



FACULDADE PATOS DE MINAS

FARMÁCIA

RAIAN DE FÁTIMA BOAVENTURA

**FATORES PERTINENTES AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO DA ANOREXIA**

PATOS DE MINAS

2012

RAIAN DE FÁTIMA BOAVENTURA

**FATORES PERTINENTES AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO DA ANOREXIA**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Ms.
Marlise Torres Pereira

PATOS DE MINAS

2012

616.33-008.4 BOAVENTURA, Raian de Fátima
B662f Fatores pertinentes ao tratamento
farmacológico da anorexia/ Raian de Fátima
Boaventura– Orientadora:Profª Ms.Marlise
Torres Pereira. Patos deMinas: [s.n.],2012
25p.

Artigo de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM
Curso de Bacharel em Farmácia

1.Anorexia 2.Tratamento 3.Farmaco I.Raian de
Fátima Boaventura II.Título

Fonte: Faculdade Patos de Minas - FPM. Biblioteca.

RAIAN DE FÁTIMA BOAVENTURA

FATORES PERTINENTES AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA ANOREXIA

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em _____ de _____ de 20____,
pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof^a. Ms. Marlise Torres Pereira
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof^a Nathalya Isabel Melo
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof^a Lilian Abreu Faculdade Patos de Minas

Dedico este artigo a meus pais, Natalina e Antônio, ambos, (in memoriam), pessoas que foram e continuarão sendo minha motivação a trilhar esse caminho de conhecimento e aperfeiçoamento diário de minha existência.

FATORES PERTINENTES AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA ANOREXIA

BOAVENTURA, RaiandeFátima ¹

PEREIRA, Marlise Torres²

RESUMO

O artigo apresenta uma análise sobre a possibilidade do tratamento farmacológico da anorexia, um distúrbio alimentar que atinge especialmente adolescentes e adultos do sexo feminino, apesar de existirem casos também em homens. A anorexia se caracteriza pela magreza extrema que, no entanto não é reconhecida pelo paciente, que se enxerga gordo e, para manter-se esbelto, parte para atitudes como se negar a comer, prática de exercícios físicos e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma intensa. Nessa conjuntura, a pergunta que norteou tal estudo foi: qual a eficácia do tratamento farmacológico junto à pacientes anoréxicos? Sendo assim o objetivo foi analisar a possibilidade de tratamento de pacientes com anorexia apenas com fármacos. Em termos metodológicos, a opção foi por uma revisão de literatura de caráter descritivo onde se conclui que, por apresentar uma etiologia multifatorial, o tratamento da anorexia não se mostra eficaz somente com o uso de medicamentos, mas com a junção de tratamento nutricional, psicológico e farmacológico.

Palavras-chave: Anorexia. Tratamento. Fármacos.

¹ Acadêmica do curso de Farmácia pela Faculdade Patos de Minas.-rhayan91@hotmail.com

² Professora orientadora pela Faculdade de Patos de Minas.-marlisetorres@gmail.com

INTRODUÇÃO

Esse artigo apresenta uma análise dos fatores pertinentes à anorexia, partindo do entendimento de que a questão da vaidade aliada a distúrbios psicológicos vem propiciando um crescimento na incidência desse transtorno alimentar, principalmente nos países ocidentais desenvolvidos. O público-alvo predominante é o sexo feminino com incidência de 90% a 95% sendo a faixa etária de maior risco entre os 15 e os 25 anos de idade (OLÍVIA e FAGUNDES, 2001).

De acordo com Fonseca (2008), a dimensão que a anorexia vem se revelando no mundo contemporâneo é oriunda de um modelo estético uniformizante que tende a anular a singularidade de cada sujeito. Isso se explica pelo fato de que, especialmente as adolescentes, costumam crer que modelos, artistas de cinema e de televisão sejam protótipos a serem copiados. São lançados então, esforços para a obtenção do perfil estético estabelecido surgindo um quadro propício para a emergência de transtornos alimentares como a anorexia e a bulimia.

Em termos conceituais, a anorexia na concepção de Fonseca e Rena (2008, p. 10), “consiste em uma grave restrição quantitativa e qualitativa dos alimentos, onde a vítima começa a eliminar os alimentos que julga ricos em calorias e tende por excluir vários outros”. Isso leva a uma perda excessiva de peso originária de um grande receio da obesidade, progredindo em uma série de condutas anômalas, para forçar o emagrecimento.

Essa busca insana pela magreza influencia significativamente jovens mulheres que de acordo com Berger (2007, p.39), são bombardeadas por imposições discursivas nos meios de comunicação como: *“seja magra; descubra porque você não consegue terminar sua dieta; perca 3 kg em uma semana; felicidade é entrar numa calça tamanho P; Xô gordura”*.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico para Doenças Mentais - DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994), existem dois tipos de anorexia: o tipo restritivo e o tipo compulsão periódica purgativa. Corroborando com essa ideia, Giordani (2006), afirma que o tipo restritivo é quando o emagrecimento ocorre em dietas, jejuns, exercícios físicos em

excesso. Já no tipo compulsão periódica o indivíduo induz o vômito, uso indevido de laxantes e diuréticos.

Nessa conjuntura, a pergunta que norteia tal estudo foi: qual a eficácia do tratamento farmacológico junto à pacientes anoréxicos?

