

**BRUNA BASTOS**  
**KARINA FERREIRA GONÇALVES**

**TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA E  
BULIMIA NERVOSA**

**Assis**

**2010**

**BRUNA BASTOS**  
**KARINA FERREIRA GONÇALVES**

**TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA E  
BULIMIA NERVOSA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado  
ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis,  
como requisito para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elizete Mello da Silva

**Assis**

# **TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA**

**BRUNA BASTOS**

**KARINA FERREIRA GONÇALVES**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado  
ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis,  
como requisito para a obtenção do título de Enfermeiro,  
analisado pela seguinte comissão examinadora.

**BANCA EXAMINADORA**

**Orientador:** \_\_\_\_\_

Profª Drª Elizete Mello da Silva

**Analisador:** \_\_\_\_\_

Prof.

Fundação Educacional do Município de Assis

**ASSIS**

**2010**

## FICHA CATALOGRÁFICA

BASTOS, Bruna

GONÇALVES, F. Karina

Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema: Assis, 2010.

P.54

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizete Mello da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Transtornos Alimentares. 2. Anorexia Nervosa. 3. Bulimia Nervosa.

CDD: 610

Biblioteca da FEMA

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que me ajudou a passar e enfrentar todas as dificuldades no decorrer do curso.

Agradeço também em especial aos meus pais Rubens e Maria Luisa por ter me apoiado durante os quatro anos de faculdade e confiado na minha capacidade e ao meu pai Gilson (inn memorian) que não pôde acompanhar meu crescimento nem desenvolvimento, mas sei que sempre esteve presente em minha vida, lembrando da ajuda especial da minha avó (Aninha) que nos momentos difíceis sempre esteve ao meu lado me incentivando e estimulando para que não desistisse nunca.

Quero agradecer também ao meu noivo (Leandro) que teve participação importante na corrida por mais essa conquista, sempre me ajudando e compreendendo minhas ausências, obrigada Lê Te Amo!

Também quero agradecer enormemente a minha amada orientadora Elizete Melo (Dedé) que sempre ofereceu seu apoio e ombro amigo durante o desenvolvimento deste trabalho, obrigada pela atenção e compreensão.

Quero agradecer de maneira especial a minha amiga e companheira Bruna que esteve a meu lado em todos os momentos difíceis durante o curso, nos tornamos amigas de verdade, compartilhamos nossas tristezas e alegrias, amiga sentirei sua falta.

Enfim quero agradecer a todos os professores do curso que de alguma maneira contribuíram com meu crescimento, obrigada pela dedicação e participação de todos.

**Karina Ferreira Gonçalves**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me iluminado nas horas mais difíceis, me dando forças pra continuar e enfrentar as dificuldades;

Aos meus pais Carlos e Marlene por estar sempre ao meu lado, por todo carinho e atenção dispensados a mim;

A minha irmã, amiga e companheira e que está sempre torcendo por mim;

Ao meu marido Rodrigo, por estar sempre me apoiando e me auxiliando em todos os momentos, “Obrigada RÔ”.

“Em especial a minha filha Maria Eduarda, que apesar de alguns momentos de ausência, e de “corre- corre” devido à faculdade é a principal razão do meu esforço”.TE AMO DUDA.

“A minha professora e orientadora Elizete; por toda a dedicação, todo o apoio, e atenção nas horas mais difíceis e em todos os momentos”. “Muito obrigada Dedé, te adoro”.

E a minha amiga e colega de TCC Karina, que me apoiou e me ajudou em todos os momentos dando-me forças para enfrentar as dificuldades. “Quantos momentos vivemos juntas na faculdade e no estágio, alegres e tristes, vencemos os medos e superamos as dificuldades, obrigada KÁ te adoro”.

E a todos que, com boa intenção, colaboraram direta ou indiretamente comigo para o bom andamento deste trabalho, muito obrigada.

**Bruna Bastos**

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho aos nossos pais que nos ensinaram tudo que sabemos, nos dando amor, carinho, educação e respeito, sem exigir nada em troca.

