

ANOREXIA NERVOSA: *PARA ALÉM DA IMAGEM REFLECTIDA NO ESPELHO*

Trabalho realizado no âmbito da disciplina de Psicologia e Prevenção,
do curso de Psicologia da Universidade Católica de Braga, no ano lectivo de 2006/2007

(Dezembro de 2006)

**Elsa Lourenço
Margarida Salsa
Cláudia Mendes**

Diplomadas em Psicologia pela Universidade Católica de Braga, Portugal

Orientação:

Professora Doutora Eleonora Cunha Veiga e Costa

Contactos:

elsa.lourenco.ucp@gmail.com

RESUMO

A urbanização, a industrialização e a globalização têm vindo a ocorrer em quase todo o Mundo e estão associadas a mudanças no comportamento alimentar. A sociedade actual é cada vez mais exigente e, embora vigore uma democracia de pensamento e de ideias em muitos países, a verdade é que também se generalizam padrões e se impõem sentidos estéticos de belo e do aceitável. Na perseguição de uma imagem corporal ideal, algumas pessoas sujeitam-se a sacrifícios e dietas, ingerem medicamentos, fazendo depender a sua auto-estima de um padrão estético idealizado.

Ao reflectir sobre a importância da nutrição na adolescência, pode-se constatar que algumas perturbações alimentares, nomeadamente a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, nesta faixa etária, são problemas psicopatológicos sérios que afectam principalmente as mulheres jovens, sendo o seu aparecimento cada vez mais precoce.

Este trabalho irá incidir sobre a Anorexia Nervosa, uma vez que é considerada uma doença crónica de longo curso. Está frequentemente associada à incapacidade ou à ameaça de complicações graves que podem reduzir, consideravelmente, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico dos jovens doentes portadores desta enfermidade.

Neste sentido, o objectivo central deste trabalho será a compreensão aprofundada da problemática em questão e análise reflexiva dos pontos que perspectivamos cruciais, de forma a termos juízo crítico nesta temática que tanto tem inquietado os profissionais de saúde, psicólogos, familiares, pares e principalmente o sujeito em questão.

Numa primeira parte, do trabalho serão contextualizados alguns conceitos inerentes à adolescência, resgatando a história do processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente. Numa segunda, parte faremos uma exposição da patologia mencionada e de forma sistematizada a evolução histórica da mesma. Durante esta parte, também serão descritos os critérios de diagnóstico e respectivo diagnóstico diferencial, os dados epidemiológicos e aos factores de risco determinantes para o aparecimento e evolução da patologia. Numa terceira e última parte concluiremos sobre o trabalho reflexivamente, ponderando sobre o assunto em análise.

Palavras-chave: anorexia nervosa, comportamento alimentar, beleza, estética, imagem corporal, auto-estima, adolescência

ADOLESCÊNCIA

A adolescência, de acordo com o Fundo das Nações Unidas (FNUAP) (1998), compreende a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos (Matos, M., 2002). Esta fase é caracterizada por rápidas alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas (Sprinthall, N.; Collins, W., 2003). Não obstante, é comum para os dois sexos uma variabilidade individual dos fenómenos pubertários, tanto em relação ao seu momento inicial como em relação ao ritmo de sua progressão, ou seja, adolescentes da mesma idade podem estar em fases diferentes da puberdade, assim como adolescentes que a iniciam com a mesma idade podem chegar ao término em idades diferentes.

A adolescência é, talvez, a fase com maior desenvolvimento humano, onde os esforços para confrontar e superar os desafios visam estabelecer de entre outros aspectos a identidade individual e social e desenvolver sentimentos de autonomia. (DiClemente, R.; Hansen, W.; Ponton, L., 1996 *in* Matos, M., 2002). É de salientar que as transformações que ocorrem no adolescente “envolve modificar relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis dos contextos em que o jovem se encontra” (Matos, M., 2002, p.31). Com efeito, os contextos sociais e interpessoais representam para adolescente desafios que podem, por um lado, promover um desenvolvimento normal e adaptativo e, por outro lado, despoletar problemas de ajustamento

com consequências negativas que, dalgum modo, podem comprometer a saúde do sujeito em questão.

É também nesta fase que um outro fenómeno surge, o processo da desvinculação. Assim, genericamente, a vinculação constrói-se na interacção entre as necessidades inatas da criança e as reacções reais do meio que a envolve, traduzindo-se em sistemas de representações que são activados ao longo de toda a vida. Permitindo, portanto, organizar a percepção do mundo quando o indivíduo está numa situação de vulnerabilidade ou de aflicção (Guedeney, N.; Guedeney, A., 2004). Ao longo do processo de desenvolvimento, os laços de vinculação com as figuras significativas, normalmente os pais, vão-se alargando também para o grupo de pares. Logo, inicia-se o processo de desvinculação da família nuclear, no sentido de desenvolver uma identidade pessoal e social. É neste contexto de desvinculação familiar e início de vinculação com os pares que outro fenómeno surge, o fenómeno da socialização, que se realiza a partir de todas as instâncias da vida social, nomeadamente, a escola, os grupos de pares, para além da família.

