



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FÁTIMA APARECIDA DOS SANTOS DE CASTRO REIS

**O EFEITO DA FLUOXETINA NO TRATAMENTO
DA ANOREXIA**

ARIQUEMES – RO

2011

Fátima Aparecida dos Santos de Castro Reis

**O EFEITO DA FLUOXETINA NO TRATAMENTO
DA ANOREXIA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharel em Farmácia.

Prof. Orientador: Esp. Jonas Canuto da Silva.

ARIQUEMES – RO

2011

Fátima Aparecida dos Santos de Castro Reis

**O EFEITO DA FLUOXETINA NO TRATAMENTO
DA ANOREXIA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharel em Farmácia.

Prof. Orientador: Esp. Jonas Canuto da Silva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador Esp. Jonas Canuto da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Viviane Guimarães Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Cláudia Santos Reis
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 15 de dezembro de 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar presente em todos os momentos de minha vida.

Aos meus filhos (Maria Eduarda dos Santos Reis e David Luiz de Castro Reis) ao meu marido (Luiz Carlos Ribeiro dos Reis), que me deu a oportunidade de concluir esse curso e sempre torceram pela minha vitória.

A todos docentes que durante o transcorrer do curso foram pacientes, desprendidos de seus conhecimentos, dividindo um saber e aprender que muito contribuiu para minha formação.

As minhas amigas Letícia Silva e Fernanda Maximo Souza, e todas as pessoas especiais que fizeram e fazem parte da minha vida que me ajudaram de uma forma ou outra a alcançar esse objetivo.

RESUMO

O objetivo deste estudo é alertar a sociedade sobre a anorexia doença que vem causando trágicos sofrimentos e mostrar a possibilidade de tratamento ao chamado corpo perfeito. Essa doença tem aumentado devido à preocupação excessiva com a estética corporal, isso porque a sociedade vem exigindo um padrão de beleza considerado adequado como se todos tivessem que ser magros, deste modo a anorexia vem crescendo de forma alarmante, porém discreta, entretanto não se pode fingir que ela não exista, pois pessoas têm sofrido secretamente com a doença. A Anorexia só é levada a sério quando o paciente entra em estado notável, onde sua imagem fica distorcida ao considerado de uma magreza saudável. O doente que não for tratado de forma adequada corre o risco de iniciar uma fase grave de problemas psicológicos, patológicos e sociais. Ao final, o presente estudo demonstra que a fórmula que apresenta melhor resultado no tratamento é a Fluoxetina, ela inibe seletivamente a recaptção pré-sináptica da serotonina facilitando assim a neurotransmissão serotoninérgica sendo usada em pacientes com Anorexia. Para a realização deste trabalho foi utilizada pesquisa bibliográfica, procurando extrair as contribuições mais importantes ao estudo do tema dentre o material teórico acessado. As fontes utilizadas para a consulta foram de bases de dado eletrônicas: Lilacs, Scilo, Bvs, Revista da Saúde e livros da Biblioteca Julio Bodignon.

Palavras-chave: Anorexia, Fluoxetina, adolescência.

ABSTRACT

The objective of this study is to alert the company about a disease that has been causing trafficking sufferings during centuries and show the possibility of treatment called perfect body. This disease has increased due to preoccupation with the body aesthetics, this is because the society is demanding a standard beauty considered appropriate as if everyone had to be lean, thus Anorexia is growing alarmingly, but discreet, however we cannot pretend that it does not exist, because people have suffered secretly with the disease. Anorexia is taken seriously only when the patient goes into notable State, where your image is distorted to considered a healthy thinness. The patient who is not treated properly could start a serious phase of psychological problems, social and pathological. In the end, this study demonstrates that the formula that displays the best result in treatment is fluoxetine, it selectively inhibits reuptake pré-sinápti. For the realization of this work was used bibliographic research, attempting to extract the most important contributions to the study of the subject among the theoretical material accessed. The sources used for the consultation were of databases since electronic: Lilacs, Scyllo, Bvs, Reviewed the Health and books in the Library Julio Bodignon.

Tags: Anorexia, Fluoxetine, adolescence.

ABSTRACT

Keywords:

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 METODOLOGIA	10
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4.1 ANOEXIA.....	11
4.1.1 O uso da fluoxetina tratamento da anorexia.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

INTRODUÇÃO

A anorexia é uma doença grave com alto grau de morbidade, sobretudo na adolescência, quando frequentemente iniciam e afetam ampla e severamente o desenvolvimento do indivíduo. Entre os transtornos temos distúrbio alimentar que surge ao longo de alguns meses, após a insistência na mesma dieta a qual provoca perda excessiva de peso. Apesar de incidência baixa de números de casos, seu índice de mortalidade é relativamente alto. Alguns dos pacientes morrem sem conseguir resultados com o tratamento e outros por serem pessoas de baixo poder aquisitivo nem o fazem. Essa é uma doença que há muito tempo não pode ser rotulada como doença de modelo, isso porque as adolescentes têm uma preocupação excessiva com o peso e querem acompanhar um padrão de beleza da mídia. (PINZON et al., 2004).