*“Os ventos que às vezes tira algo que amamos, são os mesmos que trazem algo que aprendemos a amar... Por isso não devemos chorar pelo que nos foi tirado e sim, aprender a amar o que nos foi dado. Pois tudo aquilo que é realmente nosso, nunca se vai para sempre...”*

**(Autor Desconhecido)**



## RESUMO

Esse trabalho apresenta um estudo que mostra os transtornos alimentares, focando principalmente na anorexia nervosa e bulimia nervosa, os problemas físicos e psicológicos que as pacientes com transtornos alimentares apresentam no decorrer de sua doença. Aborda também a influência que a sociedade e a mídia têm sobre o desenvolvimento de alguns transtornos, pois fazem uma apologia direta e cruel à magreza. Dentro desse contexto a família desempenha um papel importante, pois é nela que a doente vai buscar apoio e ajuda.

Foi realizado no decorrer do trabalho uma entrevista com a coordenadora do “Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares” (GRATA) que elucidou os problemas enfrentados pelos pacientes no Ambulatório e os cuidados concedidos pela equipe multiprofissional.

1. Transtornos Alimentares. 2. Anorexia Nervosa. 3. Bulimia Nervosa.

## **ABSTRACT**

This paper shows us the main food disorders, putting in focus the nervous anorexy and the nervous bulimia, and the physical e psychological issues that the patients go through. This paper also approaches the influence that society and the media have in the development of some disorders, therefore they make a cruel apology to leanness. Inside this context, family play an important side in this scenario, because it's the patient's support.

Along this work an interview was made with the GRATA's (Assistence Group of the Food Disorders) Coordenator that elucidated the daily's patient's problems at the Ambulatory and the granted care of the multiprofessional team.

1.Food disorders. 2.Nervous Anorexy. 3.Nervous Bulimia.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2. TRANSTORNOS ALIMENTARES</b> .....	10
<b>3. COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SOCIEDADE</b> .....	24
3.1. O Corpo e a Influência da Mídia .....	24
3.2. Conduta Alimentar e Sociedade.....	25
3.3. A Família e os Transtornos Alimentares.....	29
<b>4. UMA ANÁLISE SOBRE O GRATA (GRUPO DE ASSISTÊNCIA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP)</b> .....	32
4.1. Sobre o Ambulatório .....	32
4.2. Sobre os Pacientes e a Família .....	33
4.3. Avaliação Laboratorial dos Transtornos Alimentares.....	36
4.4. Tratamento Farmacológico .....	38
4.5. Prognóstico com Tratamento.....	40
4.6. O Papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares .....	42
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	46
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	48
<b>ANEXO</b> .....	50

# 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho se propôs a estudar os transtornos alimentares, focando principalmente na anorexia nervosa e bulimia nervosa. A pesquisa fundamentou-se em coleta de dados e leitura bibliográfica dos próprios textos temáticos e teóricos, lendo e interpretando as leituras afins de mostrar os problemas físicos e principalmente psicológicos que as pacientes com transtornos alimentares apresentam no decorrer de sua doença, e como os centros especializados no assunto podem ajudar essas pacientes diante de sua patologia.

Além da pesquisa bibliográfica foi possível a coleta de dados através de uma entrevista que se realizou com a docente Rosane Pessa Pilot Ribeiro, é uma das idealizadoras do ambulatório (GRATA – Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP), que é referência em transtornos alimentares na região. Vale ressaltar que a entrevista aplicada a docente aconteceu de forma livre e esclarecida, em conformidade com os procedimentos éticos da pesquisa científica.

Objetivou-se investigar principalmente a importância do cuidado com pacientes que sofrem de transtornos alimentares, mostrando o quanto a compreensão, a paciência e a compaixão, contribuem para a recuperação dessas pessoas que estão extremamente depressivas e fragilizadas, além da intervenção direta do profissional da saúde. A importância de se entender esses distúrbios alimentares é justamente mostrar a realidade nos dias atuais, pois o que se vê é a falta de informação gerando julgamentos sem propósitos e principalmente incompreensão.