Na etapa da adolescência, a autonomia em relação aos pais torna-se uma realidade necessária, onde simultaneamente, se começam a estabelecer relações mais significativas com os pares e a desenvolver sentimentos de pertença em relação aos mesmos (Urda, T.; Klein, S., 1998). Neste sentido, a autonomia tem como característica fundamental, o poder do adolescente em tomar decisões pessoais sobre a sua saúde, a sua integridade física e psíquica e as suas relações sociais. Não obstante, a adolescência constitui um período estreito de escolhas, de oportunidades e, inclusivamente, a adopção de atitudes saudáveis, incluindo responsabilidades e direitos acerca da sua saúde a nível geral como sexual (Matos, M., 2002). Essas decisões são tomadas de acordo com os valores e crenças pessoais, expectativas, necessidades, considerando e compreendendo as consequências das suas escolhas. Portanto, é na família que as crianças estabelecem as suas primeiras e primordiais relações sociais, preparando-se, assim, para conviver em inter-relação com os outros, sendo uma pré-preparação para as relações afectivas e de pertença mais tarde irá se vincular.

É durante o processo de socialização que o adolescente é confrontado com uma sociedade cada vez mais exigente, onde são valorizados os padrões de beleza e estereótipos de perfeição física. Por vezes, o adolescente passa por muitos conflitos, quando o assunto é o corpo. Na perseguição de uma imagem corporal ideal muitos adolescentes sujeitam-se a dietas rigorosas, ingerem medicamentos, fazendo depender a sua auto-estima de um conceito de beleza, tornando-se vulneráveis a uma imagem instável de si própria (Raich, R., 2001). Toda esta preocupação estética deve-se, sobretudo, à importância que a imagem tem no auto-conceito individual e na auto-estima do adolescente.

Em continuidade, também os estilos de vida e os hábitos alimentares adoptados pelos púberes podem afectar a sua saúde e o seu bem-estar psicológico, estando os adolescentes

susceptíveis de desenvolver perturbações alimentares, nomeadamente, a anorexia nervosa, causando, deste modo, “interrupção do crescimento e da maturidade sexual, baixo rendimento intelectual, vulnerabilidade às infecções”, enfim, todo o quadro associado à desnutrição (Ballone, G., 2002), e conseqüentemente ter efeitos na saúde durante a vida adulta.

A adolescência é um período crítico e oportuno para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a intervenção precoce.

ANOREXIA NERVOSA

Em geral, muito antes da doença estabelecida, os adolescentes podem apresentar alguma alteração do comportamento: hábito de fazer dieta mesmo quando o peso é proporcional a estatura; crítica e insatisfação com a alguma parte do corpo, podendo, mesmo, verificar-se uma diminuição gradativa das suas actividades sociais. Assim, todas estas modalidades de comportamento são de avaliação muito complexa, quando se trata de adolescente, dado que o isolamento, problemas de relacionamento, preocupação com o corpo, distorção da auto-imagem, aumento do apetite, modismos alimentares, etc., são característicos e esperados, fazendo parte da chamada "Síndrome da adolescência normal".

Os hábitos alimentares e os estilos de vida adoptados pelos adolescentes podem comprometer ou beneficiar a saúde, verificando-se a vários níveis. Estes hábitos alimentares e os estilos de vida em articulação com outros factores podem desencadear, especialmente na adolescência, distúrbios do comportamento alimentar, designadamente a Anorexia Nervosa (AN) (Matos, M., 2002).

É de denotar que a AN é especialmente grave na fase de desenvolvimento, onde compromete o desenvolvimento adequado para a pessoa, provocando por exemplo, uma estatura menor do que a que seria alcançada caso não houvesse anorexia (Callegari, A.; Scaparra, D., 2000). Esta perturbação é relativamente recente na nosologia psiquiátrica (DSM-IV-TR, 2002).

Neste sentido, esta patologia é definida, por R. Raich (2001, p.5), como uma doença crónica de “conduta alimentar em que a pessoa que a sofre apresenta um peso inferior ao que seria de esperar para a sua idade, sexo e cultura”. Em relação ao peso, este é verificado não só pelos kg, mas pelo índice de massa corporal (IMC), “determinado através da fórmula peso/Estatura²” (Matos, M., 2002, p.78). Os “valores obtidos nesta fórmula permitem categorizar o peso dos jovens desde a ‘magreza’ até à ‘obesidade’” (Matos, M., 2002, p.78). Em relação à primeira categoria, esta é considerada quando o valor do IMC é inferior a 17 (Matos, M., 2002).

Numa pesquisa bibliográfica sobre a AN verificamos que há autores que a consideram como um transtorno relativamente recente. Por outro lado, outros autores defendem esta patologia não é recente, uma vez que, há relatos da mesma desde a antiguidade (ver anexo I).

No que diz respeito ao diagnóstico da AN, este é, actualmente, baseado em critérios bem definidos no Manual Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (ver anexo II). Segundo este Manual (2002) o diagnóstico destas patologias pressupõe sempre um exame físico detalhado e exames complementares (análises e radiografias) que excluam outras afecções médicas ou psiquiátricas, mas é relativamente mais acessível quando a doença já está numa fase adiantada (DSM-IV-TR, 2002). Assim, é de salientar que o diagnóstico diferencial desta patologia é complexo, devido, essencialmente, à negação dos sintomas por parte das doentes, pela ocultação dos seus comportamentos bizarros e a sua resistência em reconhecer a doença e aceitar o tratamento e, ainda, porque outras patologias apresentam características típicas da AN (ver anexo II). Com efeito, a patologia que mais sintomas semelhantes têm aos da AN é a Bulimia Nervosa, tornando-se, desta forma, difícil realizar o desiste, uma vez que na AN as pessoas apresentam comportamentos bulímicos ou purgativos (vómitos, abuso de laxantes, diuréticos e enemas). Mas, estas duas patologias distinguem-se, pelo facto de que na Bulimia Nervosa, a pessoa conseguir manter o peso acima ou num valor minimamente normal (DSM-IV-TR, 2002).

