivas, chegando a ingestão de um só tipo de comida.**

**A par das preocupações constantes com peso, bem como o medo mórbido de engordar, demonstram interesse todo especial pelo valor nutritivo de cada alimento, lendo e estudando a esse respeito.**



**Surgimento dos caracteres sexuais secundários, com o aparecimento das mamas, formas arredondadas e menstruação; confere a essas meninas o "status" de mulher, coisa que inconscientemente rejeitam, o que, para alguns estudiosos, determinaria o início desta patologia na adolescência.**

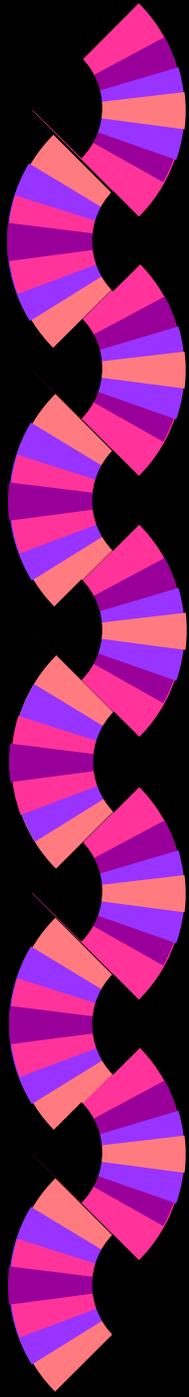
**Primeira descrição - 1691, feita pelo inglês, Richard Morton - jovem de 17 anos, que não se alimentava, com feições cadavéricas, lanugo substituindo os pêlos corporais, bradicardia, hipotermia, hipotensão e extremidades cianóticas sem qualquer afecção orgânica que justificasse o quadro.**



**1790 - Robert Willan relatou a história de um jovem, descrito sob o título de: "Um caso marcante de abstinência", com as mesmas características analisadas anteriormente por Morton.**

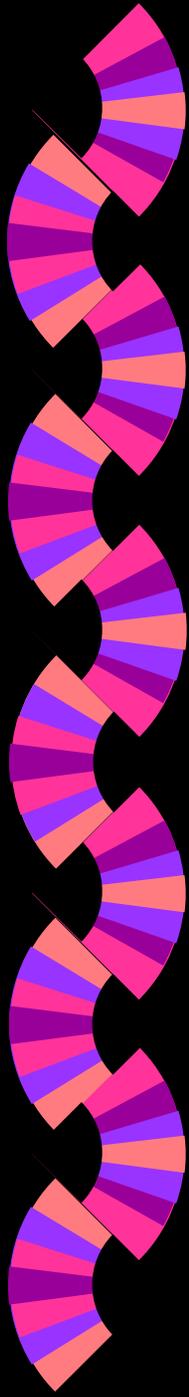
**1859 - L.V Marcé descreve duas jovens com padrões alimentares bizarros durante encontro da Société Médico-Psychologique em Paris, marco no estudo moderno da AN**

**1860 - Marcé publica livro intitulado: "Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments"**



**Lasègue e Gull preferiram ignorar seu trabalho, tomando para si a primazia de descrever a nova entidade mórbida!**

**Os sintomas observados por Marcé - coincidentes com os de Gull e Lasègue, ou seja, as pacientes tinham grande perda de peso, chegando a 50% do esperado em relação à normalidade, pele ressecada, perdas dentárias, hipotermia, amenorréia (sintoma este bastante valorizado atualmente para o diagnóstico do quadro) e altas taxas de mortalidade (observada apenas por Gull).**

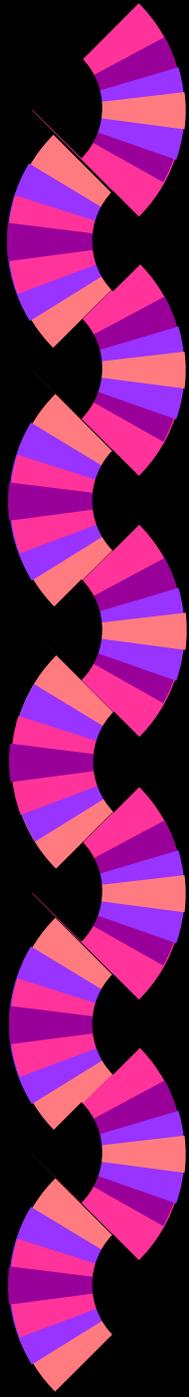


**1868 - William Gull descreve, sob o título de "apepsia histérica", três jovens com idades entre 15 a 23 anos, com extremo emagrecimento atribuindo o quadro a tuberculose latente ou doença mesentérica.**

**1873 - Charles Lasègue descreve quadro semelhante, ressaltando os traços predominantes de linhagem histérica; denominando-o, por esse motivo, "anorexia histérica".**

**1874 - William Gull denomina esses quadros de "anorexia nervosa".**

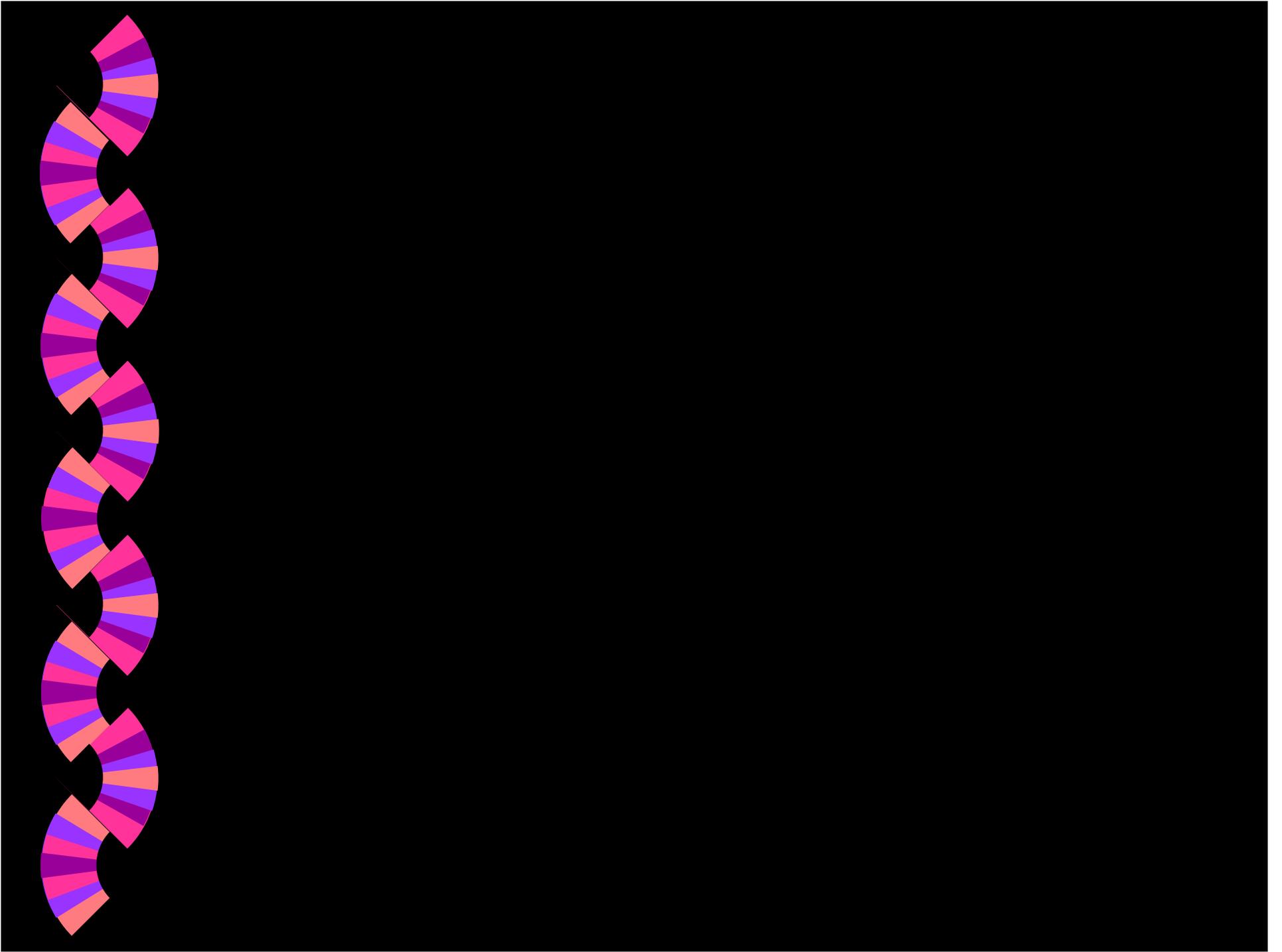
**1895 - Sollier populariza a terminologia "anorexia mental", adotada até hoje na França.**

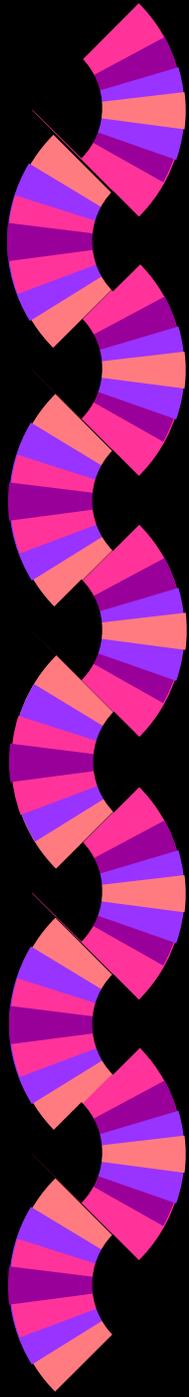


**1914 - com as publicações de Simmonds, sobre a caquexia decorrente da necrose anterior da hipófise, passa-se a enfatizar os aspectos orgânicos da NA**

**1920 - Sante De Sanctis aventa a possibilidade da AN tratar-se de um quadro psicótico de cunho histérico, denominando-a de: "psicose histérica'.**

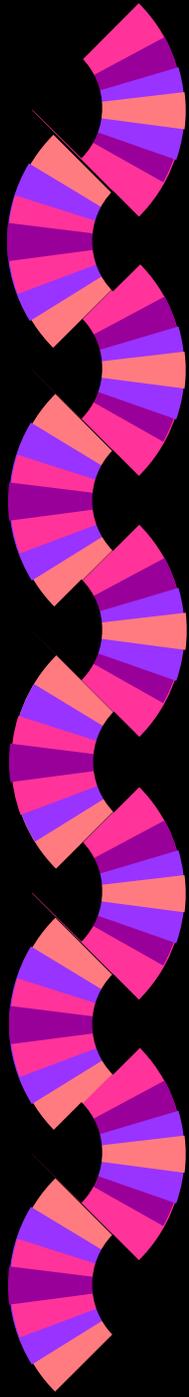
**1975 - Bruch postula que as anoréxicas seriam psicóticas, em função dos distúrbios do esquema corpóreo.**





**1977 - Cantwell e colaboradores sugerem que a AN seja uma doença afetiva; considerando em seu estudo, que 67% de um série de 26 anoréxicas apresentam humor disfórico.**

