CAPÍTULO
33

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Maria Lúcia Ribeiro Costa
UEPA

Bruna do Socorro da Fonseca Dourado
UEPA

Lorena Wanzeler Fortuna
UEPA

Lucidalva Costa de Freitas
UEPA

Luiz Felippe Ferreira Mesquita
UEPA

Maria Carolina Ferreira Neves
UEPA

Renata Cunha Silva
UEPA

Victória Martins Lima Andrade
UEPA

RESUMO

Os transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por intensas alterações no comportamento alimentar, tendo o seu prognóstico baseado em análises de características psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Os quadros mais conhecidos são a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e obesidade. Os comportamentos alimentares são definidos como respostas comportamentais ou sequenciais associadas ao ato, maneira ou modo de alimentar-se e/ou padrões rítmicos da alimentação. Esse tipo de comportamento é constituído por influências relacionadas às condições sociais, demográficas e culturais no padrão alimentar, sendo como fatores mais relevantes os costumes familiares e as informações veiculadas pelos meios de comunicação em massa. Os indivíduos no período da adolescência estão mais preocupados como peso e a aparência corporal, portanto, este público é mais vulnerável, pois está sujeito a tendências sociais e culturais que preconizam a "imagem" de um corpo magro, a qual pode levar a uma alimentação inadequada ou até mesmo a transtornos alimentares e problemas psicológicos. Quando os TA ocorrem durante a adolescência, interferem negativamente nas relações sociais e familiares, podendo ocorrer a idealização suicida. Em função da gravidade dos TA e comorbidades quase sempre associadas, o tratamento é dispendioso para o paciente e família, exigindo adaptações a múltiplas formas de intervenção como atendimento ambulatorial, semi-internação ou até internação integral, todas sob a atenção de uma equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Transtornos Alimentares; Adolescência.

10.37885/200500224

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares caracterizam-se por elevadas alterações no comportamento alimentar, sendo as suas causas multifatoriais – biológicas, psicológicas, sociais e culturais –, tendo como os transtornos mais recorrentes a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (SILVA et. al, 2013). O público mais suscetível a apresentar estes distúrbios são os adolescentes, devido a vários fatores que os cercam, tais como hormonais, estereótipos difundidos pela mídia, demandas sociais, entre outros. (CORESEUIL et. al, 2009).

No tratamento destes transtornos, necessita-se de uma equipe multiprofissional, olhado para o paciente de forma holístico. Apesar do exposto, neste trabalho enfatizará a importância do terapeuta ocupacional no acompanhamento destes pacientes e de que forma os procedimentos ocorrem.

2. O QUE SÃO TRANSTORNOS ALIMENTARES?

De acordo com Silva et al (2013) os transtornos alimentares (TA) apresentam critérios diagnósticos baseados na análise de características psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Caracterizam-se por intensas alterações no comportamento alimentar e imagem corporal, e seus critérios diagnósticos são estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, no Código Internacional de Doenças (CID-10), e pela Associação de Psiquiatria Americana, no Manual de Estatísticas de Doenças Mentais (DSM-IV). Os quadros mais conhecidos são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Quando todos os critérios diagnósticos não são preenchidos para uma dessas síndromes, utiliza-se o diagnóstico de Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE) e, dentre eles, destaca-se o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP).

Segundo Gonçalves et al (2013), os comportamentos alimentares se definem como “respostas comportamentais ou sequenciais associadas ao ato de alimentar- se, maneira ou modos de se alimentar e/ou padrões rítmicos da alimentação”. Esse tipo de comportamento é constituído por influências relacionadas às condições sociais, demográficas e culturais, bem como pela percepção individual e dos alimentos, por experiências prévias e pelo estado nutricional.

Ainda segundo o autor, entre tais fatores, o impacto sociocultural no padrão alimentar e no desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) tem sido estudado mais frequentemente, avaliando-se os costumes familiares e as informações veiculadas pelos meios de comunicação em massa. Silva et al (2013) acrescenta, afirmando que transtornos alimentares são mais frequentes entre mulheres adolescentes ou adultas jovens, afetando 3,2% das mulheres com idade entre 18 e 30 anos, e com uma relação homem:mulher variando de 1:6 a 1:101,4.