Parte-se da hipótese de que por ser de origem multifatorial o tratamento da anorexia exige o uso de fármacos concomitante a tratamento psicológico.

O objetivo do presente estudo é conhecer sobre o tratamento da anorexia a partir do uso de medicamentos e sua eficácia. Isso porque, com o aumento do número de casos desse distúrbio que acomete especialmente jovens, faz-se necessário ao profissional farmacêutico conhecer mais profundamente sobre a temática, a fim de que possa exercer seu papel junto à sociedade de maneira acertada.

METODOLOGIA

Foi realizada a pesquisa bibliográfica que se revela fundamental para a realização de qualquer trabalho acadêmico, partindo da análise de trabalhos realizados sobre o assunto, livros publicados e artigos que possam ajudar a responder a questão dessa pesquisa.

Do ponto de vista da abordagem, a pesquisa pode ser classificada como qualitativa que, conforme Appolinário (2006, p.159), não busca a generalização, visa “compreender um fenômeno em seu sentido mais intenso, em vez de produzir inferências que possam levar à constituição de leis gerais ou extrapolações que permitam fazer previsões válidas sobre a realidade”.

Para complementar a estratégia de busca, foi realizada a checagem manual das referências bibliográficas dos artigos selecionados, buscando artigos e capítulos de livros de interesse sobre o tema, com o objetivo final de localizar textos pertinentes que não haviam sido encontrados através da busca eletrônica.

1 A MÍDIA E O CORPO IDEAL

O corpo é onipresente e conforma-se como símbolo da identidade pessoal e social de um indivíduo. Assim, representa a marca de um ser no mundo (Merleau-Ponty in Giordanni, 2004) e, exprime uma constante modificação, uma vez que é ininterruptamente atingido por fatores externos, referentes a outros sujeitos ou ao mundo em si. Nesse sentido acaba sendo influenciado por interesses econômicos, políticos e sociais, o que pode levar a constatação de que os diferentes períodos históricos projetam uma forma de representação social em torno do significado do que é beleza.

A noção de corpo perfeito se modifica na história e a preocupação com a imagem corporal não é recente. Estudos revelam que na Grécia antiga, a estética, o intelecto e o físico já faziam parte da busca pela perfeição e, desse modo, ter um belo corpo era tão importante quanto ter uma mente brilhante. No Renascimento, o padrão feminino, era de uma mulher com formas arredondadas, pele alva e rosto afilado, em contraste com o padrão atual, que exige um corpo magro, rosto nórdico e seios grandes.

A cultura pode ser considerada como um mapa que orienta o comportamento dos indivíduos em sua vida social e, viver em sociedade, é viver sob a dominação dessa lógica, se comportando segundo suas exigências, mesmo não tendo consciência disso (SACCOOL, GRISOTT, TRINDADE. 2008.p.3).

Nas últimas décadas, percebe-se uma grande mudança nos padrões de beleza criando um fascínio compulsivo pela imagem, que é mediado pelo culto ao corpo, uma ditadura estética da qual uma parcela significativa de jovens, na sua maioria, do sexo feminino, parecem estar submetidos.

Refletem Niemeyer e Kruse (2008):

A mídia é vista como uma solicitação onde o poder se exercita. Ela educa e regula os corpos como qualquer outra forma educativa; estimula e insiste em atitudes que ela mesma considera “sintomas anoréxicos”. Ela mostra que o corpo magro é o corpo perfeito, definindo e classificando os corpos, apontando os “pontos imperfeitos”, apontando onde deve ou não melhorar; descrevendo então alternativas para corrigir esses desvios, como dietas e privações, sujeitando a pessoa à busca pela imagem ideal e perfeita (NIEMEYER; KRUSE, 2008).

Nota-se uma desvalorização dos adolescentes em relação a sua auto-imagem, pois os padrões estéticos veiculados pela mídia não condizem com as condições às quais se encontram. A ideia de corpo perfeito tornou-se praticamente uma obsessão na sociedade moderna, o que não se efetiva simplesmente por estar na moda ou por satisfazer um prazer visual, mas sim pela insistência com que o corpo vem sendo pensado e considerado pela população e um dos grandes responsáveis por criar essa visão é a mídia.

A cada dia que passa surge uma nova perspectiva em que o corpo deve estar sempre esbelto, com isso, as pessoas tendem a seguir os “rótulos” que a mídia e a sociedade impõem e vão à busca do corpo que lhes é de certa forma, imposto. (FRAGA, 2000.p.22).

A ideia de belo e perfeito surge de diversas formas, por intermédio das novelas, filmes, redes sociais, propagandas de fitness, de cosméticos, adereços, acessórios, clínicas, spas, etc. Os conteúdos expostos diariamente nesses meios valorizam certo padrão de beleza, onde se projeta a ilusão que para ser belo, precisa-se estar exatamente nesse padrão, reforçando o desejo das pessoas em se sentirem atraentes e lançarem-se na busca de uma aparência física idealizada. Desta maneira, a aparência física tem se tornado um fator cada vez mais prioritário na vida das pessoas uma vez que existe uma pressão social (CAPILÉ, 2009, p.4).