Na realidade, a AN é um fenómeno complexo, bio-psico-social, dinâmico e multidimensional, resultando da interacção e da sinergia entre fisiologia, afectividade e o mundo sócio-cultural. Daí que as repercussões sejam ao nível comportamental, cognitivo, emocional, familiar, pares. Com Efeito, indagamos, como se processa em termos da coerência que existe entre pensamento, conduta e emoções presentes neste distúrbio?

DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS

O objectivo dos estudos epidemiológicos é fornecer dados estatísticos relativamente à extensão da morbidade e da mortalidade na população e relacionar estes dados com as características do ambiente e da população. Pode-se, então, considerar que a epidemiologia é o estudo da “distribuição e dos factores determinantes das doenças ou lesões nas populações Humanas (...) e ocupa-se da frequência, do tipo de doenças e dos factores que influenciam a sua distribuição”, sendo normalmente expressa em termos de incidência e de prevalência (Mausner; Bahn, 1999, p.11).

Nas últimas décadas, a prevalência da AN tem vindo a aumentar em vários países. Este facto é preocupante e as investigações epidemiológica sobre esta patologia estão, em parte, dificultada pela definição de casos clínicos, à baixa prevalência de perturbações do comportamento alimentar, à tendência de negação e/ou à ocultação por parte dos indivíduos com esta perturbação.

Este distúrbio alimentar afecta primariamente adolescentes do sexo feminino e jovens mulheres, ou seja, mais 90% dos casos, sendo 20 vezes mais frequente em mulheres do que em

homens (DSM-IV-TR, 2002). Dificilmente as manifestações ocorrem antes da puberdade. A idade de maior incidência da AN é aos 17 anos e raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos (Ballone, G., 2002). Neste sentido, Hoek (2002) concluir que os dados prováveis para a incidência da AN são cerca de pelo menos 8 por cada 100.000 pessoas ao ano (*in* Machado, P. et al., 2004). Calcula-se, ainda, que todos os anos apareçam 2.500 novos casos (Brilhante, M., 2006). Portanto, na população em geral, a AN afecta aproximadamente entre 0,5% a 1% das adolescentes e das jovens adultas. Evidenciamos que 45% dos casos ocorrem após dietas de emagrecimento e que 40% dos casos devem-se a situações competitivas (Ballone, G., 2002). Em Portugal, perspectiva-se que a prevalência da AN é relativamente baixa. Janete Frazão (2006) revela-nos que esta doença poderá atingir entre 0,3% e 0,6% da população Portuguesa e que dos casos existentes cerca de 12% afectam os adolescentes Portugueses.

De acordo com DSM-IV-TR (2002), o índice de mortalidade subsequente de AN ronda os 10%, sendo a maior de qualquer transtorno psicológico. Dulce Bouça (1999) afirma que “segundo estudos realizados, parcialmente apenas 40% dos casos recuperam totalmente, 30% recuperam, verificando-se um aumento de peso e o regresso da menstruação mas persiste a preocupação com a imagem corporal, 20% tornam-se crónicos e 5 a 10% acabam por falecer vítimas desta patologia. A “morte ocorre, na maioria dos casos, por inanição, suicídio e alterações hidroelectroíticas (DSM-IV-TR, 2002, p.587). Assim, a taxa de mortalidade varia, dependentemente, do tempo de duração do quadro, da precocidade da intervenção e do comprometimento do paciente na sua recuperação. Contudo, perspectivamos que os tratamentos que apresentam melhores resultados são aqueles iniciados o mais próximo possível do início da sintomatologia.

É de salientar que a AN “parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza” (DSM-IV-TR, 2002). De igual modo, Isabel do Carmo (1994, p.47), refere que a AN “é uma doença que afecta principalmente as sociedades ocidentais ou os países mais desenvolvidos, sendo mais frequente em indivíduos de raça branca e com características urbanas, provenientes das classes médias e médias-altas”.

No que se refere aos estudos realizados em Portugal, estes são escassos. Todavia, ajudam-nos a traçar um panorama sobre a prevalência deste distúrbio alimentar e a compreender, embora precariamente, quais os factores de risco associados, por exemplo. Neste sentido, num estudo realizado pelo grupo – Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar dirigido por Isabel do Carmo (1996), a 2, 422 mulheres da área de Lisboa com idades compreendidas entre os 10 os 21 anos, verificou-se uma prevalência de 0,4% para AN e 12,6% para síndromes parciais (Sampaio, D., 2002). Neste estudo não foi relatado qualquer dado em relação à prevalência da doença no género masculino. Ainda neste estudo foi possível constatar que os dados supracitados correspondem à média de prevalência da AN mencionados no DSM-IV-TR (2002). Entretanto, referimos que é de extrema relevância verificar que diferenças existem entre os vários estudos

realizados no nosso país, sobre esta patologia, ma medida em que, permite analisar, por exemplo a evolução da prevalência da AN. Deste modo, serão apresentados, muito sucintamente, alguns estudos sobre a temática em questão no anexo III.