**1990 - Holden procura correlacionar a AN com distúrbios obsessivos-compulsivos, encontrando fortes evidências genéticas para tal (Hoffman, 1993), e Lask, em 1993, procurara atribuir à AN transtornos metabólicos por déficit de zinco.**

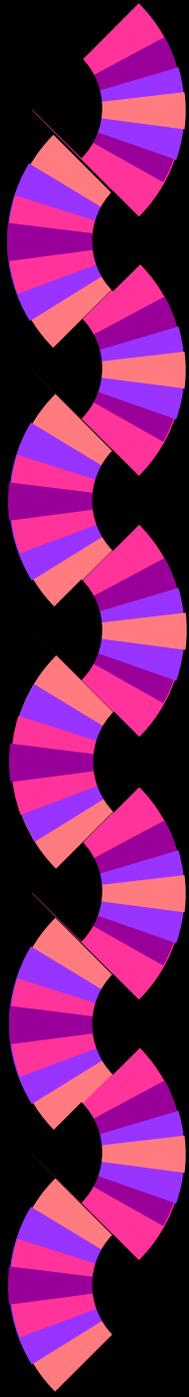


## **Início da Sintomatologia**

**Preferencialmente na puberdade, ocorrendo entre 10 e 30 anos, sendo raras aquelas cujos sintomas principiam fora dessa faixa etária.**

**Para Kaplan (1993) o diagnóstico deve ser revisto e melhor avaliado, quando tal ocorre.**

**Início dos sintomas das anoréxicas surgem em torno de 12-16 anos. Ocorre quase que exclusivamente em mulheres; daí nos referirmos às pacientes anoréxicas quase sempre no feminino, numa proporção de 8-10 mulheres para um homem (Monteiro dos Santos).**



**Alta taxa de mortalidade.**

## **PREVALÊNCIA**

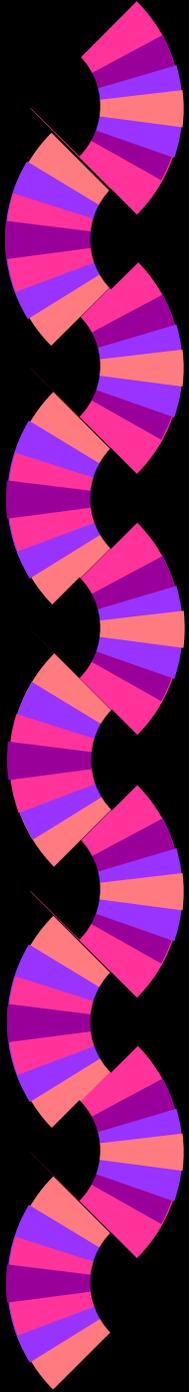
**Ratnasuriya (1991) - 17,5%**

**Ajuriaguerra (1976) - 9,81%**

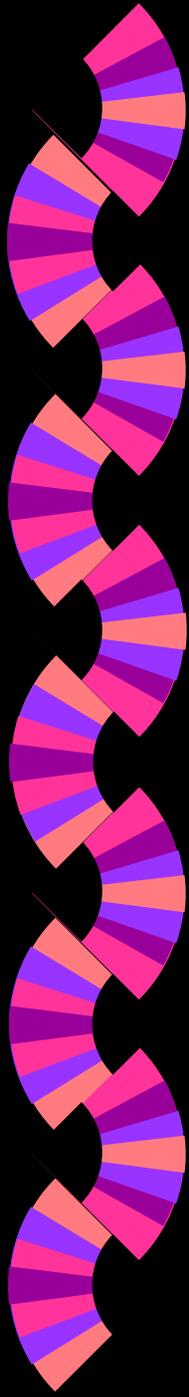
**maioria dos autores - entre 4 a 30%**

**Sintoma mais importante na esfera alimentar**

**Pacientes recusam ingerir alimentos, principalmente os ricos em carboidratos e gorduras (inicialmente carboidratos e posteriormente as gorduras).**



**Sem fases iniciais perda de apetite, só uma luta contra este, mas no decurso da morbilidade ele é abolido.**



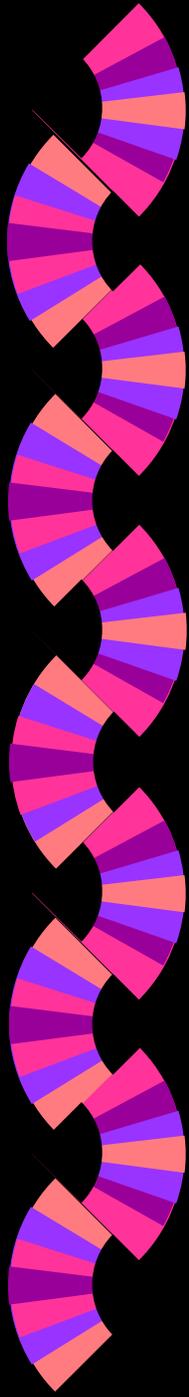
**Normalmente, as pacientes apresentam "apetite caprichoso" de poucos ou até de um único alimento e a perda de peso acaba sendo constatada pelos familiares só muito tempo depois; e embora ingiram quantias de comida muito pequenas, nunca o fazem em lugares públicos ou próximo aos parentes. O tempo de que se utilizam para completarem uma refeição é grande, chegando a levar horas para terminarem a refeição, os alimentos levados à boca ficam sem serem mastigados por vários minutos. São preocupadas com as refeições dos familiares, procurando orientá-los sobre o valor de cada alimento e suas necessidades diárias de consumo; quando questionadas a respeito, dizem estarem atentas a saúde deles, por terem uma alimentação inadequada.**



Fazem de tudo para anularem seu próprio apetite e, conseqüentemente, emagrecerem até mesmo comendo gelo com o objetivo de perderem a fome (McLoughlin;1990) e

Discutível o uso do termo "pica" para o sintoma, pois como bem esclarece Madalena (1982), " ... pica é uma perversão instintiva do apetite-paladar"

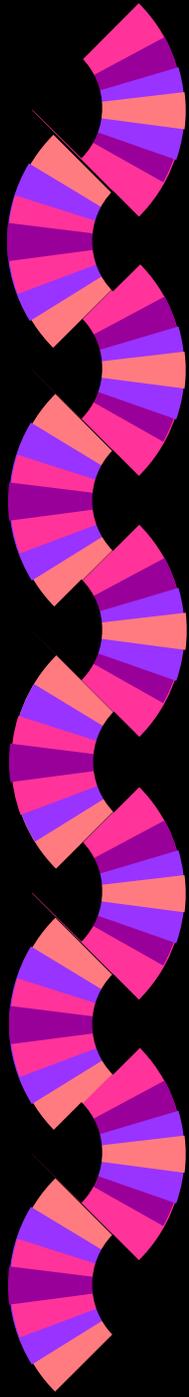
"parapica", que seria, segundo o mesmo autor: " ... desordem do comer secundária a outros quadros ou sem significação patológica" seria mais adequado.



**Flaherty (1990) dividiu a AN em dois subtipos:**

**restritivas: controlam o peso pela ingestão de alimentos de baixas calorias e exercícios excessivos**

**bulímicas: após se alimentarem de grandes quantidades de alimento, provocam vômitos, usam laxantes, diuréticos e anorexígenos para emagrecer.**



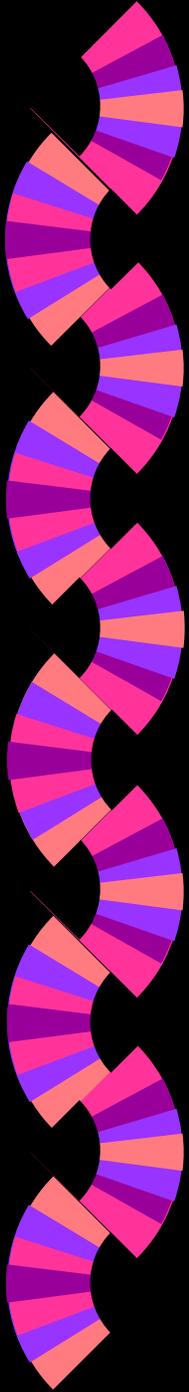
**O que as norteia é o medo intenso e inexplicável de engordar, mesmo se tratando de mulheres emagrecidas ou caquéticas.**

**Quando questionadas a respeito do regime procuram dissimular, não assumindo que realmente o estejam fazendo.**

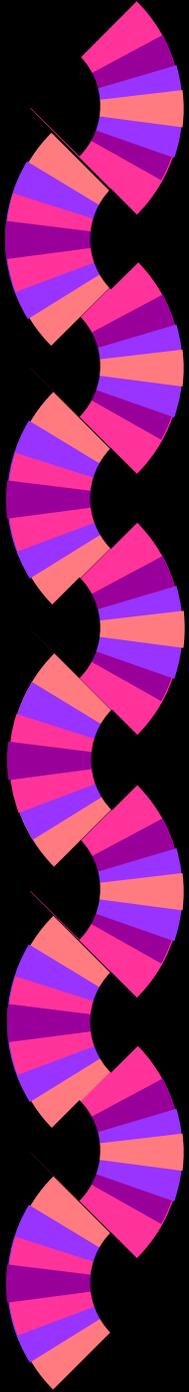
**Pele seca e amarelada, cabelos finos e quebradiços com leve alopecia, aparência envelhecida, apesar de muito jovens.**

**Podem apresentar pilosidade pela pele, o lanugo.**

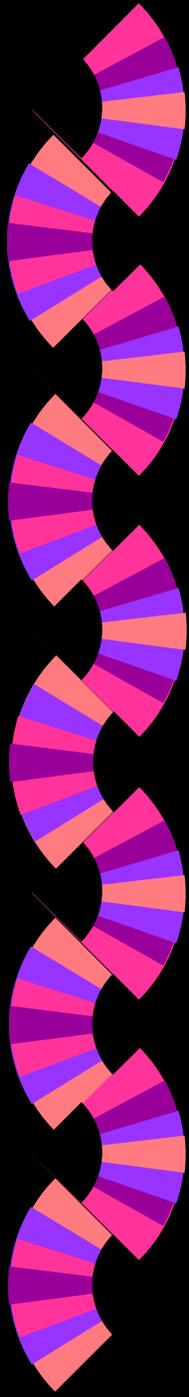
**Interrupção do ciclo menstrual, que muitas vezes ocorre mesmo sem perda significativa de peso (Kaplan; 1993).**



## **ANOREXIA RESTRICTIVA**



# ANOREXIA BULÍMICA

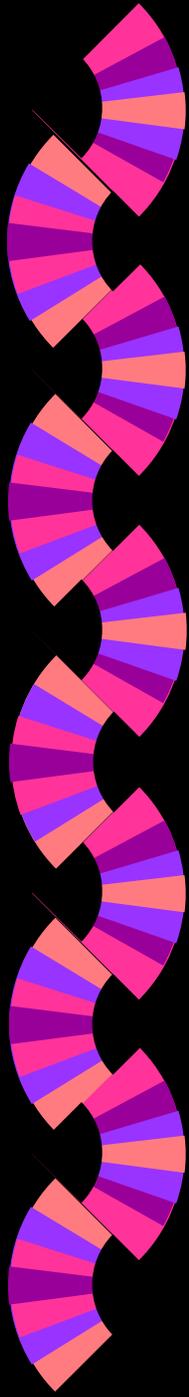


## **Avaliação Laboratorial:**

**1.hipocalemia, que em fases terminais é uma das grandes razões de óbito;**

**2.diminuição do nível sérico de zinco;**

**3.alterações eletrocardiográficas: como nivelamento ou inversão das ondas T, depressão do segmento ST e alongamento do intervalo QT,**