Em estudo realizado nas ilhas Fiji, avaliou-se sobre o impacto da exposição das adolescentes à televisão e consequentes atitudes e comportamentos alimentares desses indivíduos. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, já com três anos de exposição à televisão. Os resultados mostraram que os indicadores de transtorno alimentar foram significativamente mais prevalentes após 1998, demonstrando também maior interesse em perda de peso, sugerindo um impacto negativo da mídia. (BECKER, BURWEL, GILMAN, ET AL, 2002, p.13).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta fundamentação teórica aborda especificamente questões relacionadas aos transtornos alimentares (obesidade, bulimia e anorexia nervosa). visando conhecer os fatores pertinentes ao uso de fármacos no enfrentamento da anorexia, a opção foi por entender primeiramente o que são distúrbios alimentares, explicitando os mais comuns: a obesidade, a bulimia e de maneira mais minuciosa a anorexia, atendendo ao escopo do estudo.

2.1 Distúrbios alimentares

Os transtornos alimentares (TA) conforme explicita Fairclough (apud MELLO, 2008, p.32), “têm etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença”. A supervalorização do corpo feminino e a idealização da magreza, na cultura ocidental, reforçam os aspectos psicopatológicos centrais da anorexia, bulimia e da obesidade.

Em consonância com a Associação Psiquiátrica Americana APA (apud ASSUMPÇÃO E CABRAL, 2002, p.01), “a mortalidade associada aos transtornos alimentares são expressivas. A anorexia apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% ao ano”. As principais causas de morte são as complicações cardiovasculares, a insuficiência renal e o suicídio.

O crescimento de pessoas com transtornos alimentares encontra explicação pelo fato de que no mundo atual, o estereotipo de beleza é o tipo de corpo magro e longilíneo, adaptado as fantasias dos estilistas e promotores de moda. Quem foge à regra “ditadura da magreza” muitas vezes com o índice de massa corporal (IMC) adequado, se acha no dever de começar um regime de emagrecimento.

Um estudo realizado por Melo e Oliveira revela dados interessantes no que diz respeito ao universo feminino na relação entre vaidade e peso, onde afirmam que:

Para as mulheres o desempenho de certos papéis sociais seria a garantia do sucesso profissional e da felicidade. A beleza física, ligada à noção de corpo magro, aparece nos discursos como um imperativo na conquista e na manutenção do relacionamento conjugal. As mulheres apontam também a importância de “estar bem comigo mesma”, e este “estar bem”, como as próprias palavras nos remetem a pensar, consiste em um estado que depende, em grande parte, da satisfação com a aparência física (MELO; OLIVEIRA, 2011, p.25).

A constatação de que beleza a custa da saúde é um fato no universo feminino, segundo Renné Jr (2006, p.97), “é uma das constatações apontadas pelo estudo *Depresión en Latinoamérica* (DELA), conduzido pelo Ibope e divulgado durante o XXV Congresso da Associação Latino-Americana de Psiquiatria, na Venezuela”. Isso porque, conforme o referido autor explicita, “entre as 1.100 latinas entrevistadas com idades entre 35 e 55 anos, as brasileiras são as que mais abandonam o tratamento contra depressão em função do ganho de peso (30%) seguido por 18% na Colômbia”. Prioridades femininas como essas resumem uma visão de mundo que tem assustado a classe médica: é como se a vida só valesse à pena se vivida por um corpo magro.

2.1.1 A obesidade

A obesidade é uma doença crônica, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal, resultante do desequilíbrio energético positivo, que pode ser causado pelo excesso de consumo de energia, alimentos energéticos e/ou inatividade física (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

Uma das grandes preocupações dos jovens nos dias atuais, é a perda de peso, seja por motivo estético, ou para uma vida mais saudável. A obesidade não é apenas um problema estético, mas também um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrose de joelho e coluna lombar, entre outras (BRUNO, MUSSUIA, SILVA, 2008, p.1).

Em 2002, estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontavam para a existência de mais de um bilhão de adultos, com excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos. Em um estudo realizado em 2006, segundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION), a estimativa era de que mais de 115 milhões de pessoas sofriam dos problemas relacionados à obesidade nos países em desenvolvimento.

No Brasil, pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgada no fim do ano de 2009, mostrou que as estudantes brasileiras também correm perigo para tentar “ficar” feliz com o espelho. Em uma amostra de 61 mil estudantes, foi identificado que 4.270 delas forçavam o vômito ou tomavam remédios para emagrecer. Todas tinham menos de 17 anos.

Como redigem Carneiro *et al* (2008, p.01), “ a fisiopatologia da obesidade reside, basicamente, num aporte calórico maior que o gasto calórico efetivo”. Assim, visando um déficit energético e redução do peso corporal o correto é regrar a ingestão calórica total, associado à atividade física regular, que além de elevar o gasto energético melhora a atividade cardiovascular e respiratória.

2.1.2 Bulimia

A bulimia nervosa de acordo com Cordas (2004, p.01), “caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos”. Nessa perspectiva, explicita Conde (2007, p.31), “há uma preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal, que levam o paciente ao controle errado de peso como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos”.

Seus sintomas no entendimento de Fonseca e Rena (2008, p.01), são “comer compulsivamente em forma de ataques de fome e às escondidas; conduções não apropriadas com o propósito de não ganhar peso tais como laxantes, diuréticos e vômitos auto-provocados”.