No entanto esta doença é acompanhada por várias complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e das práticas compensatórias inadequadas para o controle do peso como: vômito, o uso diurético e laxativo. O exame clínico inclui uma investigação detalhada das alterações relacionadas com a redução do peso corporal, do padrão alimentar atual, da frequência da gravidade dos métodos de purgação e da intensidade da prática de atividade física. (ASSUMPÇÃO et al., 2002).

Vários medicamentos têm sido avaliados para o tratamento da Anorexia, porém a Fluoxetina é o mais indicada no momento. (BALDESSARINI, 2002).

Desta forma as informações sobre a Anorexia e a utilização de Fluoxetina que serão aqui levantadas servirão para o esclarecimento da população, e dos profissionais da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre os efeitos da fluoxetina no tratamento da anorexia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar as causas que levam a anorexia.
- ✓ Reconhecer os sintomas da anorexia.
- ✓ Apresentar o mecanismo da anorexia no organismo.
- ✓ Apresentar o mecanismo de ação farmacológica da fluoxetina no tratamento da anorexia.

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado a partir de revisões bibliográficas. Para a realização do texto, foram feitas uma serie de seleções de artigos nacionais e internacionais retirados em bases de dados: Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica; livros, artigos, BVS, SCIELO, LILACS, Ministério da Saúde e livros da Biblioteca Julio Bodignon, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Como bases de estudo foram utilizadas monografias, artigos científicos. A pesquisa foi realizada no período de 1990 a 2011.

As palavras chaves utilizadas foram: anorexia, fluoxetina, adolescência.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 FATORES ENVOLVIDOS NA ANOREXIA

São denominados distúrbios alimentares os transtornos causados pela perturbação no comportamento alimentar. Esta perturbação pode ser progressiva gerando sintomas estáveis durante toda a vida do paciente. Para que os sintomas evoluam até o estado de crise, várias circunstâncias podem estar envolvidas, entre estas a exacerbação dos sintomas físicos, perturbação psicológica, angústia interpessoal ou alguma combinação dessas áreas do funcionamento. Fatores psiquiátricos, biológicos, familiares e socioculturais também estão envolvidos no processo. O padrão estético de magreza imposto pela sociedade pode levar a insatisfação pessoal, e a busca pelo chamado “peso ideal” pode contribuir no aumento da vulnerabilidade, fazendo com que o indivíduo opte por uma dieta severa. Por outro lado, uma dieta por si só não constitui uma condição suficiente para desencadear um distúrbio alimentar, mas é fator necessário, uma vez que não existem distúrbios alimentares sem dieta. É comum em países desenvolvidos, cujas principais vítimas são mulheres jovens. (revista, 1998).

4.2 ANOREXIA

Inúmeros são os casos relatados ao longo do século. Na Grécia e no Egito era comum o jovem passar por períodos de jejum prolongado cuja finalidade era obter a benevolência dos deuses. Já ou anorexia nervosa ou anorexia nervosa no Oriente, várias culturas usavam o jejum ascético como forma de elevação espiritual. Na tradição hindu, há casos de abstinência alimentar com características diagnósticas da anorexia (OVADIA, 2007).

A anorexia, também chamada de anorexia nervosa é definida por uma recusa alimentar que provoca um quadro de desnutrição grave, conhecido como caquexia. Conhecida desde o final do século XX através de concepções como síndrome específica com características clínicas distintas que se manifestam de maneira semelhante em vários países. A anorexia nervosa está relacionada basicamente com comportamentos que levam à perda de peso. Estes fatores fazem

com que a pessoa tenha medo de engordar, além de gerar distúrbios endócrinos (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Na Idade Média, por exemplo, a gordura era sinal de saúde, prosperidade e beleza e a magreza representava um perigo, sendo associada com muitas doenças, sobretudo a tuberculose. Este fato causou indignação entre jovens religiosas, que passaram a recusar alimentos. Um exemplo clássico foi o fato ocorrido com Santa Catarina de Siena. Nascida em 1347, foi educada por sua mãe, uma mulher dominadora, com quem tinha uma relação conflituosa. Desde então, passou a recusar o alimento e a se flagelar o que levou ao emagrecimento excessivo. Para não chocar demasiadamente as pessoas com quem convivia, passou a se alimentar apenas com vegetais e frutas (SCLIAR, 2007).

Segundo Claudino (2002) e Borges (2002), o medo intenso de engordar representa o aspecto central da anorexia, mantendo-se sem modificações, apesar de ser criterioso para distinguir a anorexia de outras síndromes psiquiátricas. Outra possibilidade reside na dificuldade de se avaliar tal aspecto em algumas pacientes, que podem esconder o medo de engordar ou mesmo expressar verbalmente o desejo de ganhar peso, e exibir a fobia pelo seu comportamento e não pela palavra. Já o distúrbio de percepção corporal tem sido alvo de maior discussão entre os pesquisadores. Esse conceito tem demonstrado sua complexidade por não ser apenas das avaliações neuroperceptivas do esquema corporal, mas envolver também dimensões efetivas (sentimentos em relação à imagem corporal) e comportamentais. Sabe-se que tais distúrbios não são patognomônicos da anorexia, ocorrendo também em outras patologias e em indivíduos normais especialmente em jovens e mulheres. Por estas razões o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) incorporou nesse critério alguns aspectos psicodinâmicos como a negação da gravidade da perda de peso e a auto-avaliação excessivamente centrada no peso e forma. Para se avaliar se uma pessoa está ou não abaixo do peso ideal para sua estatura, deve-se utilizar a medida Índice de Massa Corpórea ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$), que avaliará o grau de obesidade de uma pessoa.