A influência da mídia, fortalecida pela globalização e pela sociedade, foi descrita por Anschutz et al (2009) apud Gonçalves et al. (2013), que enfatizam a contradição entre o apelo ao estilo de vida saudável ao mesmo tempo em que se enaltece o ideal de magreza e se incentiva o consumo de alimentos calóricos.

Quanto às complicações clínicas dos transtornos alimentares, Gonçalves et al. (2013) afirma que estas variam de acordo com as características do transtorno, podendo ocorrer déficit de crescimento, queilose, erosão dental, periodontites, hipertrofia das glândulas salivares, hipovolemia, desequilíbrio hidroeletrolítico e ganho de peso. Quando o início do TA ocorre durante a adolescência, tais transtornos interferem negativamente nas relações sociais e familiares, e pode ocorrer a idealização suicida. O início da atividade sexual antes dos 16 anos também é mais frequente em adolescentes com TA. Além disso, jovens do sexo feminino com histórico de TA apresentam mais chances de aborto ou gravidez.

2.1 POR QUE SÃO MAIS RECORRENTES NA ADOLESCENCIA?

Segundo Corseuil et. al (2009) que compila sobre os conceitos a imagem corporal, o qual define como “constructo psicológico que se desenvolve por meio de pensamentos, sentimentos e percepções das pessoas sobre sua aparência geral” e pode ou não corresponder à realidade. Esse autor evidencia que a insatisfação com a imagem corporal tem início em idades mais jovens e é fortemente influenciada por aspectos socioculturais.

Independentemente do sexo, os adolescentes se preocupam com o peso e a aparência corporal. Desse modo, o público adolescente é mais vulnerável, pois está sujeito a tendências sociais e culturais que preconizam uma “imagem”, a qual pode levar a uma alimentação inadequada ou até mesmo a transtornos alimentares e problemas psicológicos. Estudos nutricionais identificam a propensão a riscos tanto a magreza excessiva quanto o excesso de peso (CORSEUIL et. al , 2009).

Faria (2005), corrobora afirmando que o adolescente ao incorporar nas descrições de si próprio a opinião dos outros, pode distorcer essas opiniões, sobretudo quando entram em conflito com o seu auto-conceito. Nessa faixa etária torna-se mais irreal sua auto-descrição por causa da evolução cognitiva relacionada

ao pensamento abstrato típico dessa época.

Há uma prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino, fato que pode ser observado em pesquisas. Os principais fatores de risco associados à preocupação com a aparência corporal têm sido a exposição à mídia, que impõe cada vez mais padrões de beleza caracterizados pela magreza excessiva, e a pressão da família e dos amigos (CORSEUIL et. al, 2009).

Portanto, segundo Fiates e Salles (2001), os distúrbios alimentares são multidimensionais e que inúmeros outros fatores parecem mediar o impacto da cultura, cuja participação é indiscutível, no comportamento individual. Essa insatisfação com a imagem corporal, segundo Corseuil et. al. (2009), pode ser considerada um problema de saúde pública, pois existem possibilidades e probabilidades de as adolescentes adotarem atitudes e condutas comportamentais não saudáveis.

3. ANOREXIA

A literatura relata que o sofrimento causado pela auto restrição alimentar, estão presentes desde a idade média estando ligados à conduta religiosa e dentre esse sofrimento, está a Anorexia Nervosa (AN). O primeiro relato de AN foi descrito por Richard Morton em 1694, cujo caso foi de uma jovem mulher que se recusava a alimentar-se; a qual rejeitou ajuda, indo a óbito por inanição (SANTOS; ALMEIDA, 2008).

Na atualidade a AN é o sofrimento mental responsável pela maior taxa de mortalidade nos países desenvolvidos – cerca de 0,56% ao ano – causados por agravantes como complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio. Para Hoek (2006) apud Santos; Almeida (2008), de 80% a 90% dos pacientes acometidos por este transtorno são do sexo feminino, sendo elas de raça branca, residentes na área urbana e de classe média da sociedade. O referido transtorno tem como marco a adolescência, mais especificamente o período dos quinze aos dezoito anos.