2.2 A anorexia

Cordás e Claudino (2002, p.01), revelam que, “a expressão anorexia deriva do grego *an*, deficiência, e *orexis*, apetite, falta de apetite. Na anorexia compreendida atualmente, esse termo não deve ser utilizado em seu sentido etimológico, uma vez que a recusa e controle da ingestão dos alimentos tem como objetivo perder peso ou o medo de ganhá-lo sem, necessariamente, apresentar real perda de apetite.

Ainda em uma perspectiva histórica, Bidaud (1998, p.41), explicita que, “o jejum extremo foi prática no Egito antigo, em religiões orientais, na Grécia antiga e no século XIII entre mulheres que almejavam uma aproximação espiritual de Deus e eram conhecidas como as santas jejuadoras”.

Em termos conceituais, a anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por uma sobrevalorização do peso e forma do corpo, com um comportamento extremo de controle de peso onde fatores biológicos, sociais e psicológicos estão envolvidos.

Para Cordás (2002, p.01), “esse distúrbio alimentar caracteriza-se por perda de peso intencional graças à dietas extremamente rígidas, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual”.

Segundo dados da APA (1994):

(...) a Anorexia pode apresentar dois subtipos: o restritivo e o purgativo. No subtipo restritivo os pacientes fazem importantes restrições alimentares, mas não apresentam episódios compulsivos de alimentação ou purgação (vômitos, uso de laxantes, de diuréticos e de anfetaminas). O outro subtipo é o purgativo, em que os pacientes apresentam episódios compulsivos de alimentação e métodos compensatórios inadequados (APA, 1994).

Faz-se necessário ressaltar conforme Santos e Humberg (2007, p.31), que “do ponto de vista médico, os casos de purgações são mais graves, pois ao induzir o vômito a pessoa provoca no organismo desequilíbrio eletrolítico entre potássio e o sódio, podendo entrar em coma ou sofrer parada cardíaca”.

Corroborando com essa ideia, Giordani (2006, p.01), explicita que, o tipo “compulsão periódica purgativa ou bulímica ocorre quando o indivíduo dedica-se regularmente a purgações que incluem vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes ou diuréticos”. Vale mencionar ainda Paz-Filho e Licinio (2009, p.2927) onde afirmam que “esse transtorno acomete em sua maioria, mulheres adolescentes, pois, na puberdade ocorrem alterações nos hormônios esteróides gonadais que podem exacerbar a desregulação da serotonina - 5-HT”.

Figura 01 – Imagem distorcida do anoréxico sobre si mesmo



Fonte: www.anorexiasintomas.blogspot.com.br/2010/12/anorexia-fotos.html

Figura 02– Imagem de uma paciente em estágio avançado da doença



Fonte: www.anorexiasintomas.blogspot.com.br/2010/12/anorexia-fotos.html

2.2.1 Etiologia

Em relação à etiologia da anorexia segundo Abreu e Cangelli Filho (2005, p.153), “é desconhecida, mas a maioria dos especialistas trabalha com um modelo multidimensional, que reconhece fatores de risco individuais, genéticos, sociais e familiares”.

Nessa perspectiva, de acordo com o entendimento de Kaye (apud PAZ FILHO e LICÍNIO, 2009):

As variações de um tipo específico de receptores dopaminérgicos, transmitidas geneticamente, ocorrem por meio de um polimorfismo funcional, que acaba influenciando a transcrição do código genético, tornando o indivíduo vulnerável à anorexia nervosa (KAYE apud PAZ FILHO; LICÍNIO, 2009, p. 2928).

No que tange aos fatores socioculturais, Espindola e Blay (2006, p.268) em seus apontamentos sobre o tema afirmam que “o contexto sociocultural é parte integrante dos fatores que constituem a gênese dos transtornos alimentares”. Exemplo disso é o fato de que geralmente na cultura ocidental, onde a busca pela magreza como obtenção de sucesso se torna uma constante, faz com que o corpo magro seja sinônimo de competência, sucesso, autocontrole e atratividade. Por serem considerados centros, esses países irradiam sua cultura para os demais, aumentando assim de forma considerável o número de casos de anorexia.

2.2.2 Epidemiologia

A incidência de transtornos alimentares conforme explicitam Dunker e Philippi (2003, p.01), “praticamente dobrou nos últimos vinte anos, o número de casos novos por ano teve um aumento constante entre 1955 e 1984 em adolescentes de 10 a 19 anos”, especificamente em relação à anorexia.

No que se refere aos dados epidemiológicos segundo Silveira *et al* (2009, p.65), evidenciam que “a incidência média anual da anorexia na população é de 18,5 por 100.000 entre as mulheres e 2,25 por 100.000 entre os homens”.

Pinzon e Nogueira (2004, p.01), chamam a atenção para o fato de que, “em extensa revisão de estudos epidemiológicos, entre mulheres, a incidência de anorexia é de aproximadamente 8 por 100 mil indivíduos e, em homens, seria de menos de 0,5 por 100 mil indivíduos por ano”.

2.2.3 Diagnóstico

O diagnóstico da anorexia nervosa é feito segundo os critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV, sendo fundamental afastar doenças de caráter tumoral, hormonal, gastrointestinal, além de certos quadros psiquiátricos, como a depressão e a esquizofrenia.