A anorexia nervosa envolve também uma disfunção endócrina, especialmente do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, identificada pela amenorréia. Há retardo do desenvolvimento das características sexuais secundárias. A amenorréia, no entanto, permanece como um critério controverso, em risco de

exclusão, pois parece contribuir pouco para a definição de caso devido a alguns fatores: até 30% das pacientes podem apresentar todo o quadro característico de anorexia sem amenorréia; 20% a 30% das pacientes apresentam amenorréia antes de haver perda importante de peso; dificuldades em se colher história menstrual confiável; inexistência de um critério paralelo para homens. A manutenção do critério tem se justificado com base no fato de alertar para o distúrbio endócrino subjacente e suas seqüelas (osteoporose). (FARIAS et al., 1999).

Silva et al. (2006) diz que um indivíduo anoréxico inicia uma busca desenfreada pela magreza e, portanto, reduz voluntariamente e drasticamente a ingestão de alimentos, o que acarreta a perda progressiva e desejada de peso, caquexia, inanição e pode ocasionar, em certos casos, o óbito do paciente.

Existem dois tipos de apresentação da anorexia nervosa: o restritivo e o purgativo. No primeiro, os pacientes utilizam comportamentos restritivos associados à dieta. Na anorexia tipo purgativa, acontecem episódios de compulsão alimentar, seguidos de métodos compensatórios, como vômitos auto induzidos e o uso de laxantes e diuréticos. Entre os sintomas que podem ser referidos pelos pacientes estão: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia pés e mãos frios, amenorréia, dificuldade de concentração, etc. Como em geral os pacientes não admitem estarem doentes, eles tendem a não relatar espontaneamente suas queixas, ficando a cargo do médico de questioná-las. (BORGES et al., 2006).

Como visto existem dois tipos de anorexia. Também o manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais (DSM IV) descreve dois subtipos de anorexia nervosa para distinguir a presença ou ausência de compulsões periódicas regulares durante o episódio atual de anorexia. O tipo restritivo é quando o emagrecimento ocorre em virtude de dietas, jejuns ou exercícios em excesso. O tipo compulsão periódica purgativa ou bulimia ocorre quando o indivíduo dedica-se regularmente à purgação que incluem vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes ou diuréticos durante o episódio atual de anorexia nervosa. (GIORDANI, 2006).

Do ponto de vista médico, os casos de purgações são os mais graves, já que ao induzir o vômito a pessoa provoca no organismo um desequilíbrio eletrolítico entre o potássio e o sódio, podendo entrar em coma ou sofrer parada cardíaca. (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Os achados clássicos no exame físico desses pacientes estão relacionados à desnutrição e à disfunção hipotalâmica e incluem pele seca, hipotermia, bradicardia, hipotensão, bradipnéia e edema de membros. (BORGES et al, 2006).

Um bom exame diagnostica um paciente anoréxico deve incluir uma investigação minuciosa sobre a ingestão alimentar (quantidade e qualidade), a prática de exercícios físicos, bem como no que se refere aos aspectos psicopatológicos como imagem corporal e inserção social do paciente. (SILVA, et al., 2006).

O aumento da incidência coincide com a ênfase na magreza feminina como uma expressão de atração sexual. A sociedade valoriza a atratividade e a magreza em particular, fazendo da obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada. A associação da beleza, sucesso e felicidade com um corpo magro tem levado as pessoas à prática de dietas abusivas e de outras formas não saudáveis de regular o peso. (DUNKER et al., 2003).

A anorexia parece ser uma reação as demandas sobre os adolescentes por maior dependência e aumento no funcionamento social e sexual. Os pacientes com a doença substituem suas preocupações adolescentes normais pela preocupação com alimentos e ganho de peso. Essas preocupações parecem com sintomas de obsessões. (KAPLAN et al, 1997).

O aumento importante da gordura corporal em adolescentes requer uma reorganização da imagem corporal e pode reforçar as preocupações com o peso. A tendência à obesidade parece estar associada aos transtornos alimentares, algo que na verdade parece ser mediada por uma maior tendência a fazer dieta. Conseqüentemente, a obesidade pode também ter efeitos venenosos na auto-estima e na satisfação corporal, especialmente em adolescentes com autoimagem negativa, vulneráveis as pressões culturais pela magreza. (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Muitos estudos feitos mostram que familiares do sexo feminino de anoréxicas estão mais sujeitos a desenvolver anorexia. Segundo uma revisão de Woodside, baseada em estudos de gêmeos, a hereditariedade das desordens da alimentação mostram uma taxa de 75% a 80% para anorexia. (VILELA; LAMOUNIER; FILHO, 2004).