A anorexia nervosa pode ser caracterizada por uma crise entre os elos – corpo e mente -. Tem como peculiaridades o temor de ganhar peso, distorção da imagem corporal e auto restrição ao consumo alimentar, visando manter o peso corpóreo em limites inferiores que são adequados para a idade e altura. Este transtorno,pode está associado a comorbidades psiquiátricas que incluem transtornos de ansiedade, fobia social e transtorno obsessivo compulsivo (ALVES et al., 2012).

Os indivíduos acometidos por AN, apresentam características como baixa auto estima, ansiedade elevada, perfeccionismo extremo, pensamento dicotômico e incapacidade de encontrar formas de satisfação (ABREU; CANGELLI, 2004 apud CARDOSO; DOS SANTOS, 2012). Pacientes com esse perfil apresentam fragilidade do ego, tendo propensão a utilizar mecanismo arcaico de defesa, que são caracterizados por restringir seu potencial adaptativo; controle dos impulsos; excesso de rigor com tendência a passividade; introversão; obsessividade e dependência (CARDOSO; DOS SANTOS, 2012).

A anorexia nervosa está dividida em dois subtipos, o restritivo e o bulímico. O subtipo restritivo caracteriza-se pelo emagrecimento através de dietas, jejuns, exercícios em excesso que vão de moderados a intensos. AN o que concerne a anorexia do tipo bulímico ou purgativo, tem como características a purgações queincluem vômitos auto induzidos, abuso de laxantes ou diuréticos (SANTOS; ALMEIDA, 2008).

No que concerne ao diagnóstico e ao quadro clinico da AN, utiliza-se os critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Pertubações Mentais (DSM - IV); utiliza os seguintes parâmetros para o diagnóstico:

> Recusa em manter o peso corpóreo acima do peso mínimo normal para a altura e idade; perda de peso abaixo dos 85% do peso esperado para a altura e idade; recusa em ganhar o peso esperado durante o período de crescimento, conduzindo a uma perda de peso corporal abaixo dos 85% daquele esperado; medo intenso de engordar ou aumentar o peso, mesmo com o peso inferior ao normal; distúrbio da imagem corporal; excessiva dependência do peso ou tamanho do corpo para a auto imagem; negação da doença; amenorreia (APA, 2002 apud SANTOS; ALMEIDA, 2008).

Para delinear o quadro clínico, que são os achados laboratoriais e os sintomas, Krantz e Meheler (2004) apud Santos e Almeida (2008), referem unhas quebradiças; penugem facial rala; alopércia; carotenordemia; redução do número de células CD4 e CD8; anemia, leucopenia; redução da heritropoiese; bradicardia; hipotensão; hipoglicemia; hipocolesterolemis; hipocalemia; diabetes insipidus e entre outos. Com isso, fica evidente que a anorexia nervosa, desencadeia morbidades, adoecimento psíquico, isolamento social e ruptura nos papéis ocupacionais do indivíduo.

4. BULIMIA

A bulimia nervosa (BN) é um tipo de transtorno alimentar específico, que se caracteriza pela perda de controle do indivíduo conduzindo a ingestão compulsiva de alimentos, acompanhadas de compensações inadequadas para o controle do peso, como vômitos auto induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas compensatórias e exercícios físicos para não engordar (CORDÁS; SALZANO, 2007, apud BALATA et al., 2008). A compulsão alimentar é definida como uma ingestão episódica, descontrolada e rápida de grandes quantidades de comida (hiperfagia) durante um curto período (HALMI, 2012). Os indivíduos com bulimia estão geralmente dentro da faixa de peso normal, embora alguns possam apresentar o peso levemente acima ou abaixo dessa faixa (DALGALARRONDO, 2008).