Se é certo afirmar que estes dados tão preocupantes adquiriram, ultimamente, grande relevância no que respeita à AN enquanto factor determinante de risco para a saúde física e mental do adolescente, é igualmente correcto inferir que carece a realização de trabalhos de investigação que busquem relacionar os sinais e as características apresentadas pelos anorécticos, de forma a ser possível a elaboração de programas preventivos, por exemplo. Enfatizamos, inclusivamente, que no futuro é importante continuar a investigar para ampliar o conhecimento teórico e clínico dos problemas complexos associados à anorexia, para quem sabe, chegar a uma maior eficácia de intervenção, e assim, ser possível minimizar, numa primeira instância, os efeitos da patologia quando esta já foi diagnosticada. Também gostaríamos de lembrar que esta patologia tem repercussões ao nível do sistema de saúde. Neste caso, será que os estados de cada país estão sensibilizados para a melhor forma de prevenir a doença? Que medidas estarão a tomar? Serão remediativas e interventivas ou preventivas?

Uma vez a patologia instalada e diagnosticada há diversas formas indicadas como modalidade de tratamento. Ressaltamos a importância da psicoterapia individual e familiar em complementaridade com as entidades médicas específicas e a farmacologia. É obvio que emerge a precocidade do diagnóstico e o reconhecimento da patologia por parte do próprio adolescente.

FACTORES DE RISCO

A AN é considerada como uma doença multi-factorial, desencadeada por uma mescla de factores biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais (Gonçalves, S., 2004). Deste modo, podemos deduzir que AN é encarada como uma doença resultante de uma interacção complexa, inter-dependente e inter-influente de diversos factores, sendo estes transtornos alimentares, hoje em dia, observados numa visão bio-fisiológica, psico-emocional, sócio-cultural e familiar. No entanto, segundo vários estudos epidemiológicos, os factores, anteriormente referidos, não actuam sozinhos no desencadeamento da AN.

Mais do que a identificação dos vários factores de risco, importa sim, a compreensão da interacção que ocorrem entre factores de predisposição, precipitação e manutenção.

Neste sentido, Cooper (1995) propôs um modelo conceptualizador da evolução das perturbações alimentares, que consistia nas várias fases ou momentos que traduzem a interacção dos vários factores: (i) *na primeira fase, o individuo é exposto a determinados factores de risco ou de predisposição, que ocorrem antes do inicio da perturbação e aumentam a probabilidade do desenvolvimento da perturbação, não a tornando, no entanto, inevitável;* (ii) *na segunda fase,*

acontece no período entre o desenvolvimento de um precursor comportamental, normalmente a dieta e o início propriamente dito da perturbação clínica. E ainda os determinados factores precipitantes, podem ocorrer e aumentar o risco de desenvolvimento da perturbação; (iii) na terceira fase, são considerados, os factores de manutenção em interacção com os factores protectores determinam o curso e a evolução da perturbação (in Gonçalves, S., 2004). Assim sendo, este modelo, permite perceber a complexidade da etiologia das perturbações do comportamento alimentar, em que os determinados factores são simultaneamente importantes no início e na manutenção da perturbação do comportamento alimentar

Em continuidade, serão apresentados os factores de risco que mais contribuem para o aparecimento e manutenção da AN.

Factores de risco bio-fisiológicos

A susceptibilidade genética é aquela que poderá aumentar o risco da doença, mas que não é absolutamente necessária, nem suficiente para que esta se expresse. Segundo Sampaio (2002 p.89), “numerosos estudos têm procurado determinar alterações biológicas características dos doentes de AN”, de forma a ser possível verificar se os aspectos biológicos estão na origem, no desenvolvimento e na manutenção da AN. Entretanto, Sónia Gonçalves (2004) alerta que é necessário precaução aquando da análise e interpretação dos resultados que evidenciam alterações biológicas. Posição que subscrevemos, pois por vezes essas alterações nem sempre são as causas, mas os efeitos, por exemplo ao nível do sistema neuroendócrino.

Nos últimos anos tem-se avançado bastante para o conhecimento dos factores genéticos implicados no aparecimento da AN, sustentando a hipótese de que existe predisposição genética para esta patologia. Assim, os estudos de famílias, de gémeos e de crianças adoptadas, (esta última não encontramos dados para fazer uma abordagem), contudo consideramos que poderia ser uma linha de investigação na confirmação ou despiste da hereditariedade da AN, permitindo, deste modo a separação entre factores genéticos e biológicos.

No que se refere aos estudos de família, um estudo realizado por Strober (1992), permitiu apontar que há uma grande probabilidade de adolescentes desenvolverem a AN cujos pais tinham perturbações do comportamento alimentar (*in Gonçalves, S., 2004*). Sendo aproximadamente 6% a 10% dos “familiares do sexo feminino de anorécticos sofrem também da mesma doença”, principalmente em familiares de primeiro grau, segundo Gleitman, H., Fridlund, A. e Reisberg, D. (2003, p.124).