Os estudos de agregação familiar dos transtornos alimentares implicam que há mecanismo de transmissão da doença dentro das famílias. Fatores genéticos têm

sua importância embora existam evidências demonstrando a participação de fatores ambientais específicos na sua transmissão. Foi demonstrado que a insatisfação corporal da mãe, internalização do ideal da magreza, o comportamento de fazer dieta, os sintomas bulímicos e maior índice de massa corporal da mãe e do pai aumentam a chance de aparecimento de problemas alimentares na infância, o que pode aumentar o risco para o transtorno alimentar no futuro. Já os fatores genéticos provêm de estudos com gêmeos, a partir das diferenças de concordância da doença em pares de gêmeos monozigóticos e dizigóticos, estimando a magnitude da influência de aspectos genéticos no transtorno alimentares. (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

A maioria dos pais são superprotetores, retardando assim o desenvolvimento da autonomia e do bom desempenho dos filhos, são muito ambiciosos, preocupados pelo êxito e a aparência externa apresenta falta na resolução do conflito e distorções na comunicação. Familiares em primeiro grau de indivíduos com anorexia apresentam uma chance 11 vezes maior de desenvolver o transtorno do que familiares de pessoas saudáveis. Outros distúrbios psiquiátricos também são freqüentes em familiares próximos de indivíduos com transtornos alimentares. (HERSCOVICI, 1997).

Indivíduos com anorexia nervosa consideram suas famílias estáveis, sem conflitos, e não reclamam de falta de cuidados ou atenção. Já observadores externos notam que, quando comparados a famílias de indivíduos normais, as famílias das anoréxicas são mais rigorosas, intrusivas e tendem a evitar os conflitos. Uma relação distante e pouco afetiva com o pai também parece estar prospectivamente associada a dificuldades alimentares da adolescência. (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

O papel das mães na formação da opinião de seus filhos quanto ao valor da aparência, do peso e da forma corporal também foi investigado. Mães de pacientes com anorexia tendem a ser mais críticas e preocupadas com relação ao peso de suas filhas, incentivando-as a fazer dieta mais do que as mães de filhas sem distúrbios alimentares. (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Eventos estressores são eventos envolvendo uma desordem de vida ou um risco à integridade física como doenças, gravidez, abuso sexual e físico. O impacto que os eventos estressores podem ter sobre a patogênese dos transtornos alimentares depende dos recursos que cada indivíduo possui para responder aos

mesmos. Pacientes com anorexia nervosa tendem a ter uma atitude de rejeição diante desses eventos. As alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação tendem a perpetuar o transtorno. Nas alterações fisiológicas, temos o estado de desnutrição que gera alterações neuroendócrinas que podem contribuir para a manutenção de vários dos sintomas das doenças. (SILVA et al., 2006).

Pacientes com anorexia nervosa demonstram valores séricos aumentados de cortisol, bem como evidências indiretas de aumento da atividade do hormônio liberador de corticotropina (CRH), causando anorexia, aumentando a atividade motora e diminuindo a libido. Assim, hiperatividade de CRH pode contribuir para manter o círculo vicioso do desconforto de um baixo peso na anorexia já instalada. (MORGAN; VECCCIATTI; NEGRAO., 2002).

Alterações dos níveis plasmáticos de leptina refletem mais um distúrbio hormonal secundário ao estado, de desnutrição e da perda de peso na anorexia nervosa. Fatores psicológicos interpessoais e culturais também atuam perpetuando o transtorno. Não se pode esquecer, por exemplo, dos aspectos reforçadores produzidos pelo sucesso em controlar e peso tão valorizado culturalmente em indivíduos que costumam vivenciar sentimentos de baixa auto-estima e de falta de controle sobre a própria vida. (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

A coleção de vários sintomas que são gerados pela anorexia são enormes: como hipotensão, hipotermia, redução da atividade da tireóide, suspensão da menstruação, unhas e cabelos quebradiços, pele ressecada, áspera e coberta por lanugo (uma penugem fina e escura que pode chegar a cobrir todo o corpo) (BUCHALA, 2006).

Entre as manifestações físicas da anorexia destacam-se hiperatividade, bradicardia, diminuição da libido no sexo masculino, bem como, amenorréia nas mulheres. (SILVA et al., 2006).

Para se ter uma idéia, a pressão arterial dos pacientes fica na faixa de 80 por 40 mmHg, sendo que o normal é 120 por 80 mmHg. Seu ritmo cardíaco é em média de 36 batimentos por minuto, quando o esperado é de 60 a 80. Um dado muito assustador é que o mercúrio do termômetro não sai do lugar quando se mede a temperatura dos anoréxicos. (BUCHALA, 2006).