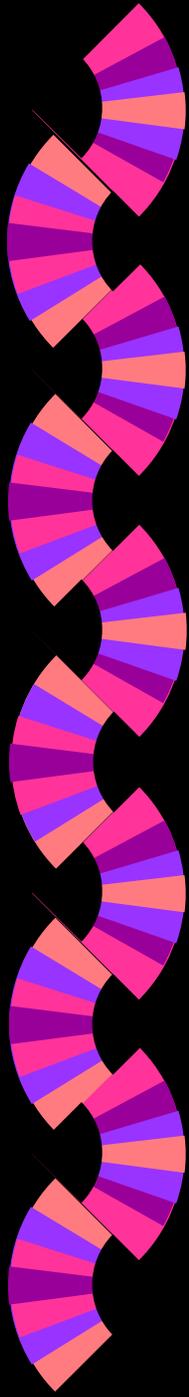


## **Avaliação Laboratorial:**

**4. teste de supressão da dexametasona positivo para quadros depressivos;**

**5. na tomografia computadorizada de encéfalo, constata-se o aumento do espaço entre os sulcos e até atrofia cerebral;**

**6. na densitometria óssea há considerável diminuição da densidade óssea.**

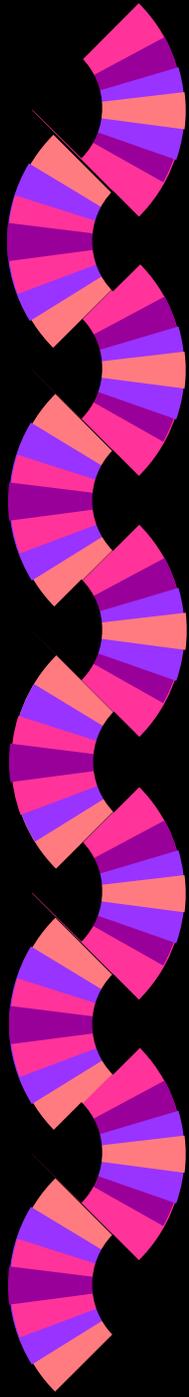


## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O sintoma capital que norteia o diagnóstico para AN é a perda de peso intensa, acompanhada de recusa alimentar sem distúrbios orgânicos.

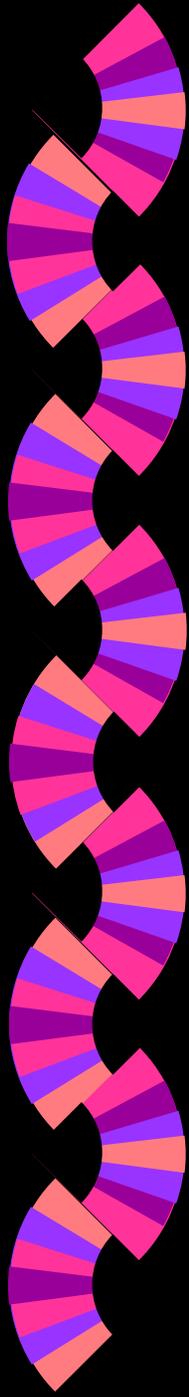
Enfatiza-se a presença de amenorréia; porém, só Lasègue afirmou haver distorção da imagem corpórea.

Parâmetros concernentes à percentagem de peso que se traduziriam em critério para diagnóstico de AN seriam empíricos, com cada serviço ou autor conferindo um valor arbitrário variando entre 15 a 30% do peso corporal esperado para a faixa etária do paciente em questão.



**DSM III incluiu a AN entre as Doenças Mentais em Crianças e Adolescentes caracterizando-a por:**

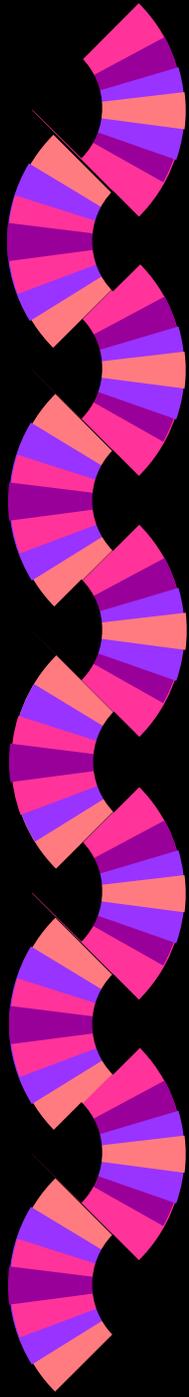
- 1. medo intenso da obesidade;**
- 2. perda de 25% ou mais do peso esperado;**
- 3. distúrbio da imagem corporal;**
- 4. ausência de doenças físicas;**



**DSM-III-R (1989) considera uma margem menor para a perda de peso (15%), em relação a classificação anterior:**

**1 .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;**

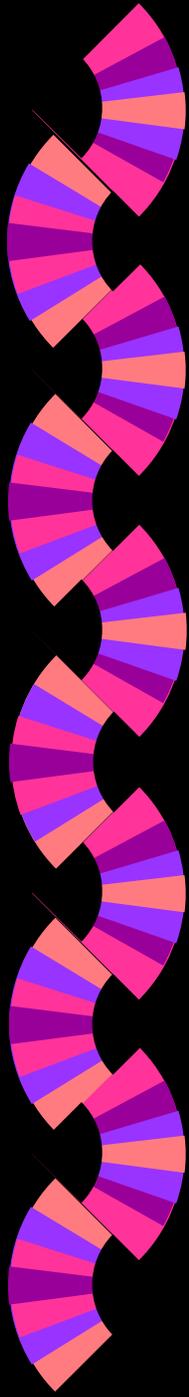
**2.medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior;**



**DSM-III-R (1989) considera uma margem menor para a perda de peso (15%), em relação a classificação anterior:**

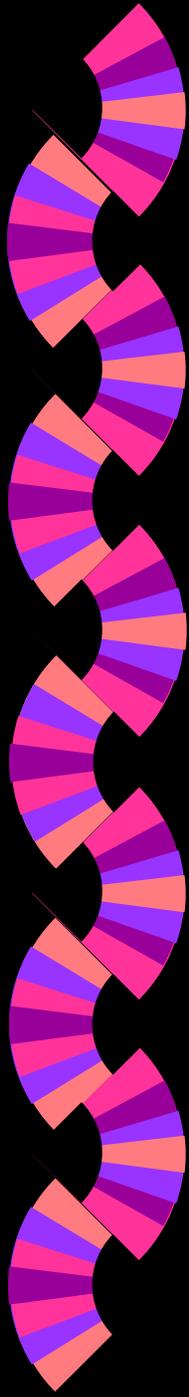
**3. perturbação no modo de vivenciar o peso corporal, tamanho ou forma; por exemplo, a pessoa reclama que “sente-se gorda” mesmo quando obviamente tem peso inferior;**

**4. nas mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário, ou seja, amenorréia primária ou secundária (considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem somente após hormônio administrado, por exemplo, estrógeno).**



**CID IX (1976) incluiu a AN no grupo inespecífico de sintomas ou síndromes especiais, não alocáveis em outra categoria, caracterizando-a por:**

**" ... transtorno no qual as características principais são a recusa ativa e persistente em comer e a acentuada perda de peso. O nível de atividade e prontidão é particularmente elevado em relação ao grau de emagrecimento. O transtorno inicia-se tipicamente em moças adolescentes, mas pode às vezes ter início antes da puberdade, ocorrendo raramente nos homens. A amenorréia é comum e pode haver uma variedade de outras alterações fisiológicas, que incluem pulso e respiração lentos, temperatura corporal baixa e edema correlato. As atitudes em relação ao alimento são típicas e, por vezes, a inanição segue ou se alterna com períodos de comer excessivo. Os sintomas psiquiátricos são diversos. "**



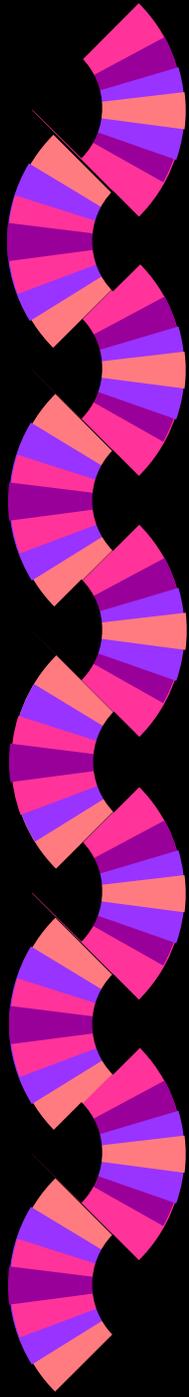
**CID X (1993) corrige esta falha e traz instrumento específico de avaliação, representado pelo índice de massa corporal de Quetelet, correspondente a relação entre peso do indivíduo e o quadrado de sua altura (IMC=peso/alt. x alt.) recomendando que para um diagnóstico definitivo, ocorram todos os critérios abaixo descritos:**

**1. o peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice da massa corporal de Quetelet em 17,5Kg/m<sup>2</sup> ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento:**

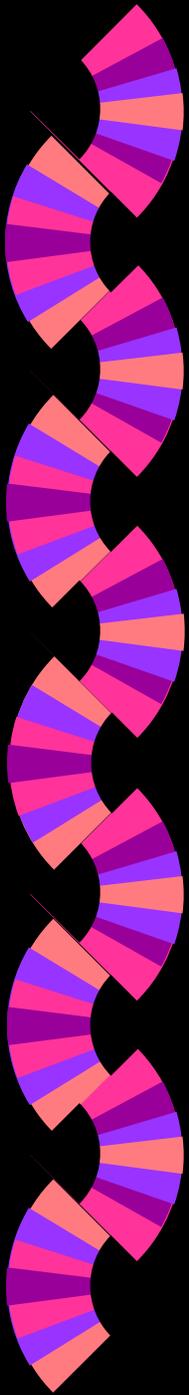


**2. a perda de peso é auto-induzida por abstenção de "alimentos que engordam" e um ou mais que se segue: vômitos autoinduzidos; purgação auto-induzida; exercícios excessivos; uso de anorexígenos e/ou diuréticos;**

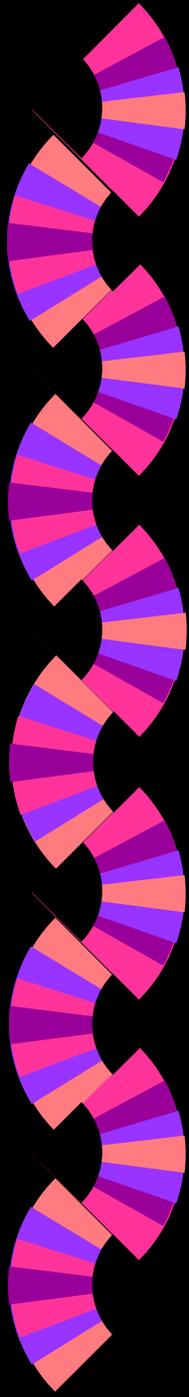
**3. há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorizada e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio;**