Apesar de esta classificação ser de uso restritamente norte-americano, serve de base para as múltiplas abordagens da Anorexia em âmbito global desde 1994, ano inicial de sua realização. Assim, tem por critérios diagnósticos:

- A-** Recusa a manter o peso corporal em uma faixa igual ou acima do mínimo normal à altura e idade;
- B-** Medo intenso do ganho de peso ou da possibilidade de se tornar gordo;
- C-** Perturbação da vivência do peso e da forma do corpo e negação do baixo peso atual;
- D-** A ocorrência de amenorréia, ou seja, interrupção de duração maior a três meses consecutivos do ciclo menstrual da mulher. (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 1994)

Deve-se observar que não é obtido um consenso acerca da quantidade de peso perdido para o estabelecimento do diagnóstico da doença, uma vez que este tem variado ao longo do tempo. No DSM-III (in Souza *et al*, 2000), a perda de peso requerida encontrava-se numa faixa maior de 25% do peso pré-mórbido, tendo esta taxa diminuído para 15% no DSM-IV, como forma de obter um diagnóstico mais precoce e possibilitar uma maior abrangência de pacientes em fase de crescimento.

O diagnóstico baseia-se ainda em: uma entrevista com o paciente e sua família, e revisão de seu histórico médico e histórico familiar; exame físico com avaliação da frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória e em outros testes clínicos: hemograma, bioquímica, etc. (NÚÑEZ, 2012).

O início do transtorno, conforme explicitam Paz Filho e Licínio (2009, p. 29), “geralmente ocorre após um fator estressante, como algum comentário sobre seu peso, o término de relacionamento, ou ainda a perda de ente querido”. Progressivamente, o paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, de tabela de calorias e do medo patológico de engordar.

3 TRATAMENTO

Segundo os autores Claudino e Zanella (2005), os sintomas da anorexia nervosa abrangem e alteram tanto o funcionamento psíquico quanto o somático. Esses sintomas representam grande risco para a saúde do paciente, principalmente por estarem associados uns aos outros. Para que se tenha uma recuperação adequada e efetiva, deve-se trabalhar sobre os vários desequilíbrios.

Para o enfrentamento da anorexia, vários estudos como o de Bryant-Waugh e Lask (apud WEINBERG, 2008) enfatizam que o sucesso do tratamento depende de um programa de atendimento integrado com equipe multiprofissional e do emprego simultâneo de várias estratégias tanto farmacológicas como psicológicas. A principal meta do tratamento da anorexia

nervosa, segundo a (APA, 2003), é o ganho de peso até o índice de massa corporal acima de 19.

Outro aspecto importante a ser observado no enfrentamento da anorexia de acordo com Abreu e Cangelli Filho (2004), é que:

(...) não é de se estranhar que as pacientes comecem o tratamento com pouca ou quase nenhuma intenção de progredir. Portanto, os profissionais devem ficar surpresos se não houver alguma forma de sabotagem ao tratamento, pois tal comportamento tem base no fato de, contrariamente ao que ocorre na bulimia, as pacientes anoréxicas descreverem um aumento da autoestima a cada quilo perdido. Por isso, os pacientes anoréxicos são descritos como resistentes ou intratáveis (ABREU e CANGELLI FILHO, 2004, p.181).

Como explicitam Pinzonet *al* (2004, p.167), “existe um consenso de que a combinação de tratamento farmacológico com o psicológico é mais eficaz que apenas o uso de medicação”. Os melhores resultados parecem ocorrer naqueles casos de intervenção precoce durante a adolescência, evitando as formas crônicas e imutáveis das doenças alimentares.

3.1 Tratamento psicológico

Essa modalidade é essencial no enfrentamento da anorexia o que exige de uma equipe multidisciplinar para o tratamento por se tratar de transtornos híbridos em dois aspectos importantes: o sintomatológico e o etiológico (CLAUDINO; ZANELLA, 2005). Isso porque, são muito frequentes os transtornos psiquiátricos comórbidos aos transtornos alimentares. As patologias afetivas ocorrem em 52% a 98% dos pacientes, sendo o episódio depressivo maior e a distímia os mais comuns (50% a 75%). Os transtornos ansiosos são igualmente prevalentes nessa população, com índices que variam de 65% em anoréxicas.

Corroborando com esse entendimento, Cordás (2004) reflete que:

Não comemos apenas para nos nutrir, existe também o prazer, desta forma o afeto está diretamente relacionado ao ato de se alimentar. Ao longo da vida, a comida vai adquirindo novos significados, que podem ser os mais variados possíveis, como compensação, amor, raiva, tristeza, dependência, podendo culminar em patologias, como os transtornos alimentares (TAs), ou seja, existe influência mútua entre processos mentais e físicos evoluindo para o papel patogênico das emoções (CORDÁS, 2004, p.01).

Também Silva (2003, p.22), em seus estudos sobre a temática afirma que “anoréxicos apresentam pouca habilidade para reconhecer e lidar com os próprios sentimentos, discriminar sensações que correspondem a si e ao outro, o que traz marcantes prejuízos emocionais e sociais”. Ainda segundo o mesmo autor, eles possuem identidade frágil, percepção perturbada das experiências corporais e pouca capacidade para distinguir o que é força necessária para a vida e o que é destrutivo. Nessa conjuntura, o tratamento psicoterápico é considerado fundamental para reestruturação do paciente com qualquer tipo de transtorno alimentar. A abordagem psicodinâmica tem como objetivo recuperar, fortalecer a autoestima e auxiliar na tradução de sensações e afetos que permanecem distantes da consciência (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002).