Conforme apresentado por Balata et al. (2008), as descrições históricas do comportamento bulímico foi descrito por Galeno, médico e filósofo grego, como "kynos orexia", ou seja, fome canina, considerando-a como consequência de um temperamento anormal. Em 1979, a BN foi descrita e nomeada por Gerald Russell, descrevendo inicialmente pacientes com peso normal, história de anorexia no passado, que apresentavam episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos, este considerou o quadro como evolução da anorexia nervosa. A palavra bulimia vem dos termos gregos boul (boi) ou bou (grande quantidade) associado com lemos (fome), ou seja, fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi.

Estudos epidemiológicos apresentam que a incidência de BN é em torno de 13 para 100 mil habitantes por ano e a prevalência entre 1 a 4% da população geralmente em países desenvolvidos. No entanto, tem havido aumento no relato de casos de BN em países em desenvolvimento e em países orientais. Há maior acometimento do sexo feminino, sendo que 90% dos pacientes em tratamento são mulheres (CORDÁS; SALZANO, 2007).

O início da doença é um pouco mais tardio do que na anorexia nervosa, sendo mais comum no final da adolescência e no início da idade adulta. Contudo, poucos estudos são voltados para a população adolescente. Como na anorexia alguns grupos têm mais risco para aparecimento da doença, como modelos, jóqueis e atletas (BALATA et al., 2008).

Com relação a etiologia, tem-se a teoria de que a ansiedade seja a causa central à manutenção da BN, pois a compulsão alimentar e as purgações servem para diminuir a ansiedade no indivíduo (CORDÁS; SALZANO, 2007).

Halmi (2012) verificou que uma dieta rígida era o principiante de comportamento de compulsão alimentar mais relatado e que um surto de compulsão intenso é o fator desencadeador mais comum para comportamento de vômito, pois, um período de dieta rigorosa influencia a secreção de peptídeos e neurotransmissores, que, por sua vez, afetam os mecanismos de apetite e saciedade. Existem evidências de os transtornos de personalidade boderline e histórias anteriores de abuso de álcool e drogas estão frequentemente associados à bulimia nervosa.

Fatores genéticos onde existe maior prevalência de transtornos da alimentação em familiares de afetados pela doença. Outro fator predisponente são que as adolescentes geralmente sentem-se inseguras a respeito de sua identidade e da forma como são avaliadas por outras pessoas, concentrando assim, seus esforços na manutenção da aparência física como forma de encontrar identidade. Os fatores familiares como dificuldade de comunicação com seus parentes, conflitos intrafamiliares, alterações nas relações interpessoais e sistêmicas familiares e ausência de coesão no núcleo familiar podem ser observados na BN (CORDÁS; SALZANO, 2007).

Especificamente no adolescente, comumente manifesta-se através do com- portamento compulsivo que tem forte associação com transtorno de personalidade (boderline e de personalidade esquiva), ansiedade, transtorno obsessivo- compulsivo, sintomas depressivos, transtornos do humor, além do consumo ou até dependência, de substâncias do tipo bebidas alcoólicas ou outros estimulantes e tentativas de suicídio (BALATA et al., 2008).

Algumas características clínicas podem ser particulares da BN, com as jovens geralmente apresentando como características comuns uma silhueta normal e um pavor de engordar. Como na anorexia o corpo é percebido como gordo e pesado demais, não se tem uma imagem de si própria definida. A impulsividade é outra característica e fora das crises pode manifestar-se conjuntamente com o consumo desenfreado de álcool e drogas, pela cleptomania ou pelo distúrbio sexual (CUNHA, 2008).

O início da história do paciente bulímico ocorre com a excessiva preocupação com seu corpo e suas formas, embora seu peso esteja normal ou discretamente acima, tem do intenso pavor de engordar. Inicia a dieta, com restrições a alimentos calóricos, mas sem o exagero comum das anoréxicas. Em algum momento da dieta, a pessoa sente fome incontrolável e, ao deparar-se com algum dos alimentos proibidos apresenta descontrole, ingerindo-o em quantidade muito acima do normal em um curto período de tempo. Seguem-se a culpa e o mal-estar, e o indivíduo busca provocar o vômito, para livrar-se

do medo de engordar. Surge a sensação de estar fazendo algo fora do normal, vem a ansiedade com piora da auto-estima e culpa. Estabelecendo-se um ciclo vicioso com piora da ansiedade, depressão e culpa (CORDÁS; SALZANO, 2007).