**4. um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda de interesse e potência sexual (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode haver também níveis elevados de hormônio do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoidiano e anormalidades na secreção de insulina;**



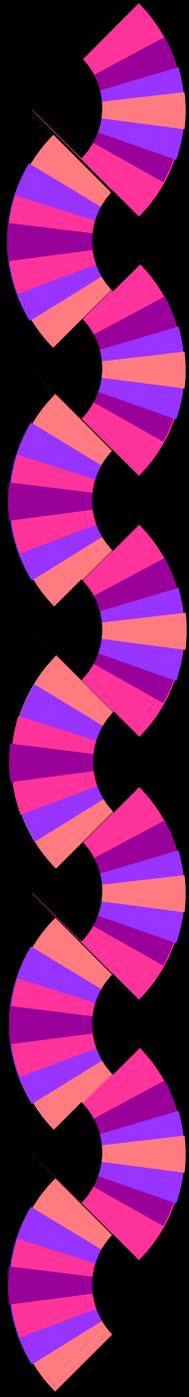
**5. se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.**



## **Diagnóstico diferencial**

**AN é um quadro psiquiátrico primário, devendo ser afastado de outros que provocam inapetência e caquexia (psicoses e os quadros depressivos da infância e da adolescência), assim como as toxicofilias que secundariamente ocasionam desnutrição.**

**Também patologias consumptivas como a tuberculose, de tireóide (em função de alterações de pulso e pressão) e diabetes mellitus.**



## **Diagnóstico diferencial**

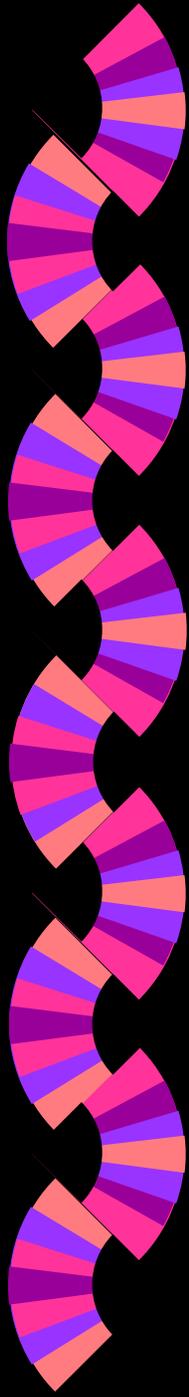
**Síndromes hipofisárias - hipotalâmicas, como a de Sheehan (acometendo principalmente mulheres após parto), a de Simmonds e a poliesclerose glandular de Faltà.**

**Tumores virilizantes da adrenal produzem amenorréia, porém a perda de peso nem sempre é encontrada e em contraposição, as anoréxicas não têm virilização.**



**Síndrome de Stein-Leventhal, pode ser causa de amenorréia, além de hirsutismo, acne, testosterona plasmática aumentada e ovário policístico, mas sem perda de peso.**

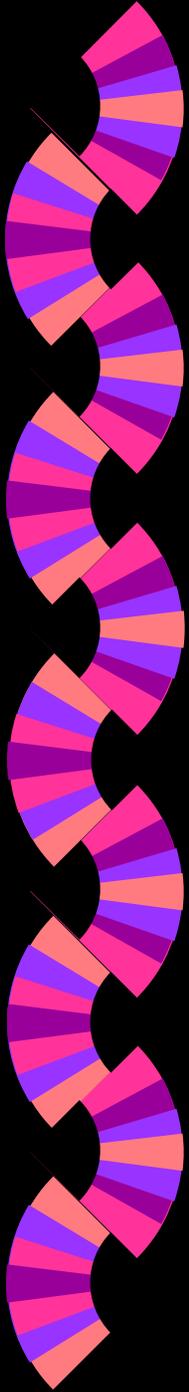
**Doença de Crohn (quadro de enterite) também pode ser confundida com a AN, embora a diarreia presente nas anoréxicas se deva ao uso abusivo de laxantes e dietas ricas em celulose.**



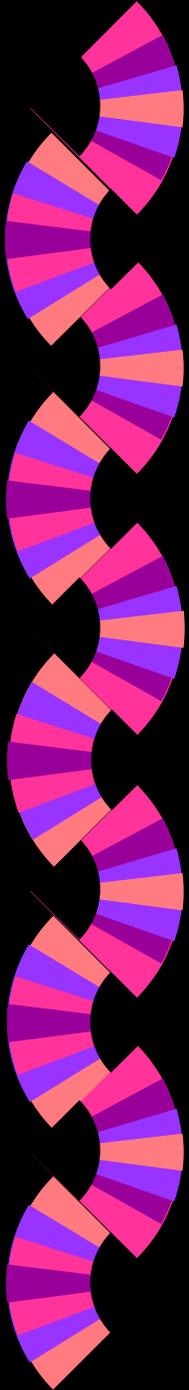
**Flaherty (1990) - 50% das pacientes de AN talvez também reunam os critérios para bulimia nervosa (BN)**

**Primeira descrição de BN feita por Russel (1979) na década de 70, e segundo critérios do DSM III-R, ela se caracteriza por:**

**1 - episódios de voracidade recorrentes (rápido consumo de uma grande quantidade de alimento em um período limitado de tempo);**



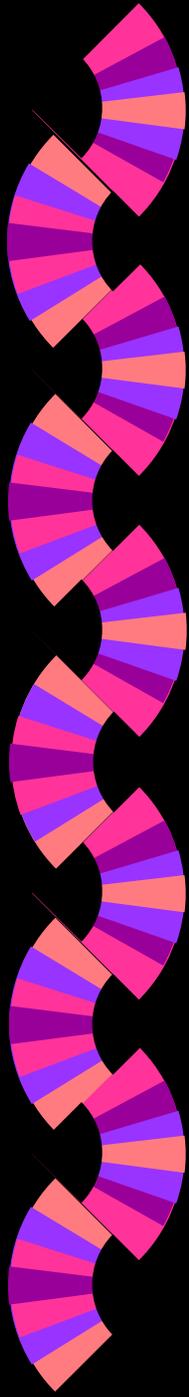
- 2. sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante episódios de voracidade;**
- 3. empenho da pessoa ou em vômitos auto-induzidos, uso de laxativos ou diuréticos, dieta restritiva ou jejum, ou exercícios vigorosos para prevenir o aumento de peso;**



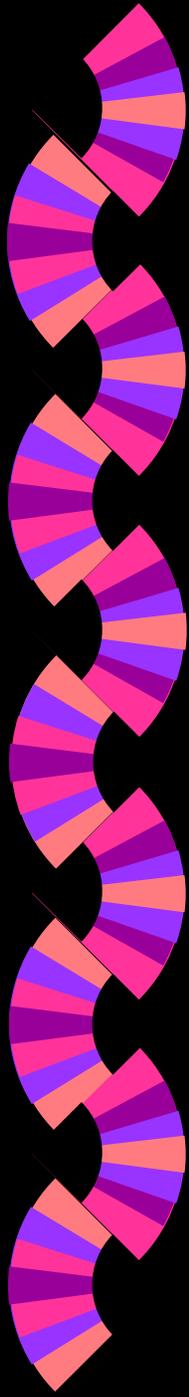
- 4. média de no mínimo dois episódios bulímicos por semana durante pelo menos três meses;**
- 5. preocupação excessiva persistente com a forma do corpo e o peso.**



**Orgias alimentares (ingestão de grandes quantias de comida, das mais variadas possíveis, sem separar doces de salgados, tudo em um só tempo), acompanhadas de um sentimento de falta de controle; os vômitos auto-induzidos, uso de laxantes, diuréticos, regimes rígidos, jejum, exercícios físicos intensos e preocupação constante com a forma e peso do corpo são características da BN.**



**Hábitos alimentares de anoréxicas e bulímicas são distintos, mas ocorrem coincidências inusitadas, como por exemplo, eventuais episódios de hiperfagia na AN que simulariam a BN. O apetite caprichoso da AN não é encontrado na BN, além de as anoréxicas se alimentarem em quantidades ínfimas ou quase não o fazerem. As bulímicas consideram vergonhoso seu hábito alimentar, ao contrário das anoréxicas que o consideram normal.**

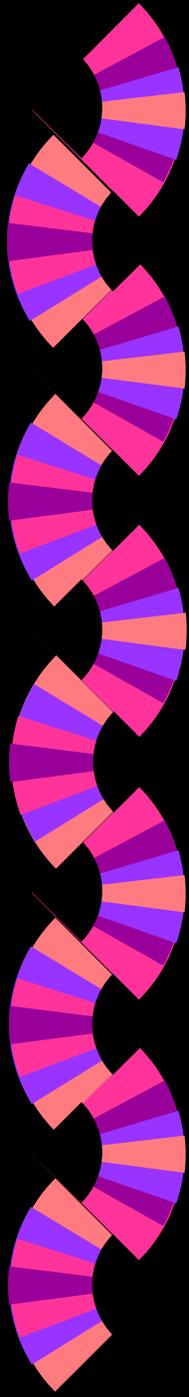


**Vômitos, presentes na BN, nem sempre acometem as anoréxicas, referindo-se cifras em torno de 50% (Flaherty, 1990) até 30% (Goldbloom, 1990).**

**Aparecimento da BN é mais tardio que a AN, indo dos últimos anos da adolescência até os 40 anos de idade. Anoréxicas - aparência envelhecida, caquética, cabelo ralo e quebradiço, presença de lanugo**



**Bulímicas - fácies de lua cheia (hipertrofia da paratireóide, provocada pelos vômitos constantes), lesão da pele do dorso da mão, causada pelo seu atrito faríngeo para estimular o reflexo do vômito e o desgaste dentário, com presença de cáries, em razão do suco gástrico freqüentemente regurgitado. A amenorréia, presente na AN, nem sempre ocorre na BN, que pode ter um ciclo menstrual normal.**



## **Epidemiologia**

**Acomete basicamente o sexo feminino  
razão de 10 a 20 vezes mais que o sexo  
masculino.**

**Início dos primeiros sintomas dá-se de  
forma bimodal: 13-14 e 17-18 anos.**

**As mulheres brancas, ocidentais, de  
classes socioeconômicas média-alta e  
alta têm incidência maior que as demais.**

**É rara na Ásia, países árabes e África,  
sendo pouquíssimos os casos descritos;  
atribuindo-se ao fato de que esses povos  
não valorizam a silhueta esguia das  
mulheres (Bhadrinath; 1990).**



**Incidência vêm aumentando muito nos últimos anos.**

**Prevalência de pacientes tratadas no Monroe County, Nova Iorque, de 1960 a 1969 era de 0,35/100.000 habitantes, passando para 0,64/100.000 de 1970 a 1976. Na Suíça, de 1950 a 1970 ela foi 0.38 a 1.12/100.000.**