Em relação ao estudo de gémeos, Holland e col. (1988) concluíram, a existência de uma taxa de concordância muito maior em gémeos monozigóticos, cerca de 55%, em comparação com gémeos dizigóticos, cerca de 5% (*in Gonçalves, S., 2004*). Em 1990, Treasure e Holland,

declaram que esta concordância é particularmente elevada na anorexia de *tipo restritivo*, no início da adolescência (*in* Gonçalves, S., 2004).

Nesta linha de abordagem, os factores fisiológicos associados à AN podem resultar, inclusive, de uma restrição alimentar significativa, nomeadamente a *inanição, os distúrbios de sono, a amenorreia, a hipotensão, a bradicardia, a temperatura corporal baixa, a queda de cabelo e o lanugo*, entre outros, estão presentes em qualquer indivíduo com restrição alimentar significativa (Gonçalves, S., 2004). Com este estudo, foi possível verificar que a inanição e a perda significativa de peso conseguem desencadear sintomas fisiológicos próprios das perturbações alimentares, bem como alterações cognitivas e emocionais características deste transtorno alimentar. Todavia, estas alterações não são específicas destas perturbações, dado que, para Yates (1989) estas variações podem dever-se ao stress causado pela ingestão alimentar reduzida ou por mecanismos envolvidos na tentativa de recuperar a homeostase (*in* Gonçalves, S., 2004). Podemos deduzir que tais efeitos terão um impacto significativo ao nível do humor, do comportamento, da cognição e da percepção da pessoa.

É também pertinente debruçarmo-nos sobre os sistemas endócrino e neurológico como explicações plausíveis da problemática em questão. Alguns estudiosos levantam a hipótese de que os neurotransmissores são responsáveis por alterações neuroendócrinas e metabólicas e têm um papel importante na manutenção e perpetuação destas patologias (Gonçalves, S., 2004). Existem vários neurotransmissores presentes e relacionados com este transtorno, embora o mais estudado seja a serotonina, uma vez que está relacionada com a regulação do humor, dos impulsos e do apetite (Gonçalves, S., 2004). O autor Keye (2002) defende que o controlo comportamental está intimamente ligado a este neurotransmissor (*in* Gonçalves, S., 2004). Todavia, estes mesmos autores acrescentam que, por si só, este neurotransmissor não representa um factor de risco.

De facto, existem diversas evidências de que os factores genéticos contribuem para o desenvolvimento desta patologia, embora não constituindo a sua causa directa. Bulik (2000) concluiu que muitas vezes, após a primeira dieta, os indivíduos que têm vulnerabilidade genética, a probabilidade de desenvolver AN é maior (*in* Gonçalves, S., 2004).

Neste momento podemos concluir que as concepções teóricas que defendem a origem genética da etiologia na AN, podem fazer uma leitura sobre as consequências fisiológicas de uma restrição alimentar. Advogamos que a predisposição genética não constitui por si só um factor explicativo para o desenvolvimento da AN.

Factores psicológicos

Dos vários factores psicológicos associados à AN podemos verificar que as características pessoais e as experiências pessoais podem ser determinantes para o desenvolvimento deste transtorno.

Uma das características pessoais mais estudadas nos adolescentes é a auto-estima. A auto-estima é como o “valor auto atribuído, aceitação pessoal pelo próprio ou um sentimento de competência pessoal auto-percebido” (Gonçalves, S., 2004, p.67). Bandura (1986) defende a ideia que os indivíduos têm de si mesmos deriva da forma como são tratados pelos contextos e pelo ambiente social (*in* Gonçalves, S., 2004). Daí deduz-se que a auto-estima na adolescência é de maior vulnerabilidade. Os adolescentes com baixa auto-estima tendem a desenvolver distúrbios do comportamento, nomeadamente a AN. Nos adolescentes com este transtorno alimentar, o factor da auto-estima aparece associado às *expectativas pessoais elevadas, auto-critica, culpa, necessidade de aprovação pelos outros, e sensibilidade interpessoal*, de acordo com Connors (1996 *in* Gonçalves, S., 2004). Quando os comportamentos para a perda de peso, cuja a finalidade é a de atingir a imagem corporal perfeita podem derivar de uma baixa auto-estima, uma vez que o indivíduo apresenta-se, deste modo, vulnerável face às pressões sociais e aos ideais de beleza (Polivy e Herman, 1993 *in* Gonçalves, S., 2004).

O perfeccionismo considerado como o estabelecimento de *expectativas e exigências pessoais elevadas e o medo de falhar* (Gonçalves, S, 2004) aparece, muitas vezes, associado à tentativa de impulsionar a imagem pessoal e o auto-controlo. Neste sentido, os transtornos alimentares parecem estar associados ao perfeccionismo. Slade (1982) “refere que a combinação de baixa auto-estima e perfeccionismo pode potenciar a dieta como meio de restabelecer o sentimento de auto-controlo” (*in* Gonçalves, S., 2004, p.72). Com efeito, indagamos qual a relação entre perfeccionismo e sentimento sucesso?