Além disso, ocorre a presença de episódios bulímicos, onde o número médio de calorias ingerido durante uma crise é de 3.500, mas pode chegar a 15 mil calorias. Identifica-se também o abuso de exercícios físicos, praticados de maneira intensa, uso de laxantes ou diuréticos na tentativa de perder peso, inibidores de apetite, hormônios tireoideanos e outras substâncias lícitas ou ilícitas (cocaína) podem ser empregadas para controlar o peso (CUNHA, 2008).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV), ocorrem os seguintes critérios diagnósticos para a BN: A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos – tendo as seguintes características: (1) comer, num período curto de tempo (por exemplo, um período até duas horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias; (2) sensação de perda de controle sobre o ato de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade de alimentos); (3) Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos, ou outras drogas, dieta restritiva ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.; (4) Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses; (5) A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais; (6) O transtorno não ocorre exclusivamente durante episódios da anorexia nervosa. Especificando os subtipos que podem ser usados para especificara a presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos como meio de compensação dos episódios de ingestão compulsiva, que são: tipo purgativo, descreve quadros clínicos que nos quais a pessoa regularmente vomita, ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas no período atual e o tipo não purgativo que descreve quadros clínicos nos quais a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, como o jejum ou o exercício físico excessivo, mas não o vômito, laxantes, diuréticos ou enemas, durante o episódio atual (APA, 2002).

As principais complicações físicas da BN são: pele e anexos (calosidade no dorso da mão de vida à lesão da pele com os dentes ao provocar vômito -sinal de Russell-, erosão do esmalte dentário, cáries); sistema digestório (dor abdominal, gastrite, esofagite, erosões gastroesofágicas, sangramentos, obstipação, prolapso retal); sistema metabólico (desidratação, hipocalemia); sistema reprodutivo (irregularidade menstrual) e outras alterações (hipertrofia de glândulas parótidas devido aos vômitos, podendo ter aumento da fração da amilase produzida no local) (CUNHA, 2008).

5. OBESIDADE

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000, apud ENES; SLATER, 2010) a obesidade é o acúmulo excedente de gordura corporal na forma de tecido adiposo, que pode originar danos à saúde do indivíduo. Segundo Dâmaso (2003), a mesma caracteriza-se por ser uma doença multifatorial, assim, sua origem é divergente, pois há influência do comportamento, do estilo, da fisiologia presente no desenvolvimento e da manutenção de vida do indivíduo, diferentemente dos pensamentos vigentes em diversos momentos da história, que ora criam nos desequilíbrios hormonais desregulando o peso corporal, como causa da obesidade, ora criam que esta doença era causada pelos altos níveis de ingestão de alimentos.

Desta forma, HALPEN et al. (1999, apud DÂMASO, 2003) nos diz que pela multifatoriedade da etiologia da obesidade, a mesma pode ser organizada em dois conjuntos, sendo o primeiro deles o conjunto de fatores exógenos, composto pela alimentação, estresse e inatividade física, responsável por 95% dos casos e o segundo conjunto é formado por fatores endógenos, onde se encaixam a genética, os componentes endócrinos e metabólicos, juntamente aos psicogênicos, neurológicos e medicamentosos, causando os outros 5% dos casos.

Em nosso cenário atual a obesidade se tornou um problema de saúde pública, especialmente pela preponderância deste quadro em populações cada vez mais jovens, que acaba por desencadear outros danos a saúde, afetando a qualidade de vida da população (ENES; SLATER, 2010).

Segundo estudos realizados por Wang et al. (2000, apud ENES; SLATER, 2010) 27,3% dos adolescentes nos Estados Unidos estavam acima do peso, já no Brasil, a porcentagem nesta população é de 12,6%. Tal situação pode ser explicada pelo fato de que é no período que compreende a adolescência que o indivíduo passa por modificações profundas em todas as áreas de sua vida, acabando por torná-lo vulnerável também na área nutricional, devido a dietas inadequadas, que não suprem a demanda nutricional e energética requerida pelo crescimento.