**De 1983 a 1985 a prevalência passou para 1,43/100.000, pouco crescendo em relação à anterior, sem significado estatístico (Willi;1990).**



**Dinamarca ( Moller-Madsen, (1992), a incidência da AN era 0,42/ 100.000, em 1970, passou para 1,36/100.000, em 1988. 0,37 e 4,06/100.000 em casos registrados na Grã-Bretanha e Estados Unidos (Szmukler;1985)**

**Estados Unidos e Europa Ocidental - crescimento da AN foi 10 vezes maior em 30 anos, ou seja, em 1950 era de 0,05/100.000 e em 1980 de 0.5/100.000. (Lucas;1991)**



**Comunidade de Rochester (EUA) - para uma população escolar de 15-19 anos, entre 1980/1984, a incidência de 0,48% de AN (meninas) é 11,6 vezes mais freqüente no sexo feminino, em relação ao masculino (Lucas;1991)**

**Göteborg (Suécia) - população de 15 anos de idade - 0,84% para mulheres e 0,09% para homens (Råstam; 1985)**

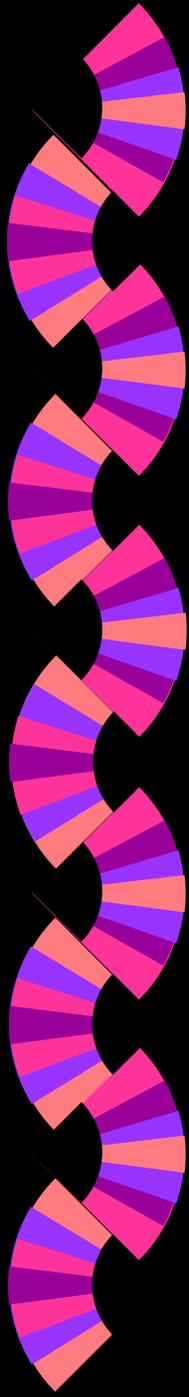


**Ilha de São Miguel, Açores - estudantes de 15-17 anos - AN em 0,48% (0,76% mulheres e 0,17% homens) (Azevedo ;1987)**

**Para grupos de risco (adolescentes de classe socioeconômica alta) - número de anoréxicas é em torno de 1 % ( Mansfield;1989)**

**A maior parte das anoréxicas encontra-se em classes sociais mais elevadas, como seguem nos percentuais por ele verificados (Willi; 1990) :**

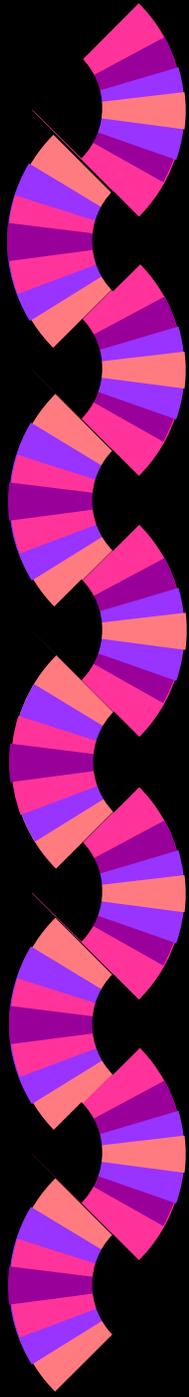
<b>1956-1958</b>	<b>50%</b>
<b>1963-1965</b>	<b>71%</b>
<b>1973-1975</b>	<b>74%</b>
<b>1983-1985</b>	<b>79%.</b>



**Crisp (1976) estudou nove populações de escolares na Inglaterra, entre 1972-1974, encontrando um maior número de anoréxicas aos 16 anos de idade, e frequência de 1% de AN em escolas particulares e 1/300 nas estatais.**

**Os autores, de um modo geral, chamam a atenção para a grande incidência de AN nas escolas de dança (balé) e entre manequins, em torno de 1 a 4%.**

**Outra constatação verificada por vários pesquisadores foi a de anoréxicas possuírem um nível intelectual acima da média.**

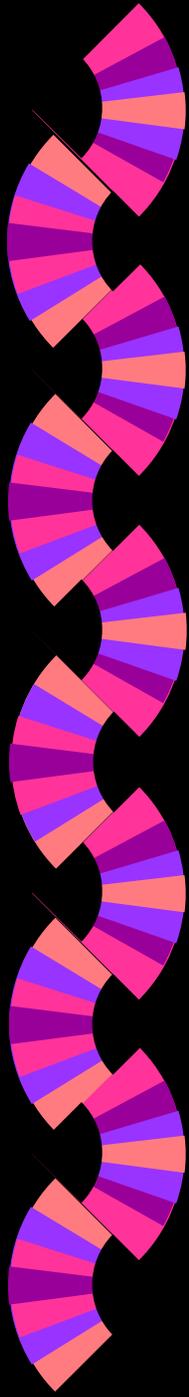


## Genética

**Marcé (1860) - possibilidade de hereditariedade para a AN.**

**Primeiro estudo genético - Cershon (1983), 99 parentes em primeiro grau de 24 anoréxicas probandas e 265 parentes de primeiro grau de um grupo-controle normal.**

**Resultado - 2 % das parentes eram também anoréxicas contra nenhuma do grupo-controle (na BN encontrou 4,4% e 1,3%, respectivamente).**



## Genética

**Strober (1991) - 387 parentes em primeiro grau de 97 anoréxicas e 700 parentes em primeiro grau de grupo-controle normal - 4,1 % de AN no primeiro grupo (porcentagem menor para BN - 2,6 %).**

**Kassett (1989) - bulímicas - 2,2 % das parentes em primeiro grau eram anoréxicas 185 parentes em primeiro grau de 40 bulímicas - nenhum caso de AN no grupo-controle.**



**Incidência de AN - 30 gêmeas (16MZ e 14DZ)**

**MZ - concordância de 55 %**

**DZ - 7% (Holland;1984)**

**45 gêmeas (25mz e 20DZ)**

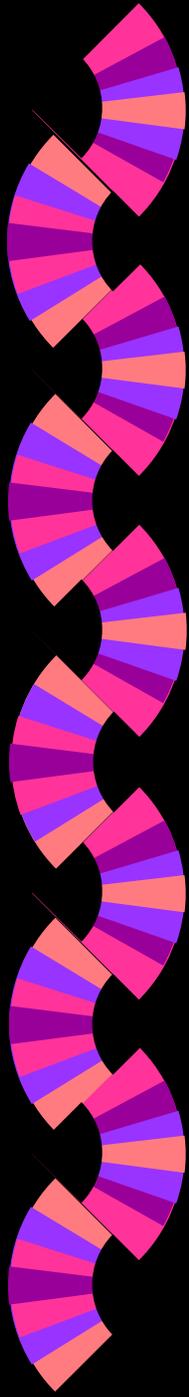
**MZ - concordância de 56%**

**DZ - 5% (Holland, 1988).**

**Possibilidade de uma etiologia genética para a NA**

**Aspectos familiares e ambientais - forte correlação entre AN e Depressão Maior (Bulik, 1998)**

**Associação entre AN e transtornos afetivos mono e bipolares refutada por Strober, alguns autores (Fairburn, 1990; Herzog, 1985) citem de 7 a 22% de concordância.**

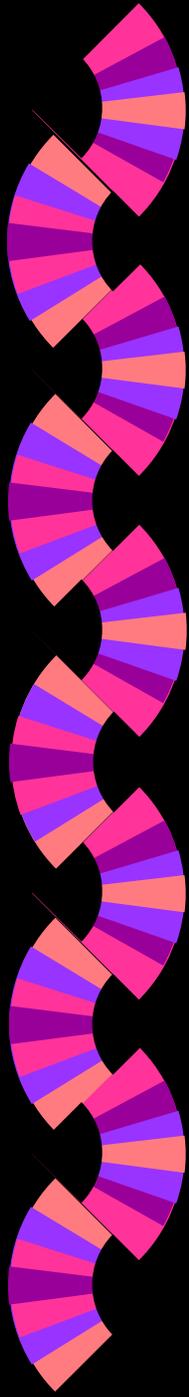


## Imagem corpórea

*A imagem do corpo é a cada momento memória inconsciente de toda vivência externa e, ao mesmo tempo, é atual, viva, achando-se em situação dinâmica, narcísica e inter-relacional*

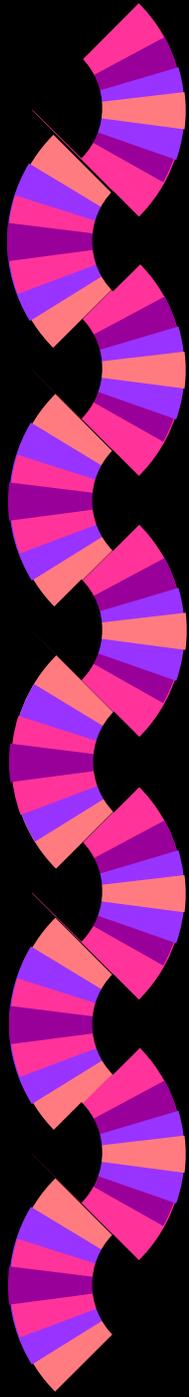
*Françoise Dolto*

**"Peter Pan"- James M. Barrie, "o menino que não podia crescer" (Darton, 1974) - Lurie (1990) e Darton (1974) retratam que ele seria um anoréxico.**



**Peter Pan confirma-se ao ser uma eterna criança, de maneira similar às anoréxicas em sua luta para perder peso e os caracteres sexuais secundários na manutenção da forma e da identidade infantil.**

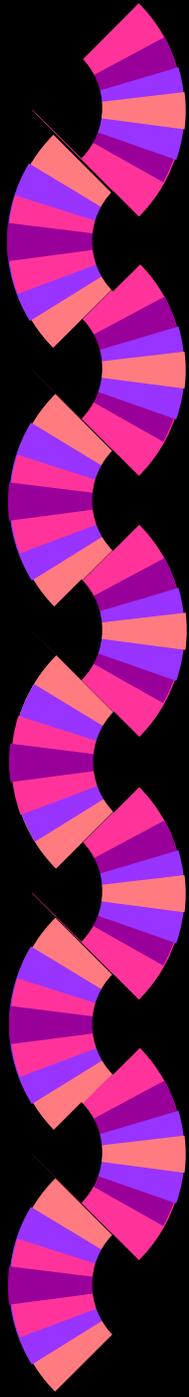
**Quando começa a haver a remissão do quadro, com o peso ainda baixo tendendo à normalização com o retorno do ciclo menstrual, as pacientes externam um medo muito grande da observação e crítica das pessoas com relação a seu corpo; sendo tal fenômeno intitulado "dismorfofobia"  
(Sturmey;1986)**



## **Família**

**Traço marcante - falta de limites entre os membros que a compõem, não se respeitando a identidade individual (Heron; 1984)**