A insatisfação com a imagem corporal é “normalmente operacionalizada como a diferença entre o peso/imagem corporal idealizado e o peso/ imagem corporal real ou actual” (Gonçalves, S., 2004, p.74). No entanto, esta definição pode apresentar limitações, uma vez que nem todas as mulheres que não apresentem um corpo auto-idealizado se sintam insatisfeitas com ele. A este factor estão ainda associadas a influencia das famílias, dos pares, dos meios de comunicação e outros factores psicológicos, como as emoções, a depressão a auto-estima, etc.

Considera-se, inclusive, que o “desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar é determinado por acontecimentos de vida adversos geradores de stress em interacção com factores individuais como a baixa auto-estima e o perfeccionismo” (Slade, 1982 *in* Gonçalves, S., 2004, p.58).

Para além disto, também certos acontecimentos de vida, como a morte, as separações, os conflitos conjugais, as doenças físicas e o abuso sexual são muito comuns na história de indivíduos com perturbações alimentares (Gonçalves, S., 2004).

Ao falarmos de abuso sexual podemos considerar, fundamentando-nos em Connors (1995), que a perda significativa de peso em alguns indivíduos com experiência de abuso sexual poderá significar um desejo de ser fisicamente pouco atraente, e conseqüentemente evitar contactos sexuais (*in* Gonçalves, S., 2004). Neste sentido questionamos, será que a imagem fragilizada de um corpo magro teria, então, como função o evitamento do abuso psicológico, físico e sexual futuro?

Salientamos a importância que os pares podem desempenhar no “desenvolvimento de comportamentos alimentares problemáticos através do reforço social (por exemplo, comentários para fazer exercício físico ou dietas), modelagem, e gozo ou troça com comentários negativos acerca do aspecto físico em geral ou sobre o peso e forma corporal em particular” (Lieberman; Gauvin; Bukowski, White, 2001 *in* Gonçalves, S., 2004, p.64).

Portanto, os factores psicológicos têm, de facto, um papel preponderante para o desenvolvimento e manutenção da AN. Consideramos que estes factores de risco são mais determinantes na perpetuação da patologia.

Factores de risco sócio-culturais

A cultura é um poderoso determinante de peso, influenciando não só o contexto do comportamento alimentar e as actividades físicas, mas atribuindo também significados sociais e morais ao peso e forma corporal.

Estudos efectuados concluíram que as perturbações do comportamento alimentar são mais prevalentes nas classes média e alta em países industrializados ou ocidentais (DSM-IV-TR, 2002). Nas últimas décadas, a pressão cultural para uma figura corporal esbelta e a realização de dietas, fazendo-se sentir especialmente nas mulheres, impondo-lhes um ideal de beleza progressivamente mais magro e em discrepância com a media do peso corporal nas mulheres ocidentais que, durante o mesmo período de tempo, aumentou (Gonçalves, S., 2004). Segundo a perspectiva feminista, as perturbações do comportamento alimentar resultam da valorização de uma imagem corporal idealizada, que poucas mulheres conseguem atingir e onde as pressões sociais para obter um corpo magro são consideradas, uma tirania numa sociedade cujo domínio pertence aos homens.

O estereótipo da aparência física assenta na crença que os indivíduos com uma aparência física atraente possuem um conjunto de características de personalidade desejáveis, tendo mais sucesso e uma vida mais feliz que os indivíduos com uma aparência física menos atraente

(Feingold, 1982 *in* Gonçalves, S., 2004). Embora ambos os sexos sejam vítimas deste estereótipo, ele é mais acentuado em relação às mulheres, levando-as a perceberem a aparência física como um factor determinante na sua vida e a adoptar de estilos de vida e comportamentos nutricionais, de certa forma, inadequados.

Actualmente, os meios de comunicação social transmitem uma imagem de beleza feminina prototípica com pesos corporais normalmente muito abaixo dos pesos da população em geral. Assim, a comunicação social tem sido apontada como tendo um papel relevante na transmissão e perpetuação da importância da aparência física e do ideal de magreza. Assim sendo, os media não se limitam a disseminar o ideal de beleza, mas prescrevem também estratégias adequadas para o alcançar (Gonçalves, S., 2004).

Especialmente importante como factor de risco para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares é a imagem implícita em muita publicidade: a ideia que a beleza é uma questão de esforço e auto-disciplina e que um corpo belo e o sucesso que lhe está associado está ao alcance de qualquer mulher.

As adolescentes referem maior insatisfação com a imagem corporal na consequência da observação das revistas de moda do que as mulheres adultas (Shaw, 1995 *in* Gonçalves, S., 2004), mas a imagem corporal que os media promovem é impossível de alcançar por muitas mulheres fazendo com que este ideal se reflecta em comportamentos alimentares conturbados.

A pressão dos órgãos de comunicação social, dos pares e da própria família, levam a que as crianças mais gordas sejam alvo de troça por parte dos colegas. Todos estes vectores, em conjunto, levam as crianças a acreditar que, realmente, “é esteticamente agradável ser magro”. Alguns investigadores, também, perceberam que as meninas que são alvo de troça por parte dos seus colegas apresentam uma personalidade mais frágil e uma baixa auto-estima, mesmo quando não são, de facto, gordas (Gonçalves, S., 2004).

É de salientar que, não existe uma etnia ou cultura imune ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, no entanto parece ter uma maior prevalência em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza.