De acordo com Enes e Slater (2010), a obesidade na

adolescência está associada ao surgimento precoce de hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes tipo 2, distúrbios emocionais, comprometimento postural e de marcha, altos índices de mortalidade, principalmente por doença coronariana.

Apesar das causas da obesidade serem variadas é preciso intervir precocemente nos hábitos de vida da população, especialmente na adolescência, pois é neste período que a personalidade do indivíduo está em processo de consolidação, o que é favorável para o firmamento de práticas saudáveis que influenciarão na saúde na fase adulta (ENES; SLATER, 2010).

6. ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL COM ADOLESCENTES QUE APRESENTAM TRANSTONOS ALIMENTARES

Os Transtornos Alimentares são patologias psiquiátricas com apresentações distintas e critérios diagnósticos bem definidos, caracterizando-se por acentuada perturbação no modo de alimentar-se. Em função da gravidade da doença e comorbidades quase sempre associadas, o tratamento é dispendioso para o paciente, família e equipe, exigindo adaptações a múltiplas formas de intervenção como atendimento ambulatorial, semi-internação ou até internação integral (SILVA; SANTOS, 2006).

Nesse sentido, a intervenção da terapia ocupacional se apresenta como coadjuvantes dentro do contexto da intervenção multiprofissional e interdisciplinar, os pacientes com anorexia e bulimia nervosas resistem em tomar medicamento por temor associado ao ganho de peso e descrenças quanto à sua eficácia, em se tratando dos pacientes obesos, há dificuldade de iniciar e continuar o tratamento, dado o espectro de dificuldades anatomofuncionais. Para garantir melhores resultados e sucesso no tratamento, a assistência ao paciente com transtorno alimentar deve ser realizada em serviços especializados (SILVA; SANTOS, 2006).

Os transtornos alimentares têm sido foco da atenção dos profissionais da área da saúde por apresentarem significativos graus de morbidade, mortalidade, prejuízo pessoal e social. Na maioria das vezes, esta assistência é ampliada para familiares e equipe, objetivando ações conjuntas e complementares nas diversas situações conflitivas. A clientela predominante é constituída por mulheres adolescentes e jovens, apresentando quadro de anorexia nervosa e em sua maioria, com dificuldade na organização e no desempenho das atividades da vida cotidiana, seja pelos comprometimentos clínicos ou pelos prejuízos emocionais e sociais. Ademais, apresentam um cotidiano restrito, com afastamentos do trabalho, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, na realização de atividades diárias e em casos graves, a desvinculação dos papéis sociais e profissionais (DE PAULA ROSA, B; DOS SANTOS,2011;).

A terapia ocupacional, em consonância com seu campo de conhecimento e de assistência faz-se necessária para pessoas com transtornos alimentares, pois proporciona um espaço de vivência e discussão para os conflitos relacionados à imagem corporal distorcida, ajuda no resgate das capacidades e habilidades perdidas ou não desenvolvidas ao longo da vida, motiva uma postura participativa, criativa e mais independente, tendo como foco principal o desenvolvimento da participação social e da organização das atividades cotidianas (QUILES-CESTARI; RIBEIRO, 2012).

Nesse sentido, a avaliação dos papéis ocupacionais no tratamento dos transtornos alimentares é estratégia importante para o planejamento de atividades de Terapia Ocupacional, fornecendo subsídios para a construção de espaços mais saudáveis, onde o fazer cria possibilidades de resgate dos papéis ocupacionais que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos. A Terapia Ocupacional, enquanto profissão e ciência, fundamenta sua prática relevando os papéis ocupacionais, definindo-os como “o conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, moldados pela cultura, podendo ser moldada e conceituada pelo individuo (MORAIS, 2006; QUILES-CESTARI; RIBEIRO, 2012; SANTOS, 2006).