Já a terapia cognitivo-comportamental adota uma sistemática que possibilita à paciente rever suas bases de pensamento e auxilia-a detectar distorções nas mesmas. Conforme Duchesne e Almeida (2002, p.50), “busca diminuir a restrição alimentar do paciente, frequência de atividades físicas; a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas ao peso, alimentação e aumento da autoestima”.

3.2 Tratamento nutricional

Os pacientes com anorexia, segundo Pinzonet *al* (2004, p.01), “apresentam uma série de dificuldades para lidar com alimento, medo, crenças errôneas e distorções sobre alimentação e nutrição”. Os pacientes costumam

afirmar ter grandes conhecimentos sobre alimentação, mas tais conhecimentos estão restritos a conteúdo calórico e dietas de emagrecimento.

A reposição de peso é orientada a fim de que a paciente consiga recuperar 1 kg por semana de forma gradativa para que não haja outras complicações. A dieta recomendada é de acordo com o metabolismo basal da ingestão atual da paciente, variando de 700 a 1500 Kcal/dia. Sobre estes cálculos para saber o ideal a ser ingerido há uma divergência entre muitos autores, mas as diferenças para o estudo presente são irrelevantes (CHIMITI, MAINARDES, 2007, p.6).

Outro fator importante, de acordo com as autoras citadas, é a prescrição de líquidos, pois a desidratação está associada à desnutrição. O volume das refeições deve ser pequeno e com intervalos de aproximadamente três horas, procurando fazer de seis a oito refeições por dia. As preferências alimentares podem ser levadas em consideração contanto que não se perca a qualidade nutricional da dieta. Em suma, a reeducação alimentar, as orientações e o manejo são essenciais.

De acordo com Alvarenga e Larino (2002, p.01), “a terapia nutricional deve ajudar o paciente a entender suas necessidades nutricionais, aumento da variedade na dieta e da prática de comportamentos adequados”. Uma técnica efetiva envolve mudança das crenças errôneas e ajuda o paciente a ter percepções e interpretações mais adequadas de dieta, nutrição e relação entre inanição e sintomas físicos.

Entretanto, em conformidade com Ednos (*apud* NUNES, 2006, p.109), “como os demais tratamentos relativos à anorexia, o tratamento nutricional deve ser um processo integrado para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à alimentação”. Além disso, a família tem papel fundamental no seguimento do plano alimentar.

3.3 Tratamentos farmacológicos

O uso de medicamentos na síndrome anoréxica, afirma Appolinário e Bacaltchuk (2002, p.54), “baseia-se em três pontos principais: as distorções do pensamento associados aos transtornos da imagem corporal, os sintomas depressivos associados e as alterações do apetite”. No tratamento da anorexia, o enfoque medicamentoso, mais frequentemente, dá-se depois do peso restabelecido.

O primeiro medicamento que se sobressai nas pesquisas estudadas de acordo com Cordioli (2000), é a fluoxetina. Trata-se de um antidepressivo inibidor da recaptção da serotonina, ou seja, uma droga antagonista que bloqueia a serotonina que seria captada pelos terminais axônicos, deixando-a livre para atuar na fenda sináptica até atingir o equilíbrio plasmático exercendo sua função terapêutica e conseqüentemente, causando bem-estar ao paciente. Faz-se necessário salientar que existem outras ações como diminuição do apetite, do sono e o surgimento de disfunções sexuais por seu mecanismo serotoninérgico.

Dentre as limitações de efeitos do medicamento estão à baixa eficácia do medicamento na fase aguda da doença que é proeminente, sendo significativa a melhora apenas na prevenção de recaídas após a recuperação de peso (APPOLINÁRIO, BACALTCHUK, 2002, p. 56).

Outros medicamentos que apresentam respostas positivas se comparada ao uso da fluoxetina, cada qual com sua particularidade são: amitriptilina (antidepressivo tricíclico), olanzapina (antipsicótico atípico) e ciproheptadina (anti-histamínico).

A amitriptilina é uma amina terciária do grupo dos tricíclicos, sendo também uma droga antagonista, portanto, a ação do medicamento será provocar uma inibição da recaptção noradrenalina e serotonina. Já a olanzapina, trata-se, igualmente, de um medicamento antagonista pertencente à classe dos tienobenzodiazepínicos, sua farmacodinâmica possui uma ação bloqueadora dopaminérgica não-seletiva (em termos de subtipos de receptores). Nesse sentido, os medicamentos irão conferir ao usuário uma melhora significativa do pensamento sobre sua imagem corporal. Além disso, bloqueia também receptores muscarínicos, α -adrenérgicos, serotoninérgicos, histamínicos o qual promoverá o ganho de peso secundário (CORDIOLI, 2000).

Enquanto que, a ciproheptadina, de acordo com o mesmo autor, é um anti-histamínico piperidínico antagonista de receptores serotoninérgicos que possui uma ação orexígena além da ação anticolinérgica e depressora do sistema nervoso central.

Conforme Cordioli (2000), outro fármaco que também mostrou uma melhora ao tratamento foi a clorpromazina, que se trata de um antipsicótico de baixa potência que tem como ação terapêutica, sua ação nos sistemas dopaminérgicos, mesolímbico e mesofrontal atuando como antagonista dopaminérgico. Age também como inibidor dos receptores muscarínicos, histamínicos, noradrenérgicos, serotoninérgicos os quais, novamente, ocasionam de modo secundário na obtenção de peso.