Segundo Arriaza e Mann (2001), brancos, asiáticos e hispânicos, apresentam níveis equivalentes de preocupação acerca do seu peso e forma corporal (*in* Gonçalves, S., 2004). Devemos ter em conta que, a etnia é um constructo complexo e, ainda, não é claro se os efeitos da etnia nas atitudes e nos comportamentos alimentares estão relacionados com outros factores sociais (Gonçalves, S., 2004).

Nas actividades desportivas ao nível de alta competição, a AN acontece de forma mais acentuada nas mulheres (Gonçalves, S., 2004), dado que, a elevada pressão a que elas são

sujeitas e a necessidade de terem um peso que esteja rigorosamente dentro de certos limites são razões compreensíveis para que se desencadeie uma perturbação do comportamento alimentar.

Não nos podemos esquecer que a AN está, muitas vezes e particularmente, associada a actividades específicas, tais como: Modelos, Bailarinas, onde a exigências profissionais são, maioritariamente, promotores de comportamentos de risco para desenvolver esta patologia.

Assim, parece existir uma evidência de que os factores supracitados constituem um papel importante no desencadeamento da AN. Contudo, salvaguardamos, novamente, que estes factores não podem ser considerados os mais elementares para o despolotamento da doença, já que só uma minoria dos adolescentes é que a desenvolve. Também gostaríamos de enfatizar que, por exemplo, os meios de comunicação podiam ser um meio mediador entre a forma como se transmite certos constructos e a internalização do ideal de beleza por parte dos jovens.

Factores familiares

A família ou melhor as relações entre os seus membros constituem uma base primordial na vida de qualquer indivíduo. Ela representa um contexto social específico no qual, entre outros aspectos, as atitudes comportamentais, os comportamentos associados ao peso, o aspecto físico e a alimentação são desenvolvidos.

As anorécticas nos seus relatos caracterizam as suas famílias como “estáveis, não conflituosas, coesas e com afecto e carinho” (Vandereyken, 1995 *in* Gonçalves, S., 2004, p.112). Por outro lado, Minuchin et al. (1978) define as famílias das doentes com esta perturbação alimentar como emaranhadas, onde existe um excessivo envolvimento e protecção, comprometendo assim a individualização e controlo da criança e do adolescente, e onde os membros são poucos autónomos. São também rígidas na sua organização, apresentando poucas fronteiras interpessoais, e tendendo a evitar discussões abertas ou discórdia entre os seus membros. Para autores como Stieger e Stotland (1995), a recusa alimentar pode ser conceptualizada como uma tentativa de alcançar um controlo pessoal e limitar a influência dos outros, pois, estas famílias são caracterizadas pela excessiva protecção e dificuldades nas fronteiras entre os seus membros (*in* Gonçalves, S., 2004).

É sabido que a família é um local de modelagem de comportamentos e atitudes e será de esperar que as atitudes dos pais, e mais especialmente da mãe, influenciem as filhas neste aspecto. É mais ou menos consensual que, as perturbações do comportamento alimentar são comuns entre os elementos da mesma família (Gonçalves, S., 2004). Por exemplo, uma mãe com uma dieta restrita e prolongada pode encorajar involuntariamente a filha a fazer o mesmo e potenciar assim o desenvolvimento de quadras parciais ou clínicas das perturbações do comportamento alimentar.

Os tipos de laços afectivos existentes nas famílias podem influenciar a forma como as adolescentes se desenvolvem durante a sua infância e adolescência. Como inicialmente referimos, a vinculação pode constituir uma perspectiva útil na compreensão das perturbações do comportamento alimentar. Segundo a teoria de vinculação de Bowlby, uma vinculação ansiosa e insegura, com medos de abandono e dificuldades de autonomia, distinguem os jovens com perturbações do comportamento alimentar daqueles que não sofrem de qualquer tipo de perturbação, como refere O’Kearney (1996 *in* Gonçalves, S., 2004).

Um estudo realizado em Portugal por Pinho (2000) “com 43 pacientes diagnosticados com diferentes perturbações do comportamento alimentar, conclui que a proporção de sujeitos com vinculação segura, era semelhante a dos sujeitos com vinculação ansiosa” (*in* Gonçalves, S., 2004). Para Main e Boldwyn (1988) consideram que a maioria dos sujeitos classificados como seguros apresentavam que a segurança ganha era caracterizada por elevados índices de coerência na *Addult Attchament Interview* (1985) (*in* Gonçalves, S., 2004). De um modo geral, a revisão da investigação nesta área suporta a hipótese de que as perturbações ao nível da vinculação estão presentes nas jovens mulheres com perturbações do comportamento alimentar.

Não existe uma razão clara para o aumento persistente da prevalência da AN a nível mundial. Apenas podemos constatar que esta patologia é multi-factorial e que qualquer um dos factores de risco anteriormente referidos, não constitui a base explicativa para o aparecimento, mas apenas para a continuidade da patologia.

CONCLUSÃO

Cada fase do desenvolvimento psicossocial, pelas suas características próprias, constitui uma oportunidade para serem ensinadas atitudes e comportamentos saudáveis. Os hábitos não saudáveis adquiridos na infância e juventude podem comprometer, directa e irreversivelmente em alguns casos, o desenvolvimento característico de cada fase do crescimento, nomeadamente a Anorexia Nervosa.