Pacientes com anorexia podem desenvolver um paladar estranho. Algumas vezes, podem ser pegos comendo escondido. Na maioria das vezes, preferem não

entrar no assunto, mas o fato é que concordam com a conduta insistente em emagrecer. Às vezes, as pessoas nem notam que um determinado colega é anorético pelo seu comportamento. Mas, se forem juntos ao restaurante, ficará evidente que algo está errado, pela pequeníssima quantidade de comida que come. O paciente com anorexia não considera seu comportamento errado, até recusa-se a ir ao especialista ou tomar medicações. Alguns anoréticos restringem a alimentação e emagrecem e outros têm episódios denominados binge, ou seja, um transtorno alimentar de comer compulsivamente. Nesses casos, pacientes comem descontroladamente até não agüentarem mais e depois vomitam o que comeram. Às vezes, a quantidade ingerida foi tão grande que nem precisam induzir o próprio vômito, pois o próprio corpo se encarrega disso. (MAROT, 2006).

Outras complicações comuns, como comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbio gástrico, vômitos, infertilidade, alterações metabólicas, principalmente hipercolesterolemia e alterações endócrinas. (SILVA et al., 2006).

Então, a restrição de alimentos acarreta a perda progressiva e desejada de peso, caquexia, inanição e pode ocasionar, em certos casos, o óbito do indivíduo. As mulheres são mais acometidas pela anorexia. Entre 90% e 95% dos casos são mulheres (BUCHALLA, 2006).

O quadro abaixo representa uma adolescente anorética.

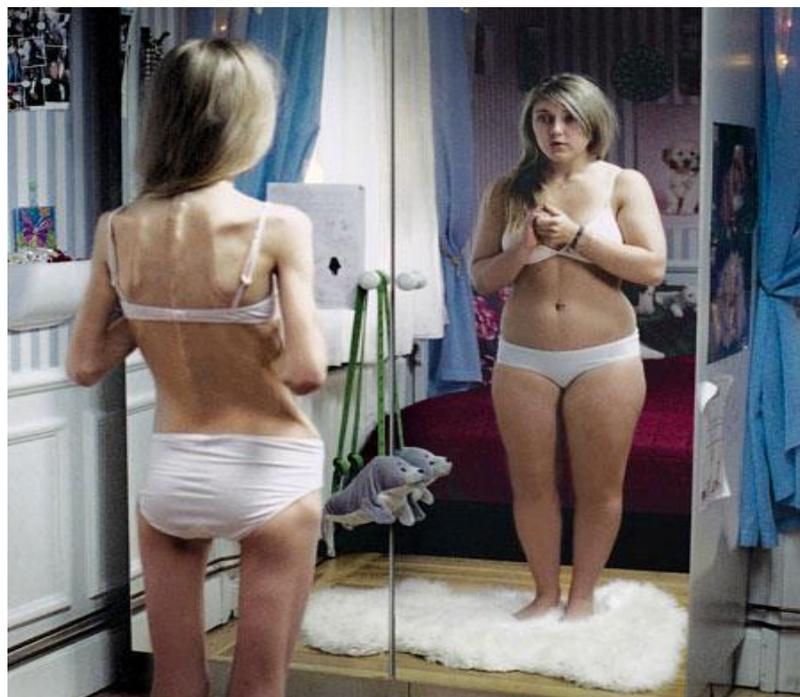


Figura 3: Distorção da imagem corporal por uma paciente anorética
Fonte: Latterza (2004)

A maior parte do comportamento dirigido para a perda de peso ocorre em segredo. Os pacientes anoréxicos geralmente recusam-se a comer com suas famílias ou em locais públicos. Perdem peso por uma redução drástica na ingestão total de alimentos, com uma diminuição desproporcional nos alimentos ricos em carboidratos e lipídios (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 1997).

A anorexia é um termo inadequado para ser utilizado segundo Kaplan (1997), pois a perda de apetite é geralmente rara quase até o final da doença. Há evidência de que os pacientes estão constantemente pensando em comida, chegando a se apaixonar por coleções de receitas e preparar refeições elaboradas para outros. Alguns pacientes não conseguem controlar continuamente a restrição voluntária da ingestão de alimentos e, assim tem episódios de voracidade. Esses episódios, em geral, ocorrem em segredos e freqüentemente à noite, após esses episódios os pacientes abusam de laxantes, induzem ao vômito. Exercícios periódicos, ciclismo extensivo, caminhar ou correr são atividades comuns. O tratamento da anorexia está baseado em abordagem multidisciplinar integrada, com participação de psiquiatria, psicólogos, clínico geral, nutricionistas, acompanhantes terapêuticos, arte terapeutas, enfermeiros e educadores físicos. (GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002).

O tratamento nutricional é dividido em duas etapas, educacional e experimental. Deve-se conduzir uma detalhada anamnese acerca dos hábitos alimentares do paciente e histórico da doença. É importante avaliar medidas de peso e altura, restrições alimentares, crenças nutricionais e a relação com os alimentos. A educação nutricional abrange conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, conseqüências da restrição alimentar e das purgações. Na fase experimental, trabalha-se mais intensamente a relação que o paciente tem para com os alimentos e o seu corpo, ajudando-o a identificar os significados que o corpo e a alimentação possuem. (LATTERZA, et al., 2004).