Nessa conjuntura, Walsh (apud SALZANO e CORDÁS, 2004, p.189), revelam que, “os antidepressivos são considerados seguros e eficazes. Uma das vantagens desse tratamento é que podem ser implementados facilmente em ações de cuidado primário e apresentam bastante eficácia”.

De acordo com Appolinário e Bacaltchuk (2002):

(...) a maioria dos estudos é realizada na fase aguda da doença e tem como foco principal o ganho de peso. Muitos medicamentos mostraram-se inicialmente promissores na anorexia em estudos abertos. Entretanto, estes achados não são confirmados quando as intervenções são avaliadas em ensaios clínicos randomizados (ECR). Até o momento, as drogas estudadas na anorexia em ECRs foram os antidepressivos (clomipramina, amitriptilina e fluoxetina), os antipsicóticos (pimozida, sulpirida), e outros agentes (cipro-heptadina, lítio, tetra-hidro-canabiol, clonidina, natrexona, hormônio do crescimento, zinco e cisaprida) (APPOLINÁRIO e BACALTCHUCK, 2002).

Já Salzano e Cordás (2004), chamam a atenção para o fato de que, “estudos com sulpirida, carbonato de lítio, pimozida, tetrahidrocanabinol, clonidina e cisaprida não apresentaram resultados favoráveis. Entretanto, a amitriptilina e ciproheptadina favoreceram ganho de peso para os pacientes”. Também o uso da olanzapina ainda incipiente tem apresentado melhora na ansiedade, na recusa alimentar e no ganho de peso em estudos abertos.

Ainda em consonância com os mencionados autores, um estudo controlado comparou o uso de placebo e fluoxetina (doses entre 20 a 60 mg /dia) em pacientes com anorexia durante um ano. Os resultados apontaram

ganho de peso e melhora na psicopatologia, no humor disfórico e nos pensamentos obsessivos para pacientes que utilizaram fluoxetina, sugerindo o uso da droga na prevenção de recaídas (SALZANO; CORDÁS, 2004, p.190).

Vale ressaltar que o anoréxico tem apetite normal, o grande problema está em sua recusa em comer. Forçar a alimentação é recomendado somente em último caso, quando o quadro de desnutrição torna-se ameaçador. Quando isto ocorre, torna-se necessária a internação do paciente e alimentação via sonda, impedindo também que o mesmo retire a sonda, sendo necessário prendê-lo (PROJETO DIRETRIZES, 2011).

Outro aspecto que merece destaque é que, antes de prescrever um fármaco para um paciente anoréxico, deve-se atentar com as principais indicações terapêuticas, assim como com o perfil de eventos adversos dos medicamentos nesta população. Pacientes com transtornos alimentares apresentam um grande número de complicações clínicas concomitantes que devem ser consideradas antes da prescrição de um agente farmacológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada sobre a anorexia e as possibilidades de enfrentamento desse transtorno alimentar, é possível tecer algumas considerações finais, partindo do entendimento de que tal moléstia atinge em maior parte o sexo feminino, principalmente adolescentes e jovens que é desencadeada por algum fato impactante na vida do indivíduo.

Diversos estudos ao longo dos anos vêm apontando que dentre os fatores predisponentes, destacam-se história de transtorno alimentar ou transtorno do humor na família, os padrões de interação no ambiente familiar, contexto sociocultural, caracterizado pela extrema valorização do corpo magro, disfunções no metabolismo das monoaminas centrais e traços de personalidade.

A anorexia nervosa ainda não possui um tratamento farmacológico considerado eficaz para melhora da psicopatologia do transtorno. Entretanto, a ação de antidepressivos na prevenção de recaídas e de antipsicóticos no ganho de peso mostram-se eficazes.

Assim, em resposta a pergunta que norteou tal estudo sobre qual a eficácia do tratamento farmacológico junto à pacientes anoréxicos, pode-se dizer que tem reconhecida eficácia no controle da depressão e ansiedade e que necessitam de uma equipe multidisciplinar para conseguir o tratamento do paciente com anorexia.

Por fim, é preciso ressaltar que, por ser uma doença com raízes psicológicas, é difícil de ser tratada isoladamente. O uso de fármacos deve ser acompanhado de orientação nutricional e tratamento psicológico para se alcançar resultados favoráveis.

ABSTRACT

FACTORS RELEVANT TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ANOREXIA

The article presents an analysis of the possibility of pharmacological treatment of anorexia, an eating disorder disorder affecting mainly adolescents and adult females, although there are also cases in men, it is characterized by extreme thinness that is not recognized by the patient who perceives himself/herself as fat and in order to keep fit, part to attitudes such as refusing to eat, extreme physical exercise and the overdose intake of laxatives or diuretics. In such context, the question that guided this study was: what is the effectiveness of pharmacological treatment on anorexic patients? Thus, the main goal was to analyze the possibility of treating patients with anorexia with drugs exclusively. In terms of methodology, the choice was a literature review of qualitative character, from which can be concluded that, for presenting a multifactorial etiology, anorexia exclusive drug treatment is not effective, requiring an association of nutritional, psychological and pharmacological treatment.