Nesse âmbito da pesquisa apresentamos na primeira parte do trabalho os diferentes tipos de transtornos alimentares, assim como seus conceitos, a etiologia, as principais classes sociais acometidas, e as dificuldades em diagnosticar os transtornos alimentares. O foco principal dessa parte foi mostrar a anorexia nervosa e a bulimia nervosa abordando seus conceitos, sintomas, complicações e tratamento de forma generalizada.

Já no capítulo que se intitula o comportamento alimentar e a sociedade, aborda principalmente a influência da mídia no desenvolvimento

dos transtornos alimentares e a participação da família no aparecimento dessas patologias.

Já a última parte foi destinada a entrevista concedida pela docente Rosane Pessa Pilot Ribeiro, responsável pelo ambulatório de Ribeirão Preto (GRATA), a qual nos forneceu informações do trabalho realizado pela equipe que atua no GRATA como principal objetivo do ambulatório, público alvo, quantidade de pacientes que recebem atendimento, formação da equipe multiprofissional, indicação de internação e a dinâmica do atendimento. Abordou-se ainda de uma forma mais abrangente o tratamento desses transtornos alimentares e por fim o papel da enfermagem no tratamento dessas doenças.

## 2. TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares aparecem geralmente na infância e na adolescência, em função da preocupação com o peso, com a forma do corpo e a aparência, fatores sociais associados a outros de ordem psíquica fazem com que os indivíduos desencadeiem comportamentos alimentares inadequados levando assim ao emagrecimento extremo ou a obesidade entre outros problemas físicos e incapacidades.

Esses transtornos alimentares acometem principalmente classes sociais desenvolvidas onde os indivíduos têm uma grande oferta de alimentos, mas são influenciados pela cultura a qual enfatiza a magreza, juntamente com os aspectos sociais, psicológicos e familiares o que acaba gerando uma preocupação excessiva com o corpo, e uma ansiedade intensa.

Entre os principais transtornos alimentares destacam-se a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, mas existem outros tipos como a Síndrome de Gourmet, Transtorno Alimentar Noturno, PICA,<sup>1</sup> Síndrome de Prader-Willi , Comedores Compulsivos, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), Vigorexia, Ortorexia nervosa, Drunkorexia ou Alcoorexia.

De acordo com BALLONE, (2003):

A Síndrome de Gourmet é caracterizada por uma preocupação intensa com a preparação, compra, apresentação e ingestão de pratos especiais, diferentes e exóticos, colocando em segundo plano suas relações sociais, familiares e ocupacionais. Acredita-se que tal alteração possa ser consequência de lesões ou alterações funcionais no hemisfério cerebral direito, tais como tumores, traumatismos e hemiplegia.

Já o transtorno Alimentar Noturno ainda segundo BALLONE, (2003) é caracterizado pela ocorrência de dois episódios: a compulsão por comida e o sonambulismo. A pessoa que sofre do Transtorno Alimentar Noturno se levanta da cama e ingere alimentos pesados (doces e gorduras ) e em grande quantidade. É comum que não lembrem do ocorrido quando acordam.

As vítimas desse distúrbio geralmente apresentam as características de quem sofre do Transtorno do Comer Compulsivo, como o sobrepeso. Porém, também têm de se manter atentas aos riscos de acidentes do sonambulismo. Outras características são o cansaço, ansiedade e raiva.

---

<sup>1</sup> O conceito PICA embora apareça em forma sugestiva de sigla, a origem da nomenclatura não foi encontrada na literatura consultada.

É grande a incidência do transtorno do comer compulsivo. Também ocorre esse comportamento em alcoolistas, drogaditos e pessoas com transtornos do sono.

De acordo com APPOLINÁRIO (2000):

Outro distúrbio alimentar é classificado na literatura médica como PICA: é a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, inadequadas para o desenvolvimento infantil e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. As substâncias mais frequentemente consumidas são: terra, barro, cabelo, alimentos crus, cinzas de cigarro, fezes de animais, sabonete, tijolo, cera, casquinhas de pintura. Atrasos no desenvolvimento, retardo mental e história familiar de PICA são condições que podem estar associadas. Várias complicações clínicas podem ocorrer, principalmente relacionadas com o sistema digestivo e com intoxicações ocasionais, dependendo do agente ingerido. Não existem informações sobre a prevalência de PICA, no entanto ela é mais freqüente em crianças pré-escolares.