A primeira consideração no tratamento da anorexia nervosa é restaurar o estado nutricional do paciente, já que a desidratação, a inanição e o desequilíbrio eletrolíticos podem comprometer seriamente a saúde e, em alguns casos, levar a

morte. Então eles necessitam de internação que varia de dois a seis meses. (KAPLAN, 1997).

As metas do tratamento nutricional na anorexia nervosa (AN) envolvem o restabelecimento do peso, normalização do padrão alimentar, da percepção de fome e saciedade e correção das seqüelas biológicas e psicológicas da desnutrição. O ganho de peso deve ser controlado. É recomendado um ganho de 900 g a 1,3 kg/semana para pacientes de enfermaria e 250 g a 450 g/semana para pacientes de ambulatório. Esta síndrome é caracterizada por anormalidades dos fluidos e eletrólitos (principalmente do fósforo) e pode levar a complicações cardiológicas, neurológicas, hematológicas e até a morte súbita. Portanto, a alimentação deve ser cautelosa, com monitoração dos eletrólitos. O consumo energético recomendado é de 30 a 40 kcal/kg por dia, podendo chegar até 70 a 100 kcal/kg por dia com a progressão do tratamento. As deficiências de vitaminas e minerais são raras na anorexia, devido ao uso freqüente de suplementos e à diminuição das necessidades, Em relação ao cálcio, alguns estudos comprovaram os efeitos positivos da suplementação de 1.000 a 2.000 mg/dia na redução da osteopenia (complicação comum decorrente da AN). (LATTERZA et al., 2004).

Em alguns pacientes, é extremamente difícil atingir as recomendações nutricionais apenas pela via oral. Nessas ocasiões, a alimentação nasogástrica pode ser recomendada ao invés da intravenosa, que só deve ser utilizada em situações nas quais há risco de vida. A alimentação nasogástrica pode acarretar, contudo, retenção de fluídos, arritmia e falência cardíaca. Apesar de a maioria dos autores não recomendarem a nutrição enteral ou parenteral. O nutricionista participa de todo processo de planejamento das refeições, ajudando o paciente a consumir uma dieta adequada e monitorando o balanço energético, assim como o ganho de peso. Deve-se ajudar o paciente a normalizar o seu padrão alimentar e aprender que a mudança de comportamento deve sempre envolver planejamento e o contato com os alimentos. (LATTERZA et al.,2004).

A anorexia geralmente exige uma abordagem multidisciplinar em que a farmacoterapia é adjuvante de abordagens psicológicas e nutricionais. Vários medicamentos têm sido avaliados na anorexia nervosa, sendo que a maioria dos estudos é realizada na fase aguda da doença e tem como foco principal o ganho de peso. A fluoxetina é o único dos fármacos que indicou um potencial benéfico em

prevenir recaídas de paciente após a recuperação do peso. (APPOLINARIO; BACALTCHUK, 2010).

A primeira consideração no tratamento da anorexia nervosa é restaurar o estado nutricional do paciente, já que a desidratação, a inanição e o desequilíbrio eletrolíticos podem comprometer seriamente a saúde e, em alguns casos, levar a morte. Então eles necessitam de internação que varia de dois a seis meses. (KAPLAN, 1997).

4.3 O USO DA FLUOXETINA TRATAMENTO DA ANOREXIA

Vários medicamentos têm sido avaliados no tratamento da anorexia, sendo que os estudos realizados na fase aguda da doença tem com principal objetivo o ganho de peso. (APPOLINARIO, 2010).

A fluoxetina tem rápida absorção no trato gastrointestinal e amplamente distribuído pelo organismo. Tem a capacidade de ligação com as proteínas plasmática. Sua concentração plasmática chega a um nível Máximo entre 6 e 8 horas. Início de ação entre 1 a 4 semanas, sofre biotransformação hepática a norfluoxetina (cuja potencia e seletividade como bloqueador da captação da serotonina e equivalentes às da fluoxetina) e outro metabólitos, não identificados. Atinge a concentração sérica máxima, com dose de 40 mg, de 15 a 55ng/ml; com doses múltiplas (40 mg por dia durante 30dias), 91 a 302 ng/ml de fluoxetina e 72 a 258 ng/ml de norfluoxetina.

Meia-vida de eliminação da fluoxetina, é de 2 a 3 dias; da norfluoxetina e de 7 aq 9 dias; essa eliminação lenta é responsável pelo acúmulo do fármaco em regimes de uso prolongado; nos pacientes com insuficiência hepática, a meia-vida de eliminação é prolongada: 6 a 12 dias, respectivamente para fluoxetina e norfluoxetina. Excretada principalmente (80%) pela urina, sobretudo na forma de metabólitos, que livres quer conjugados; pequenas porções (15%) aparecem nas fezes. (KOROLKOVAS, 2000).