Utiliza-se do referencial teórico do Modelo da Ocupação Humana (MOH), que aduz as definições acerca de papel e papel ocupacional (3), de modo que esse modelo procura resgatar a perspectiva humanista em Terapia Ocupacional, associada à Teoria Geral dos Sistemas, segundo a qual o homem é visto como um sistema aberto, cíclico, capaz de sofrer mudanças e desenvolver-se pelas experiências vividas no meio ambiente. Compreende-se que esses sistemas não podem trabalhar como partes isoladas, mas, sim, que o meio ambiente e os sistemas resultam numa rede dinâmica de relações, mas também considera as especificidades do quadro clínico e suas repercussões biopsicossociais e ocupacionais (QUILES-CESTARI; RIBEIRO, 2012).

A distorção da imagem corporal refere uma alteração da sensopercepção (percepção de si mesmo) e está presente nas pessoas com distúrbios alimentares, como critério diagnóstico inclusive. A percepção distorcida do corpo é a única distorção que essas pessoas têm da realidade, sendo que invariavelmente se sentem e se percebem mais gordos do que são. Essa percepção distorcida não se modifica, quando

o profissional utiliza técnicas expressivas e corporais para seu paciente da real imagem. Por isso, é sempre bom considerar se vale intervir neste aspecto diretamente, uma vez que este não é impeditivo para a adesão ao tratamento. Nesse sentido, o cuidado terapêutico ocupacional não objetiva no tratamento o ganho ou a perda de peso, mas a ressignificação da imagem corporal do sujeito (SILVA; SANTOS, 2006).

Ansiedade e medo de engordar são considerados dentre as características a serem trabalhadas pela terapia ocupacional. A ansiedade relacionada ao ganho de peso é um sintoma presente na anorexia nervosa, na obesidade e na bulimia nervosa, mas tem características diferentes em cada uma delas: os pacientes com anorexia nervosa apresentam ansiedade intensa antes das refeições e evitam a alimentação em função dessa ansiedade, enquanto que os pacientes com bulimia nervosa sentem-se muito ansiosos após as refeições e por isso provocam as manobras purgativas (vômitos e diarréias) ou a hiperatividade (exercício físico). Os pacientes com bulimia nervosa e obesos apresentam, além da ansiedade, intensos sentimentos de culpa por apresentarem um impulso descontrolado (compulsão), seguido de algum ritual de expurgo, situação habitualmente não aceita por eles mesmos, que deve ser trabalhada (CABRERA; JACOB FILHO, 2001; DE PAULA ROSA; DOS SANTOS, 2011).

A auto-estima apresenta-se como demanda imediata a ser trabalhada pelo terapeuta ocupacional, uma vez que é baixa em todas as apresentações de transtorno alimentar, mas os pacientes com bulimia nervosa são os mais comprometidos sob este aspecto, a ponto de tentarem suicídio. Além de existem associações bem estabelecidas entre violência na infância (abandono, violência física ou abuso sexual) e anorexia nervosa na adolescência, bem como baixa auto- estima desde a infância e bulimia nervosa na adolescência ou vida adulta(DE PAULA ROSA; DOS SANTOS, 2006, 2011; MORAIS, 2006).

Outros transtornos psiquiátricos associados merecem atenção da terapia ocupacional, pois interferem negativamente no desempenho ocupacional dos acometidos pelos transtornos alimentares. Configurando este quadro tem-se os transtornos de personalidade e da impulsividade, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e dependência de álcool e drogas podem estar associados aos transtornos alimentares (comorbidades), dificultando o tratamento e comprometendo o prognóstico(CABRERA; JACOB FILHO, 2001).

A terapia ocupacional intervém com as pessoas com transtornos alimentares com a finalidade de construir uma nova relação com seu fazer, por meio de planejar, organizar e realizar junto com os usuários e seus familiares suas ações cotidianas.