Esta perturbação do comportamento alimentar é considerada como perturbações graves, com etiologia muito complexa e envolve diversos factores internos e externos. Com efeito, concluímos que isoladamente, nenhum factor etiológico é por si só suficiente para explicar o desenvolvimento de um distúrbio alimentar ou contribuir substancialmente para explicar a variância entre os jovens com distúrbios alimentares, carecendo mais investigação nesta área.

O crescente aumento da incidência destas perturbações tem preocupado clínicos da área, mas na realidade parece-nos que este fenómeno está correlacionado com os modelos sociais contemporâneos. Assim sendo, deve constituir uma preocupação e responsabilização social, e não somente nas dimensões familiares, individuais ou médicas. Neste sentido, a sociedade tem

um papel preponderante ao veicular determinados ideais de beleza, como exemplo, a imagem corporal frequentemente associados à magreza acentuada. Por outro lado, as Instituições escolares têm um papel fundamental na educação dos adolescentes, pois podem proporcionar-lhes conhecimentos sobre uma alimentação adequada, os benefícios da actividade física e regras para manter o bem-estar físico e psicológico. E, ainda, o papel preponderante da família tanto na educação como na monitorização, de forma a prevenir, dentro do possível, qualquer desajuste no adolescente, a vários níveis, inclusive a problemática analisada.

Estas perturbações afectam, essencialmente, as mulheres jovens do sexo feminino, para quem, o desejo de conseguir um corpo magro torna – se, por vezes, o ponto fulcral nas suas vidas, sendo encarado como um grupo de risco em que é urgente intervir.

Para o tratamento desta patologia é de extrema importância uma intervenção de carácter multidisciplinar, nomeadamente, um médico de clínica geral ou familiar, um psiquiatra, um nutricionista, um psicólogo, um terapeuta familiar. Existem em Portugal três serviços médicos especializados neste tipo de doenças: Hospital de Santa Maria, à consulta de Doenças do Comportamento Alimentar em Lisboa; Psiquiatria do Hospital de S. João, no Porto e Psiquiatria dos Hospitais da Universidade, em Coimbra (Sampaio, D., 1996). Não obstante, é de salientar o papel activo e permanente da família tanto no acompanhamento como de suporte afectivo e emocional ao longo de todo o processo terapêutico. De facto, a família representa nestes casos, um papel preponderante, pois esta constitui normalmente uma fonte muito mais fidedigna de informação acerca da evolução da doença nos jovens, uma vez que este, geralmente negam a doença, também, gravidade da situação concreta.

BIBLIOGRAFIA

Ballone G. J. (2002). *Transtornos Alimentares*. [on-line] Texto revisto em Dez. 2003 [citado em 2006-11-19]. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>.

Callegari, A.; Scaparra, D. (2000). *Como Enfrentar a Anorexia e a Bulimia*. Editorial Estampa. Lisboa.

Carmo, I. (1994). *A vida por um fio: A Anorexia Nervosa*. Relógio D' Água. Lisboa.

Cordas, T. A. (2004). *Transtornos Alimentares: Classificação e diagnóstico*. *Revista Psiquiátrica Clínica*. Vol. 31, nº4, p.154-157. S. Paulo. [on-line] 2004 [citado em 2006-12-09]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400003&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0101-60832004000400003.

Frazão, J. (2006). *Anorexia – Magreza volta a matar: Duas tragédias numa semana*. *Correio da Manhã*. Lisboa. [online] 11 Nov. 2006 [citado em 23 Nov. 2006]. Disponível em: <http://www.correiomanha.pt/noticia.asp?id=221588&idselect=10&idCanal=10&p=200>.

Bouça, D. (1999) *Anorexia, nossa inimiga*. Lisboa. [on-line] 2000 [citado em 23 Nov. 2006]. Disponível em: <http://www.fcsh.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/anorexia/nossa.inimiga.htm>.

Gleitman, H.; Fridlund, A. J.; Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. (6ª edição). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Guedeney, N.; Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Climepsi Editores, Lisboa.

Machado, P. P. P. et al. (2004). *Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de utilização dos Serviços*. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*. vol. 1. nº 1. Braga. [on-line]. 2004 [citado em 19 Nov. 2006]. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2938/1/>.

Matos, M. G. (2002). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois) – Aventura Social e Saúde*. Edições FMH. Lisboa.

Mausner; Bahn (1999). *Introdução à Epidemiologia*. (2ª edição). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Miguel, B. (2003). *Anorexia e Bulimia: os fantasmas da balança*. [on-line] 25 Out. 2003 [citado em 06 Dez. 2006]. Disponível em: <http://www.pcd.pt/noticias/ver.php?id=5075>.

Raich, R. M. (2001). *A Anorexia e Bulimia*. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.. Lisboa.

Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos: Diálogos com adolescentes*. (14ª edição). Editora Caminho. Lisboa.

Sampaio, D. (2002). *Vivemos livres numa prisão*. Circulo de Leitores. Braga.

Soares, I. et al (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Quarteto Editora. Coimbra.

Sprinthall, N. A.; Collins, W. A N. (2003). *Psicologia do Adolescente – Uma abordagem desenvolvimentalista*. 3ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Urdan, T.; Klein, S. (1998). *Earl Adolescence: A Review of the Literature. Paper prepared for the U.S. Department of Education and Office of Education Research and Improvement*. Berkeley, p.1-33.