A fluoxetina age inibindo os receptores serotoninérgicos pré-sinápticos aumentando assim a concentração de serotonina na fenda sináptica e conseqüentemente diminuindo a ansiedade e controle do apetite. Esta ação farmacológica não está totalmente esclarecida. (BALDESSARINI, 2002).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina possuem ação seletiva que bloqueia a recaptação de serotonina nos receptores 5-HT₁, 5-HT₂, 5-HT₃, aumentando a concentração de serotonina estimula grande número de tipos de receptores 5-HT pós-sinápticos. Suspeita-se de que a estimulação de receptores 5-HT₃ possa contribuir para os efeitos adversos comuns característicos dessa classe de fármacos, incluindo efeitos gastrintestinais (náuseas, vômitos) e sexuais (demora ou compromete o orgasmo). Além disso, a estimulação dos receptores 5-HT₂ pode contribuir para o risco de agitação ou inquietação algumas vezes induzida por inibidores da recaptação de serotonina. Um importante paralelo nas respostas dos neurônios de serotonina e de norepinefrina é o rápido desenvolvimento de mecanismo de retroalimentação negativa para restaurar a homeostasia. No sistema da serotonina, os auto-receptores do subtipo 5-HT₁ (tipos 1 A e 7 nos corpos celulares e dendritos da rafe, tipo 1 D nas terminações) suprimem os neurônios de serotonina nos núcleos da rafe do tronco encefálico, incluindo inibição da triptofano hidroxilase (provavelmente nesse caso a uma redução da fosforilacção-ativacção) e da liberação neuronal de serotonina. O tratamento repetido resulta em infra-regulação gradual e dessensibilização dos receptores 5-HT_{1D} nas terminações nervosas com retorno ou aumento da atividade, produção e liberação pré-sinápticas de serotonina. Outra alteração secundária incluem a infra-regulação gradual dos receptores 5-HT_{2A} pos-sinápticos, que função de outros neurônios através de heterorreceptores serotoninérgicos. Muitos outros receptores 5-HT pós-sinápticos presumivelmente permanecem disponíveis para mediar um aumento da transmissão serotoninérgica e contribuir para os efeitos de elevação do humor e ansiolíticos dessa classe de fármaco. (BALDESSARINI, 2002).

A dose administrada por um adulto pela via oral é de 20 mg ao dia, pela manhã. Se necessário, pode-se aumentar a dose até 80 mg ao dia. Na manutenção de tratamento responsivo à fluoxetina, recomendam-se 90 mg por semana, devendo-se iniciar após interrupção de 7 dias da dose diária de 20 mg. Não é determinada a eficácia em crianças, hipersensibilidade à fluoxetina (KOROLKOVAS, 2000). O cuidado deve ser rigoroso com pacientes deprimidos com tendências suicidas, não permitindo que tenham acesso a grandes quantidades de fluoxetina. Deve-se usada com cautela em pacientes debilitados ou em pacientes que tomam múltiplos medicamentos ativos sobre o SNC, pacientes estes que podem ser mais susceptíveis a convulsões induzidas pela fluoxetina. (KOROLKOVAS,2000).

A paciente em tratamento com a fluoxetina deve avisar imediatamente o médico caso engravide ou pretenda engravidar. No período de lactação, assim como outras drogas, a fluoxetina e seu metabólito, a norfluoxetina, são excretados no leite materno. Uma vez que se desconhece que efeito temporário ou final isso teria sobre o bebê, as mães que pretendem amamentar seus filhos não devem tomar fluoxetina nem qualquer outro antidepressivo. Fluoxetina e outros antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão pós-parto, mas as mães que tomam esses medicamentos não devem amamentar. (FIEVE, 1995). Os pacientes portadores de doenças hepáticas e renais severas geralmente não devem tomar fluoxetina porque a droga é metabolizada no fígado e excretada nos rins. Em casos que há danos sérios em um dos dois órgãos, a fluoxetina pode se acumular no sangue, alcançando um nível muito alto, possivelmente perigoso (FIEVE, 1995).

Disfunção sexual, incluindo inibição da ejaculação em homens e comprometimento do orgasmo em mulheres. Alguns inibidores ISRS (inibidores seletivos da recaptção da serotonina) talvez a fluoxetina, em particular tem sido associados a agitação e inquietação, lembrando a acatisia. Os ISRS, embora geralmente tenham menos tendência a exercer efeitos cardiovasculares adversos que os antidepressivos mais antigos, podem induzir alterações eletrofisiológicas no tecido cardíaco, incluindo interferência nos canais de Na e K. (BALDESSARINI, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, com a doença Anorexia nervosa, é possível notar que, ela é uma doença psiquiátrica caracterizada por graves alterações no comportamento alimentar dos pacientes e na sua maioria inclui pacientes do sexo feminino, mas também ocorre em pessoas jovens e adultas, caracterizada pela perda de peso ocasionada por regimes restritos em busca descontrolada pelo emagrecimento, provocando alterações em sua imagem corporal.

Estudos demonstram que há muita dificuldade relacionada ao diagnóstico correto da Anorexia e somente os casos mais graves procuram ajuda com tratamento, porém com a utilização da Fluoxetina, o paciente diminui o apetite e a ansiedade o que aumenta a possibilidade de cura, pois na grande maioria dos casos onde não é tratado com tal medicação tende a retomar ao estágio inicial.