O tipo de tratamento sugerido no caso de transtorno alimentar depende do diagnóstico médico. Se o motivo for carência alimentar, o problema pode ser resolvido com a prescrição de vitaminas e suplementos. Já no caso do transtorno estar ligado ao lado psicológico, é necessário um acompanhamento de um profissional para que haja mudança desse tipo de comportamento.

É importante ressaltar que mulheres grávidas às vezes apresentam esses sintomas, mas costumam se recuperar naturalmente após o nascimento do bebê.

Segundo a Associação Brasileira de Transtornos Alimentares:

A Síndrome de Prader-Willi é caracterizada por uma má formação no hipotálamo (parte do cérebro que controla a fome). Esse defeito faz com que a pessoa tenha um apetite incontrolável, que leva à obesidade.

Para saciar a fome, os portadores dessa síndrome são capazes de comer alimentos estragados ou até mesmo ração de animais. A vítima também costuma apresentar grandes distúrbios psicológicos e problemas físicos, tais como raiva excessiva, tolerância à dor, baixa estatura, desenvolvimento sexual prejudicado, obesidade e diabetes tipo II.

Como a Síndrome de Prader-Willi<sup>2</sup> é uma doença que se apresenta desde o nascimento, é importante que ela seja diagnosticada o quanto antes para receber o tratamento adequado.

Conforme BALLONE, (2003):

O Transtorno do Comer Compulsivo acomete três mulheres para cada dois homens e tem uma prevalência de 2% na população geral e de 30% entre as pessoas obesas, nesse transtorno não há preocupação mórbida e irracional com o peso e a forma do corpo.

As pessoas com este transtorno apresentam freqüentes crises, durante as quais sentem que não podem parar de comer. Comem depressa e às escondidas, ou não deixam de comer o dia todo. Apesar desses pacientes se sentirem culpados e envergonhados por sua falta de controle, eles não apresentam atitudes compensatórias e compulsivas (vômito, laxantes...) típicas dos pacientes com Bulimia. Normalmente eles têm um histórico completo de fracassos em diversas dietas e regimes para emagrecimento. Normalmente são pessoas depressivas e obesas.

Esta compulsão alimentar incontrolável leva os pacientes a ingerir quantidades exageradas de alimentos em um curto espaço de tempo. Estes *ataques de comer* (binge eating) devem ocorrer com uma freqüência mínima de duas vezes por semana para que seja diagnosticada a síndrome. Para o diagnóstico do Transtorno do Comer Compulsivo sugere-se os seguintes critérios:

---

<sup>2</sup> Essa Síndrome deve seu nome aos doutores A. Prader, H. Willi e A. Labhart que, em 1956, descreveram pela primeira vez suas características. Acredita-se que haja um bebê com a síndrome para cada 10.000-15.000 nascimentos.



- 1) Episódios repetidos de "binge eating" (ataques de comer)
- 2) Durante os episódios, três dos indicadores abaixo devem estar presentes:

- Comer muito mais rápido do que o normal;
- Comer até se sentir desconfortavelmente empanturrado;
- Comer grandes quantidades de comida, mesmo sem fome;
- Comer sozinho, com vergonha da quantidade;
- Sentir-se culpado e/ou deprimido depois do episódio.

Segundo AZEVEDO, (2004):

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso.

O TCAP pode ser distinguido da Bulimia em alguns pontos. Os portadores de TCAP costumam apresentar índice de massa corporal (IMC) superior aos portadores de bulimia nervosa. Além disso, a história natural da Bulimia geralmente revela a ocorrência de dietas e perda de peso, enquanto que os comportamentos prévios do TCAP são mais variáveis. Assim, pacientes com Bulimia mostram maiores níveis de restrição alimentar, comparado aos portadores de TCAP.

O tratamento do TCAP deve envolver uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina-ISRS (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato.

Conforme a Associação Brasileira de Transtorno Alimentar temos outras classificações de transtornos alimentares, como a vigorexia, ortorexia nervosa e drunkorexia ou alcoorexia.