7. CONCLUSÃO

De acordo com o exposto no trabalho, conclui-se que os transtornos alimentares são desordens no comportamento alimentar e na imagem corporal, onde suas causas advêm das dimensões biológicas, sociais, psicológicas e culturais e que suas complicações clínicas dependem das características do transtorno. Também percebe-se que os adolescentes possuem uma grande disposição para adquirir tais transtornos, principalmente o gênero feminino, pelo fato de estarem mais expostos a pressões, de familiares e amigos, sobre padrões estéticos impostos pela sociedade e a mídia – sendo que a mídia também propaga um tipo de alimentação a qual favorece o aumento de peso e a alimentação inadequada – então seu autoconceito e imagem corporal são afetados de modo a levar estes adolescentes a comportamentos alimentares desfavoráveis e propensos aos transtornos alimentares.

Também compreende-se a obesidade, da bulimia e da anorexia nervosa; juntamente com suas repercussões trazidas ao cotidiano e corpo dos indivíduos. Logo, faz-se necessário a intervenção de uma equipe multiprofissional, reportamos a importância de um terapeuta ocupacional e como esse profissional é importante no tratamento; de modo que torna-se indispensável devido as suas abordagens com o paciente acometido de TA.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. C.H. F., et al. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade de Salvador, Bahia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 61, n. 2, p. 55-63, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000200001>. Acesso em: 11 de jun. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BALATA, P.; COLARES, V.; PETRIBU, K; LEAL, M. A bulimia nervosa como fator de risco para distúrbios da voz: artigo de revisão. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 74, n. 3, p. 447-451, 2008.

CABRERA, M. A. S; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição

e associação com hábitos e co-morbidades. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.

CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. Transtornos da Alimentação. In: NETO, M. R. L. N.; ELKIS, H. Psiquiatria básica, Cap. 24. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARDOSO, E. A. O.; DOS SANTOS. Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosa: indicadores do Método de Rorschach. Fractal: Revista de Psicologia. V.24, n.1, p. 159-174, jan./abr, 2012. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/fractal/v24n1/v24n1a11.pdf>. A cesso em: 10 de jun. 2015.

CORSEUIL, M. W.; PELEGRINI, A.; BECK, C.; PETROSKI, E. L. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes. Revista da Educação Física, V. 10, n. 1, p. 25-31, 2009.

CUNHA, L. N. Bulimia. In: . Anorexia, bulimia e compulsão alimentar. São Paulo: Atheneu, 2008.

DALGALARRONDO, P. Síndromes relacionadas ao consumo de alimentos. In:. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DÂMASO, A. et al. Etiologia da obesidade. In:. Obesidade. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DE PAULA ROSA, B; DOS SANTOS, M. A. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 14, n. 2, p. 268, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a06.pdf Acesso em: 09 de junho de 2015.

DE PAULA ROSA, B; DOS SANTOS, L.V. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 39.n.3,p.381385,2006.Disponível:http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/394/0 Acesso em: 09 de junho de 2015.

ENES,C. C.; SLATER, B. Obesidad e na adolescência e seus principais fatores determinantes. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 13, n. 1, p.163-171, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415- 790X2010000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2015.

FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. Análise Psicológica, v. 4, n. 23, p. 361-371, 2005.

FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Revista de Nutrição, v. 14, p. 3-6, 2001.

GONÇALVES, J. A. et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. Revista Paulista Pediatria, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013.

HALMI, K. A. Transtornos da alimentação. In: HALES, R. E.; YUDOFSKY, S. C.; GABBARD, G. O. Tratado de psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012.

QUILES-CESTARI, L. M.; RIBEIRO, R.P. P. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. Revista Latinoamericana Enfermagem, v. 20, n. 2, p. 484- 91, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_04.pdf Acesso: 09 de junho de 2015.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 39, n. 3, p. 386-402, 2006. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/395 Acesso em: 09 de junho de 2015.

SANTOS, M. C. T.; ALMEIDA, G. O. Anorexia nervosa: uma revisão bibliográfica. Faculdade Pio Décimo. Disponível em: <linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_065245_1.pdf>. Acesso em: 12 de jun. 2015.

SILVA, G. V. L. et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 62, n. 1, p. 62-75, 2013.

SILVA, L. M.; SANTOS, M. A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 39, n. 3, p. 415-424, 2006. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/398 Acesso em: 10 de junho de 2015.