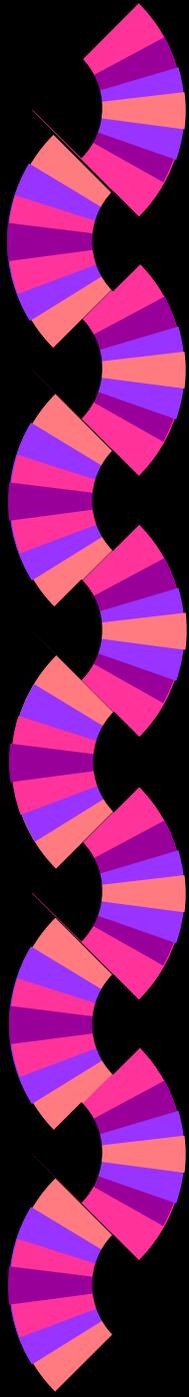
**Lares de excelentes condições econômicas, com características peculiares de tendências perfeccionistas: preocupações estéticas e padrões alimentares. Porém, quanto ao último item assinalado, impõem-se regras e pseudoconceitos nutricionais, não coincidindo com as reais necessidades do indivíduo.**



## **Família**

**A mãe, normalmente ligada a atividades profissionais de livre iniciativa, de grande capacidade laborativa, tem dentro de sua casa uma presença marcante, procurando ter controle total de tudo e todos (de maneira discreta) e dirigindo suas preocupações à aparência física, no concernente à beleza.**

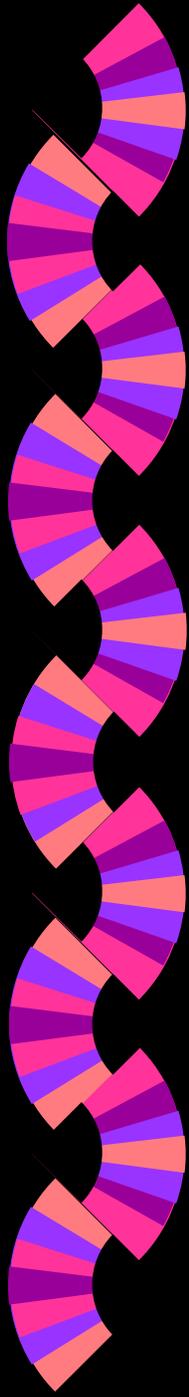
**(Ajuriaguerra; 1976)**



**Mãe desempenha papel castrador, inibindo sua filha de adquirir sua identidade.**

**Pai é, em regra, pessoa bem-sucedida profissionalmente, porém com participação afetiva muito discreta ou mesmo ausente no âmago familiar (Bruch; 1975) . Quando seus familiares necessitam de ajuda no âmbito emocional, permanece sempre na superficialidade.**

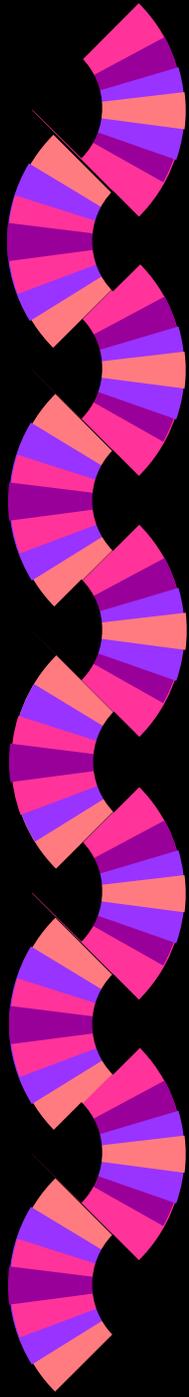
**O fato do pai participar de aventuras extraconjugais, frustra a mãe, que procura em sua filha uma aliada contra seu cônjuge (Bleuler; 1971)**



## **Psicodinâmica**

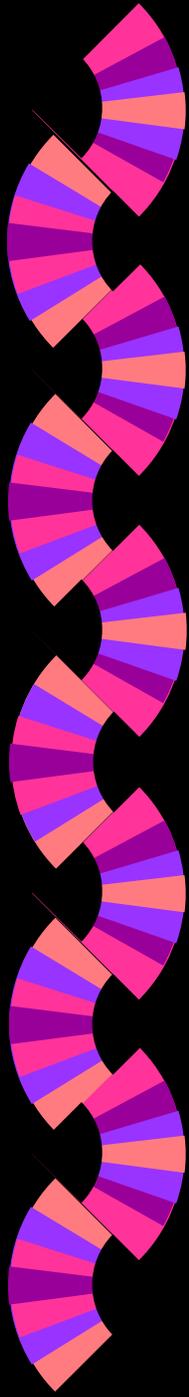
**Na AN seria como se o corpo não pertencesse *ao Ser das anoréxicas* e sim a seus pais, não tendo individualidade própria.**

**Ao atingirem a adolescência com essa total falta de controle sobre seu próprio corpo, surgiria um sentimento de revolta à procura *do sexo* (Cabbard;1992)**



## **Psicodinâmica**

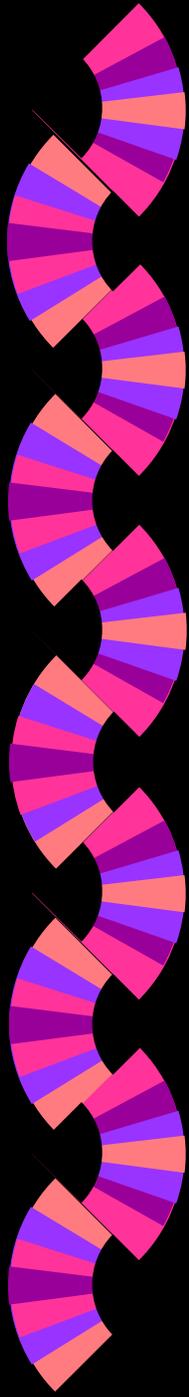
**Pode ser considerada como uma tentativa de autocura pois, através de dietas e abstinência alimentar, as anoréxicas tentariam conseguir ter total domínio de si mesmas, e, com isso, transferir todas as suas ansiedades e seus problemas psicológicos ao comer e ao peso (Bruch; 1975)**



**Mãe estabeleceria um vínculo bastante patológico com a filha, procurando atender apenas às suas necessidades, e com isso, a criança não seria percebida como um ser autônomo, mas apenas uma extensão de sua progenitora.**

**Nos transtornos psicossomáticos há uma "apersonalização" da criança (Sperling; 1944)**

**Através da inalação, as anoréxicas poderiam conseguir seu intento, ou seja, serem admiradas e valorizadas por seus próprios méritos, enfim, conquistarem sua individualidade (Bruch; 1975)**



**Cabbard (1992) resume o entendimento psicodinâmico da AN em seis itens:**

**1 . uma tentativa desesperada da anoréxica de ser única e especial;**

**2.uma ataque ao falso sentido do ser incentivado pelas expectativas dos pais;**

**3.uma afirmação de um ser verdadeiro nascente;**

**4.um ataque ao introjeto maternal hostil, visto como equivalente ao corpo;**



**5.uma defesa contra a voracidade e o desejo- e**

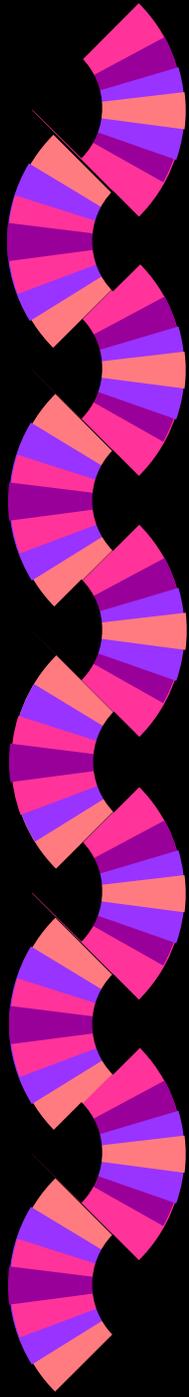
**6.um esforço para fazer com que os outros se sintam ávidos e desamparados no lugar da paciente.**

**Negação da figura feminina adulta e temor de assumir todos os papéis concernentes à mesma, inclusive a gravidez, que é combatida freneticamente com a recusa alimentar. Com isso, evitam a presença de ingestos na barriga e o aumento da mesma, evitando, dessa forma, possíveis semelhanças físicas (Ajuriaguerra; 1976)**



**Tentativa das anoréxicas em tomar a conformação física de mulher adulta através de emagrecimento intenso, fazendo com que não apresentem os contornos arredondados do corpo feminino, ausência de mamas, permanecendo como seres assexuados, crianças (Schulte; 1981)**

**Conflitos existentes entre mãe e filha mobilizam a anoréxica não introjetar a figura feminina adulta (mãe), que é vista como negativa não desejável.**



## **ETIOLOGIA**

**Fatores psicológicos e sócio-culturais influem**

**Populações de estudantes, na faixa etária de 6 aos 21anos, relataram haver em quaisquer das idades assinaladas preocupações quanto ao peso e medo de engordar, prevalecendo o conceito de beleza, de um corpo mais esguio, em consonância aos dados apresentados no tocante ao aumento da incidência da AN nos últimos anos (VELDE,1985; OHTARA,1993)**

**A conversão de conflito emocional em sintoma físico seria a hipótese mais plausível para explicar a NA, estabelecendo uma correlação entre personalidade de tipo histérico com o quadro subjacente sendo considerado com características similares a uma Neurose de Conversão (MATARAZZO;1992)**



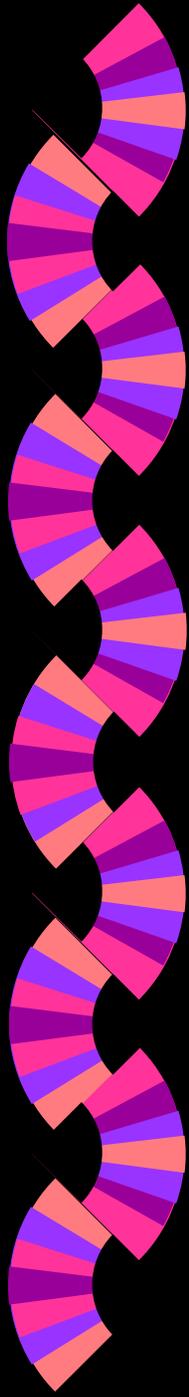
**Correlação da AN com as personalidades obsessivas ou anancásticas em função face as características de ordem, disciplina, rigidez, inflexibilidade(HAMILTON, 1985)**

**Frequência alta para traços obsessivos na AN  
50% (KAY & LEIGH, 1954)**

**60% ( NORRIS, 1979)**

**presença das características em quase a totalidade das mesmas, tanto antes da eclosão como na vigência da AN.**

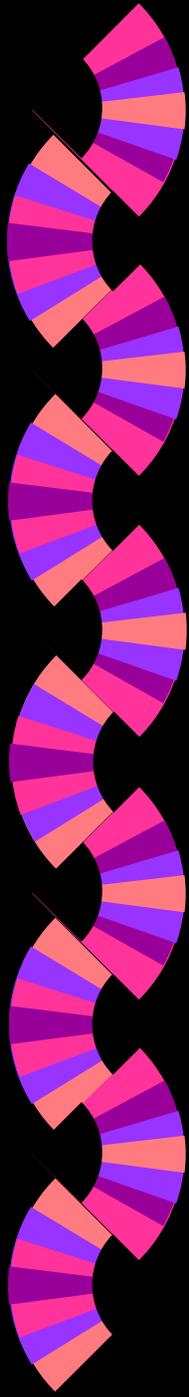
**Encontramos rituais, ditos obsessivos, enquanto as pacientes permanecem com pesos muito baixos; em consequência, a elevação desse a níveis normais, ocasiona o desaparecimento dos sintomas (STEINBERG, 1987)**