A vigorexia é uma patologia caracterizada pela prática excessiva de exercícios físicos. Diferentemente dos que sofrem com a anorexia ou bulimia, que enxergam a magreza como o padrão ideal de beleza, as vítimas da vigorexia vêem o corpo musculoso como o modelo a ser seguido.

A compulsão pelos músculos faz com que a pessoa aumente a carga de exercícios sem o devido acompanhamento profissional ou vá para a academia mesmo lesionado. Alguns chegam a tomar esteróides e anabolizantes, mesmo sabendo que os produtos são extremamente prejudiciais à saúde.

As causas que levam à vigorexia são semelhantes às dos transtornos alimentares e quem mais sofre dessa patologia são, geralmente, homens com idade entre 18 e 35 anos.

A ortorexia nervosa é caracterizada por uma preocupação excessiva com a qualidade dos alimentos, distintamente dos transtornos alimentares, como a bulimia e a anorexia nervosa, doenças nas quais o paciente preocupa-se mais com a quantidade dos alimentos consumidos.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Essa obsessão por uma dieta saudável acarreta o efeito contrário, levando a uma alimentação desequilibrada. As pessoas que apresentam esse transtorno são geralmente mulheres de classe econômica média para alta. Tratam-se de indivíduos perfeccionistas, rígidos e com traços obsessivo-compulsivos, que representam 1% da população.

As pessoas acometidas pela ortorexia acreditam que somente os cereais e vegetais fazem bem ao organismo. Por outro lado, os ortoréxicos privam sua alimentação de carnes e enlatados. Aqueles que padecem dessa doença destinam grande parte de seu tempo examinando o que vão comer, lendo atentamente rótulos do que consomem e cozinhando em solidão, pois não confiam em restaurantes e comem muito devagar. A comida é o ponto central em suas vidas: não são apenas os alimentos que engordam ou contêm toxinas que são evitados, mas também aqueles cultivados com adubos e herbicidas ou que possuam substâncias artificiais.

Estudos sobre este tema indicam que muitos ortoréxicos foram anoréxicos que se recuperaram e resolveram adotar uma dieta que, para eles, incluísse apenas “comidas seguras”. Usualmente, há uma obsessão na escolha do alimento, no seu preparo e nos materiais para cozinhá-los e armazená-los. Todos os alimentos que não sejam naturais, puros, saudáveis e controlados são sumariamente rejeitados.

Tornando-se a dieta ainda mais rígida na exclusão de alimentos fundamentais para o funcionamento do organismo, pode acarretar problemas de desnutrição, anemia, deficiências ou excessos de vitamina, minerais e outros nutrientes. Isto pode provocar intolerância ou alergia a alguns alimentos, tendência a osteoporose por falta de cálcio, desenvolvendo até problemas renais, depressão, ansiedade, hipocondria, dores musculares e apatia crônica.

Some-se a isso que as pessoas com essa doença apresentam dificuldades na vida social, uma vez que se tornam contrários ao ato de comer fora de casa, afastam-se de seus familiares e amigos, adquirem uma personalidade irritadiça e, em virtude do isolamento, embarcam em um círculo vicioso devido à carência afetiva e emocional, o que as levam, cada vez mais, a uma preocupação exagerada com a alimentação.

Já a Drunkorexia (em inglês) ou alcoorexia (em português) é uma doença que mistura transtornos alimentares e alcoolismo, mas que ainda não possui um termo médico oficial, não estando classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM –IV) e na Classificação Internacional de Doenças (CID X).

Os anoréxicos, por restringirem muito seu consumo calórico, tendem a evitar o álcool. Mas alguns bebem antes de comer para relaxar ou o fazem para baixar a ansiedade por ter ousado fazer uma refeição. Há casos também em que a pessoa passa o dia sem comer para compensar a ingestão calórica devido ao consumo alcoólico da noite anterior.

Já os bulímicos podem exagerar na comida e na bebida, induzindo o vômito posteriormente para eliminar os excessos.

Estudos revelam que o alcoolismo está associado a transtornos psicológicos relacionados à anorexia, bulimia, depressão e ansiedade. O álcool anestesias emoções ruins como frustração e, no caso da drunkorexia, reduz o apetite.