Finalmente o estudo conclui-se que a Anorexia, apesar do tempo e de ter sofrido inúmeros avanços em seu descobrimento e tratamento, não ganhou importância necessária em seu combate.

REFERÊNCIAS

APPOLINARIO, J.C; BACALTCHUK, J **Pharmacological treatment of eating disorders. Revista Brasileira de Psiquiatria.** Disponível em. <http://www.scielo.br> Acesso em: 16 de jun, 2010.

ALVARENGA, M.S. - **Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares.** São Paulo, 2001. Tese (Doutorado). Curso Inter unidades em Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/alv001.pdf>. Acesso em: 01 de mar, 2011.

BORGES, et al. Transtornos alimentares - Quadro Clínico. **Rev. Brasileira, Ribeirão Preto.** v.39. n. 4. 2006. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n34/transtornos_alimentares_quadro_clinico.pdf. Acesso em: 06 de ago 2011.

BUCHALA, A. P. A vida no limite. **Revista veja.** Ano 2009. N.46. Nov/2006. P 85.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BORGES, Maria Beatriz. Ferrari. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceito em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatria.** v. 24 n.3. p. 7-12. São Paulo, **2002**, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13964.pdf> Acesso em: 23 de set,.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Revista brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.24, dez.2002.

DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva; Hábitos e comportamentos de adolescente com sintomas de anorexia nervosa. **Revista Nutrição.** v. 16 n. 1 Campinas 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732003000100006&script=ci_arttext.> Acesso em: 30 de set, de 2011.

FIEVE, R. R. Prozac: Perguntas e respostas para pacientes, familiares e médicos.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A auto-imagem corporal na Anorexia Nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia e sociedade.** v. 18 n. 2, p. 81-88. Curitiba 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/10.pdf>. Acesso em: 14 de mai, 2011.

GUIMARÃES, Daniel Boleira Sieiro; SALZANO, Fábio Tápia; ABREU, Cristiano Nabuco. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.24 São Paulo 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700013&script=sci_arttext> Acesso em: 06 de mai, 2011.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J; GREEB. J. A. **Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre. Artmed, 1997.

KOROLKOVAS, A. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. ed. 1999. Rio de Janeiro G.Koogan 2000.

LATTERZA, et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 31. n. 4. São Paulo 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400009&script=sci_arttext> Acesso em: 25 de set, de 2011.

MORGAN, Christina M; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRAO, Andre Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24, p. 18-23. São Paulo 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13966.pdf>>. Acesso em: 29 de mar, de 2011.

MAROT, Rodrigo. **Anorexia transtornos relacionados por semelhança ou classificação**. Psicosite. Disponível em: < <http://www.psicosite.com.br/ra/al/anorexia.htm>>. Acesso em: 21 de out, de 2011.

OVADIA, D. Beleza mórbida. Revista e Cérebro/ Scientific American. Nov. 2007.

SILVA, Késia da Paixão, et al. Transtornos alimentares: consideração clínica e desafio do tratamento. **Infarma**. v. 18, n. 1, p. 10-13, 2006. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/11/infarma04.pdf>>. Acesso em: 27 de ago. 2011.

SCLIAR, M. Santas e anoréxicas. **Revista Mente e Cérebro**. Scientific American. Abr. 2007.

VILELA, JOÃO. E. M; LAMOUNIER, JOEL. A; FILHO, MARCOS. A. DELLARETTI; NETO, JOSE. R. BARROS; HORTA, GUSTAVO. M; **Transtornos alimentares em escolares. J. Pediatri**. Vol. 80. N. 1 Porto Alegre Jan/Feb. 2004. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 30 set. 2011.

HERSCOVICI, D. S.; BAY, L. ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA (Ameaças a Autonomia). Porto alegre; artes médicas 1997. Disponível em: <www.centrorichiano.com.br/artigos> acesso em: 20 maio 2011.

FARIAS, N.M.F. et al. Distúrbios alimentares na adolescência: anorexia e bulimia nervosa. *Brazilian Pediatric News*, v.1, n.1, 1999. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/marco99/ar999002.htm>. Acesso em: 18 de set, de 2011.

RIBEIRO et al., DISTÚRBIOS DA CONDUTA ALIMENTAR ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto*. v. 31, p. 45-53, 1998. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n1/disturbios_conduta_alimentar.pdf acesso em: 15 jul. 2011.

PINZON, Vanessa et al. **Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD**. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2004, vol.31, n.4, pp. 167-169.

ASSUMPCAO, Carmen Leal de and CABRAL, Mônica D. **Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2002, vol.24, suppl.3, pp. 29-33. ISSN 1516-4446. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf>

RIBEIRO, Rosane P. Pessa; SANTOS, Paulo C. Monteiro; SANTOS, José E. Distúrbios da conduta alimentar anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Ribeirão Preto**. v. 31, p. 35-53, 1998. Disponível em: www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n1/disturbios_conduta_alimentar.pdf acesso em: 15 jul. 2011.