## Terapêutica

**Flaherty (1990) alerta para a internação hospitalar como o primeiro problema a ser enfrentado no tratamento da NA. Normalmente a paciente é levada a tratamento quando já se encontra em condições físicas precárias, determinante maior para o tratamento hospitalar, face aos riscos de mortalidade. Estabelece assim os seguintes critérios para essa decisão:**

- a) rápida perda de peso, maior do que 30% ao longo de seis meses;**
- b) severa perda de energia;**
- c) hipocalemia ou alterações eletrocardiográficas.**

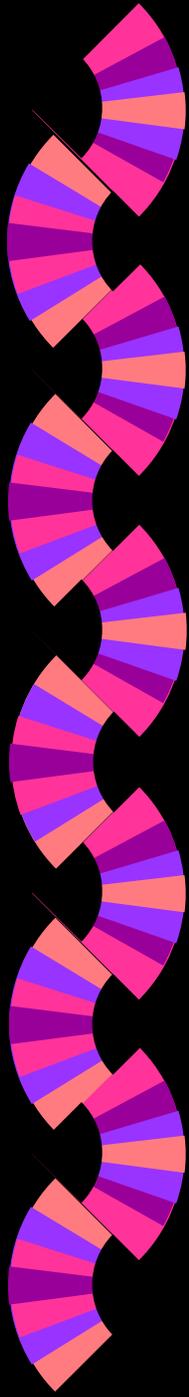


**Moley e Schlange (1984), propõe cinco principais categorias:**

**1) tratamento em regime de hospitalização com a instalação de vigorosos cuidados de enfermagem, administrando dieta hipercalórica, mesmo contra a vontade da paciente, caso se faça necessário.**

**Durante esse período de internação, devem ser mantidos ou iniciados os demais tratamentos, a saber:**

**2) técnicas comportamentais e cognitivas têm sido incorporadas em muitos programas atuais, se não em todos. Para a AN as mais empregadas são a exposição, prevenção de resposta, intenção paradoxal e reestruturação cognitiva;**



**3) psicoterapia individual considerando-se que dado o fato de que a psicoterapia clássica interpretativa, orientada para o *insight*, vem se mostrando inefetiva, uma abordagem psicoterápica mais ativa, incluindo aspectos educacionais e uma postura mais diretiva, deve ser empregada (Bruch;1975);**

**4) psicoterapia familiar para indivíduos que ainda vivem em seu núcleo familiar e cujos conflitos familiares sejam um importante fator precipitante. Para pacientes casadas, esse recurso é obrigatório, uma vez que são mais velhas, o que por si só piora o prognóstico;**

**5) psicofarmacoterapia. Hoffman (1993) preconiza o uso de medicamentos associados a tratamentos psicológicos, mas faz a ressalva de não haverem estudos controles bem-feitos quanto à confiabilidade de cada tratamento isoladamente, o que obviamente é dificultado pela gravidade da patologia.**



## **PSICOFARMACOTERAPIA**

**Clorpromazina - 300-800mg diários associado a insulinoaterapia, com 20-100 unidades pela manhã e repouso absoluto (Slater; 1978)**

### **Antidepressivos -**

**Amitriptilina - 50-100mg (Eckert; 1986)**

**Clomipramina - 50-250mg/ dia**

**Maprotilina - 25-100mg/dia**

**Trazodona - não mostrou boa resposta terapêutica**

**Fluoxetina - 20-40mg/dia (Kaye;1991)**



**Ciproheptadina (hidroclorato de ciproheptadina) - 12-28mg/dia  
(Hoffman; 1993)**

**Insulinoterapia (Dally; 1966)**

**Eletroconvulsoterapia - ansiedade, humor e apetite  
Neuro-cirurgias (leucotomia modificada)**

## **PROSPECÇÃO**

**Remissão total do quadro em 40% delas, melhoria em 30% e sequelas ou cronificação também em 30%. Do total, 50% voltaram a ter peso e ciclo menstrual normais (GARFINKEL, 1982)**

**36% que podiam ser consideradas bem sob o ponto de vista, peso e menstruação; 36% que se mostravam regulares e 26% ruins, das quais 2% chegaram a óbito (HALL, 1984)**

**Evolução positiva em 18 crianças (60%), evolução de moderada a ruim em 10 (33,3%) e 2 óbitos (6,66%) (BRYANT-WAUGH, 1988)**

**80% delas voltaram a ter menstruação; peso oscilava entre 83,8%-96.8% do ideal esperado (KREIPE, 1989)**



**41 pacientes (38 mulheres e 3 homens) durante um período de 18-20 anos, os dividindo em 5 categorias:**

**1) Bom (peso e ciclo menstrual normais) - 12 (30%)**

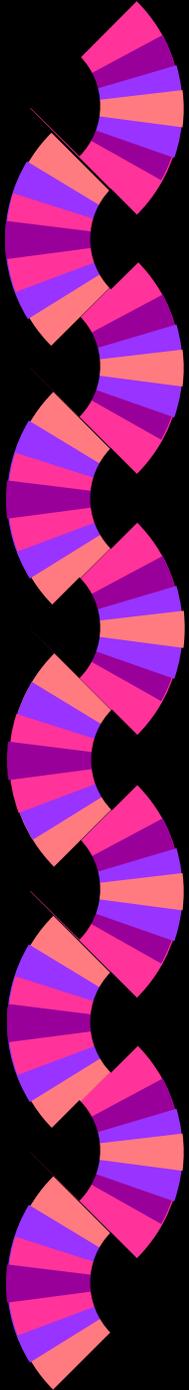
**2) Regular (peso menor e menstruação irregular)- 13(32,5%)**

**3) Ruim (cronificação da AN).....- 08(20%)**

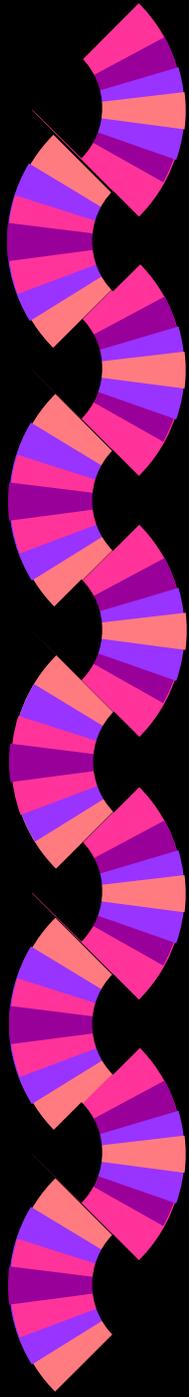
**4) Óbitos.....- 07(17,5%)**

**(RATNASURIYA, 1991)**

**15 anoréxicas com traços depressivos e 19 se encontravam em tratamento psiquiátrico (10 por transtornos alimentares, 5 por depressão menor e 1 por Psicose maníaco depressiva)**



**HAM (1994) em 4 anos de acompanhamento de 25 anoréxicas e 24 bulímicas bastante jovens ( 12-21 anos), média de idade de 16 anos, observou que 47% tiveram boa evolução, 43% regular e 10% ruim e sómente em 2 dos 25 casos (8%) com AN, encontrou BN**

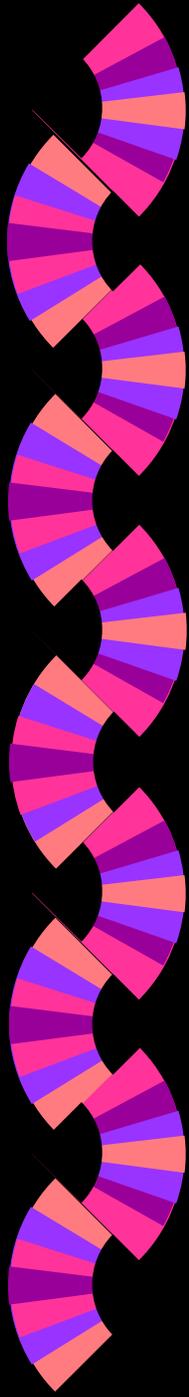


## **BULIMIA NERVOSA**

**Pierre Janet (1907) - primeira descrição clínica de um transtorno bulímico**

**Russel (1979) - propõe a expressão Bulimia Nervosa(BN).**

**Síndrome caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia e preocupação excessiva com o controle de peso corporal que levam o paciente a adotar medidas extremas afim de mitigar os efeitos de engordar decorrentes da ingestão de alimentos. O termo deve ser restrito a forma do transtorno que está relacionada a anorexia nervosa em virtude de compartilhar da mesma psicopatologia, sendo a distribuição etária por sexo similar a daquela porém a idade de apresentação tende a ser ligeiramente mais tardia, ao redor dos 18 anos, ainda que possam se observar quadros com início a partir dos 10 anos de idade.**



## **Diretrizes Diagnósticas :**

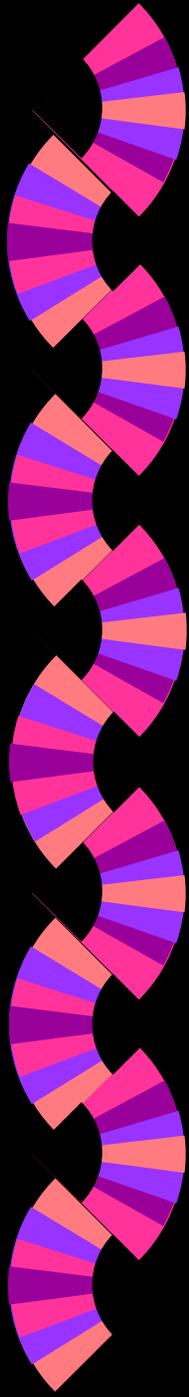
- **preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida. Episódios de hiperfagia nos quais grandes quantidade de alimentos são consumidas em um curto período de tempo.**
- **paciente tenta neutralizar os “efeitos de engordar” dos alimentos através de uma ou mais das medidas seguintes: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos preparados tireoidianos ou diuréticos.**
- **psicopatologia consiste em um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso definido, bem abaixo do seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo e saudável na opinião do médico.**



**Maioria dos afetados é do sexo feminino, numa proporção de 9:1 e sua incidência está em torno de 1%, sendo mais alta em grupos de risco como pessoas ligadas à moda, bailarinas e atletas; sendo mais freqüente nos países de primeiro mundo e nestes nas classes média-alta e alta.**

**Prevalência da BN - 5 a 15% nas populações femininas de cursos secundários e universitários (Herzog;1991)**

**Na população feminina adolescente e juvenil, se situa em torno de 2-3% (Trallero;1995)**



**Alguns autores (Hsu, 1986) preferem considerar a BN como um sub-grupo da AN cognominando-a de Bulimexia.**

**Hilde Bruch (1987), combatem tenazmente esta tendência, afirmando tratar-se de uma atrocidade semântica por implicar, erroneamente, em uma semelhança.**