Key-words: Anorexia. Treatment. Pharmaco.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, aos obstáculos ultrapassados, as vitórias alcançadas, capacitação concedida sem a qual não poderia ter sido realizado o presente artigo.

Aos familiares pelo encorajamento e dedicação para aperfeiçoamento deste trabalho.

A minha orientadora Marlise Torres Pereira por aceitar o compromisso de me orientar na construção de conhecimento neste projeto.

A todos os professores que enfatizaram um aprendizado diferenciado e significativo para compor o meu lado profissional e também pessoal.

Nesse momento, sintetizo um agradecimento mais que especial a Gisele Mara de Andrade, por ter vivenciado comigo passo a passo todos os detalhes deste trabalho, ter me ajudado, dando todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, por ter me aturado nos momentos de estresse e me acompanhado nas noites em claro elucidando minhas dúvidas.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.N.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.7, n.1, p. 153-165, 2005. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em 14 Set. 2012.

ALVARENGA, M;LARINO, M.A.Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas**Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.24 suppl.3 São Paulo Dec. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br>>.Acesso em 14 Set. 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - THE DSM-IV- TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

APA.AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.**DSM - IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**.Washington: DC, 1994.

APPOLINÁRIO, J. C; BACALTCHUK, J. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, dez. 2002, vol. 24 supl. 3, p. 54-59.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência. Filosofia e Prática da Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2006.

APPOLINÁRIO, J.C.; BACALTCHUK, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **RevBrasPsiquiatr**2002;24(Supl III):54-9.Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 Set. 2012.

ASSUMPÇÃO, Carmem L.; CABRAL, M.D.Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa.**Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.24 suppl.3 São Paulo Dec. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 14 Set. 2012.

BIDAUD, E. **Anorexia mental, ascese mística**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

CARVALHO, Maria Cecília M. de (Org.) **Construindo o saber**: metodologia científica. Fundamentos e técnicas. 12. ed. Campinas: Papyrus, 2002.

CLAUDINO, A. M. e ZANELLA, M. T. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. Editor Nestor Schor.

CONDE, Erika R. **Linda de morrer**: a anorexia como fenômeno sociocultural. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais. 2007. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>. Acesso em 14 Set. 2012.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras. Psiq.** v.24, Supl III, p.3-6, 2002.

CORDÁS, TáciA. **Transtornos alimentares**: classificação e diagnóstico. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.31 no.4 São Paulo, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 14 Set. 2012.

CORDIOLI, Aristides Volpato (col.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 2º Ed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P.E.M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr.** 2002;24(Supl III):49-53. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 14 Set. 2012.

DUNKER, Karin L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. Nutr.** vol.16 no.1 Campinas Jan./Mar. 2003.

ESPINDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, v. 28, n. 3, pp. 265-275, 2006.

FONSECA, Sara L.; RENA, L.C.C.B. Transtornos alimentares na adolescência: em busca do corpo ideal. **Mosaico: estudos em psicologia**. Belo Horizonte - MG. 2008. Vol. II. nº 1. p. 9-15. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br>. Acesso em 07 Set. 2012.

GIORDANI, R.C.F. A autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicol. Soc.** vol.18 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 Set. 2012.

GORGATI, S. B., HOLCBERG, A. S., OLIVEIRA, M. D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 44-48, dez. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 07 Set. 2012.

MELLO, F.C. **A representação de identidades corporais femininas pós-modernas na mídia de massa:** Os discursos das revistas de moda. Dissertação de Mestrado em Ciências da Linguagem apresentado à Universidade do Sul de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www3.unisul.br>. Acesso em 07 Set. 2012.

NUNES, M.A. **Epidemiologia dos transtornos alimentares.** In: Transtornos Alimentares e Obesidade. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAZ-FILHO, J; LICINIO, J. Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. **Hormones, Brain and Behavior**, n. 93, p. 2927-2943, 2009.

PHILIPPI, S.T; ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares:** Uma visão Nutricional. São Paulo: Manole; 2004.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, F.N. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.31 no.4 São Paulo 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 19 Ago.2012.

PINZON, V.; GONZAGA, A.P.; COBELO, A.; et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Rev. Psiq. Clin.** 31 (4); 167-169, 2004. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br>>. Acesso em 19 Set. 2012.

PROJETO DIRETRIZES. **Anorexia Nervosa:** Diagnóstico e Prognóstico. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2011. Disponível em <<http://www.projetediretrizes.org.br>>. Acesso em 14 de Ago. 2012.

SALZANO, Fábio T.; CORDÁS, T.A. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria clínica**. Vol.31,n.4,p.188-194, 2004. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br>>. Acesso em 19 Set. 2012.

SANTOS, C.L; HUMBERG, L.V. **Quero comer não, mãe: considerações sobre anorexia nervosa**. São Paulo, 2007.

SILVA, M. R. da. Anorexia nervosa em crianças e adolescentes: uma experiência clínica hospitalar. **Psicoterapia e Estudos Psicossociais**. São Paulo, v. II, n. 1, p. 21-40, jan.-jul. 2003.

SILVEIRA, Maria de Fátima M., MOREIRA, M.M.; BARRETO, T.K.B. *et al.* Avaliação do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em alunas do ensino médio de escolas particulares de Aracaju. **Alim. Nutr.**, Araraquara v.20, n.1, p. 69-76, jan./mar. 2009.

WEINBERG, C. **Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência**: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Sá Editora, 2008.