**Na BN não encontramos, como na NA, uma perda importante de peso, de tal sorte que este se encontra em níveis próximos a normalidade. Como afirma Fairburn (1984), ao redor de 70% das pacientes têm peso normal e as 30% restantes se situam pouco acima ou abaixo .**



**Orgias alimentares ('Binge') - traços marcantes do comportamento da BN e nelas, grandes quantidades de alimentos são ingeridas compulsivamente, não se discriminando doces de salgados, com forte sentimento de culpa subsequente ao ato efetuado, o que determina vômitos provocados ou auto-induzidos que trazem sensação de grande alívio a paciente ( ou de 'alma lavada' como algumas pacientes gostam de se referir a este ato dantesco ). Métodos armados com o objetivo de perda peso (de anorexígenos, diuréticos e laxantes, bem como esquemas rígidos de dietas, jejuns alimentares e frequência a academias de ginástica) são características marcante do quadros, as pacientes submetendo-se a todos esses recursos, sempre com o pensamento voltado, de forma obsessiva, para seu peso e corpo.**



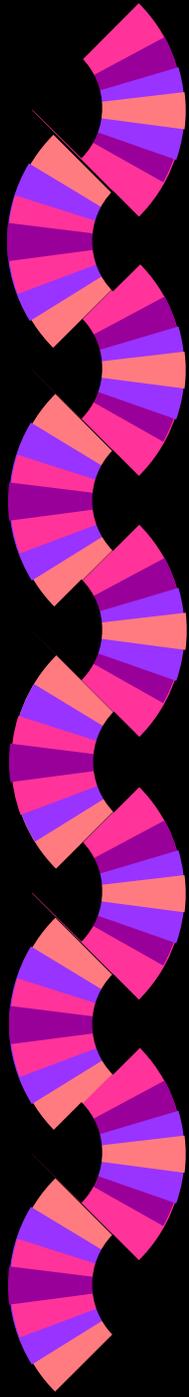
**Hábitos alimentares das anoréxicas e bulímicas distintos, com coincidências que levam a que nos depararemos com eventuais episódios de hiperfagia que simulam, nas anoréxicas, a BN.**

**O apetite da AN se caracteriza como caprichoso, ou seja, apetite por um determinado ou por alguns poucos alimentos, sempre em quantidades ínfimas, fato este não observado nas bulímicas que, ao contrário, consideram vergonhoso seus hábitos alimentares.**

**Vômitos presentes na BN, nem sempre acometem as anoréxicas, sugerindo-se cifras em torno de 30% a 50% (Goldbloom, 1990).**



**Fácies de lua cheia ( em virtude da hipertrofia das glândulas parótidas face aos vômitos constantes), lesão da pele do dorso da mão (consequente ao atrito faríngeo destinado ao estímulo do reflexo do vômito - sinal de Russell), desgaste dentário e presença de cáries, em razão do suco gástrico. A amenorréia, presente na AN, nem sempre ocorre na BN, que pode apresentar ciclo menstrual normal.**



**Traço comum entre AN e BN - medo de engordar, mais pronunciado entre as anoréxicas face a sua distorção de imagem corpórea, não presente nas bulímicas .**

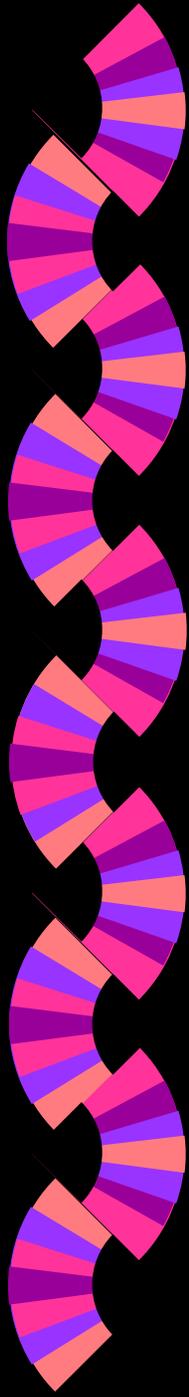
**Estudos de comorbidades - tem mostrado forte presença de doenças afetivas, transtornos ansiosos, abuso e dependência de drogas.**

### **Etiologia**

**Causas que intervêm na AN são semelhantes as da BN . Assim, os fatores genéticos parecem ter um peso.**

**Gershon (1983) - em parentes de primeiro grau de bulímicas, comparados com grupo controle normal, correspondência de 4,4% de BN entre as parentes das bulímicas contra 1,3% do grupo controle.**

**Strober(1991) - amostragem semelhante - existência de 2,6% de BN entre parentes de primeiro grau bulímicas contra nenhum do grupo controle.**



**Hsu (1990) estudando gêmeas, observou concordância de 33% para as monozigóticas e 0% para as dizigóticas.**

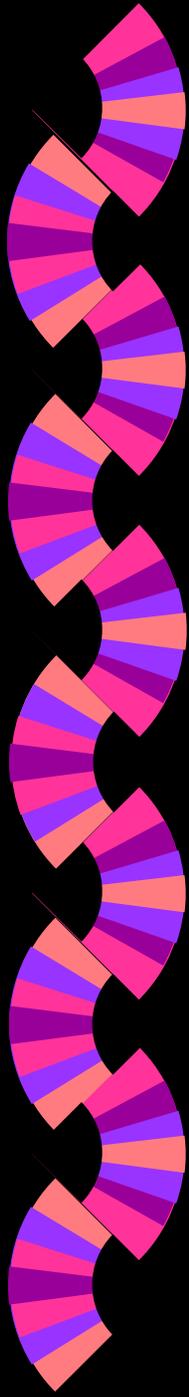
**Disfunção em neuro-transmissores sendo a hipofunção noradrenérgica, semelhante a encontrada na NA (Golbloom; 1993)**

**Poderíamos assim imaginar que a eficácia dos antidepressivos, na ausência de depressão, no tratamento da BN pode estar relacionado com a ação dos neurotransmissores na regulação hipotalâmica da fome e saciedade.**



**Fatores sócio-culturais também tem grande papel na gênese da BN podendo tal fato ser presenciado na preocupação da sociedade com a silhueta adelgada das mulheres bem como nos grupos de riscos compostos por bailarinas e manequins.**

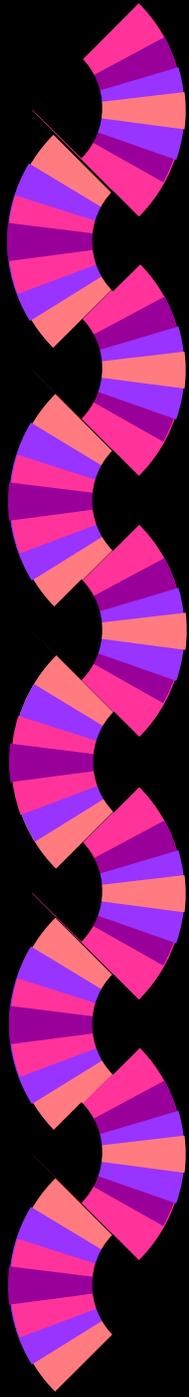
**Com certa frequência são também atribuídos abusos sexuais na infância e idades pré-puberais, como fator desencadeante.**



## **Tratamento**

**Hospitalização indicada com frequência menor que para a anoréxica, ocorrendo quando da vigência de complicações clínicas, riscos de suicídio ou fracasso no tratamento ambulatorial.**

**Tratamento feito por equipe multidisciplinar, com psicoterapia individual e familiar, cabendo a nutricionista orientar e estabelecer técnicas comportamentais cognitivas, como enfatiza Hsu (1990).**



## **PSICOFARMACOTERAPIA**

**Uso de psicofármacos importante no controle da compulsão alimentar.**

**Uso de antidepressivos - diminuição da frequência do número de vômitos e os episódios de “binge” .**

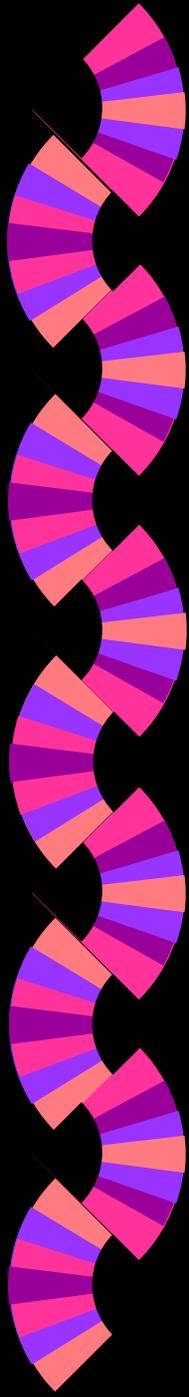
**IMAO**

**antidepressivos tricíclicos**

**inibidores seletivos de recaptção da serotonina  
sem evidências de que uma classe de antidepressivo seja  
melhor do que outra no tratamento.**

**Lítio**

**Fluvoxamine - 100-200mg/d , reduzindo a fome  
e o número de episódios de binge**



**Naltrexone - reduz a urgência dos episódios de binge, com aumento do nível das B- endorfinas (opióides endógenos estão envolvidos no controle do comportamento alimentar)**

**Fenfluramina - agonista 5HT, diminui a ingestão alimentar e o excessivo consumo de carboidratos pelos seres humanos. Dose - 45 mg/ d**

**Paroxetina - 40-60mg/dia**



## **Diagnóstico Diferencial entre Anorexia e Bulimia.**

### **Anorexia Nervosa**

**Início mais precoce(Puberdade)**  
**Medo de engordar**  
**Perda de 15% ou + do peso corporal**  
**Distorção da imagem corporal**  
**Negam fome**  
**comportamento alimentar é considerado normal pela paciente**

### **Bulimia Nervosa**

**Início mais tardio**  
**Medo de engordar**  
**Peso normal > ou <**  
**Quando existe é menos acentuada**  
**Referem fome**  
**Comportamento alimentar é motivo de vergonha, culpa e há desejo de mudá -lo ou ocultá-lo**



**Anorexia Nervosa**  
**Amenorréia**

**Uso de diuréticos laxantes e anorexígenos, etc. (Purgativas)**

**Vômitos nem sempre**  
**Apetite caprichoso**  
**Aparência envelhecida**

**Cabelos ralos e quebradiços, presença de lanugo.**  
**Descalcificação ósseas**  
**TC aumento dos espaços dos sulcos**  
**- atrofia cerebral.**  
**Mães dominadoras e pais ausentes**

**Bulimia Nervosa**  
**Amenorréia/ normalidade**

**Uso de diuréticos laxantes e anorexígenos, etc.**  
**Vômitos pós prandiais**  
**Apetite compulsivo**  
**Normal ou com o rosto semi lua (pelo aumento das Paratireróides)**  
**Não apresentam**

**Não caracterizados**



## **Anorexia**

**Predomínio do sexo feminino (80-96%)  
9:1**

**Incidência: 5/100.000**

**Classe média-alta e alta.**

**Não apresentam  
abuso**

## **Bulimia**

**Predomínio do feminino**

**1%**

**Classe média-alta e alta.**

**Alta porcentagem de**

**sexual na infância (pais).**