Segundo uma pesquisa feita pelo Programa da Mulher Dependente Química (Promud/IPQ), mais da metade das mulheres dependentes de álcool ou de drogas que estavam em tratamento apresentava algum tipo de transtorno alimentar. A droga mais utilizada por quem sofre de transtornos alimentares é o álcool, mas são comuns os casos de uso de anfetamina, cocaína e crack, que também ajudam a aplacar a fome.

As anoréxicas passam a recusar a comida, mas a aceitar o uso dessas substâncias. Já as compulsivas geralmente tentam substituir a comida por alguma delas, enquanto as bulímicas unem as drogas e o álcool à compulsão e aos métodos purgativos convencionais.

O mais assustador desse novo transtorno é o fato de que sua origem é tolerada, glorificada ou reforçada pela sociedade. Podemos responsabilizar, em parte, a obsessão com a magreza, característica de nossa sociedade ocidental moderna, e a aceitação social das bebidas com a percepção de que, entre as celebridades, é normal – e até chic – acabar num centro de reabilitação.

Ademais, tomar porres, perder peso e ficar magrinho são imperativos culturais para os jovens em todo o mundo. A mistura das duas coisas já não surpreende e hoje já atinge proporções epidêmicas. Muitas musas da música e da televisão, que não raro fazem a combinação entre álcool e drogas com pouca alimentação costumam influenciar jovens. .

Alterações comportamentais como agressividade, conduta irracional culminando com problemas familiares e com amigos também são conseqüências da doença, além de deficiências nutricionais causadas pela restrição de nutrientes essenciais á manutenção do funcionamento do organismo.

A anorexia nervosa é uma síndrome que afeta geralmente as mulheres adolescentes, mas também pré-púberes, mulheres mais velhas e, em menor medida os homens, caracterizada por uma perda de peso auto-induzida, por meio da restrição alimentar e/ou pelo uso de laxantes e diuréticos, provocação de vômitos ou excesso de exercitação física, medo da gordura e amenorréia, na mulher ou perda de interesse sexual, no homem (HERSCOVICI, 1997, p. 41).

De acordo com MAHAN e SCOTT-STUMP (2005, p. 569):

A anorexia nervosa é uma condição caracterizada por auto-inanição voluntária e emaciação. A perda de peso é vista como um sinal de alcance extraordinário e autodisciplina. O ganho de peso é percebido como uma perda inaceitável de auto-controle.

Já para BUSSE (2004, p. 34 e 42):

A anorexia se dá quando pacientes recusam-se a ingerir alimentos, sobretudo os ricos em carboidratos e gorduras. Na verdade não há nas fases iniciais perdas de apetite, apenas uma luta titânica contra este. A perda de peso é constada pelos familiares só muito tempo depois.

Esse distúrbio inicia-se com uma dieta inocente para perder alguns quilos e termina ocasionando a recusa em se alimentar, é um comportamento persistente direcionado a perder peso e em manter seu peso corporal abaixo dos níveis esperados para sua estatura, juntamente a uma visão modificada do seu próprio corpo. Por mais que emagreça a doente sempre se enxerga gorda. Geralmente começa com o intuito de tirar o foco de outros problemas que normalmente afetam as famílias, como por exemplo, crises conjugais, pois adolescentes que recebem maior atenção dos pais quando se vê diante de uma separação dos mesmos desenvolvem a patologia devido à situação, dessa forma acha que pode unir novamente a família diante de seu problema. Outro fator predisponente é a influência da mídia a qual impõe as adolescentes um modelo de corpo perfeito, buscando incansavelmente um corpo esquelético.

A anorexia nervosa tem na grande maioria das vezes seu diagnóstico retardado, pois os médicos apontam dificuldades para detectar esse distúrbio alimentar, por conhecerem apenas sua especialidade como por exemplo o neurologista costuma pensar em um tumor hipotalâmico, o endocrinologista em hipertireoidismo e o ginecologista em disfunção hormonal. Felizmente à medida que se difunde a informação sobre os transtornos da alimentação, por meio de congressos, publicações científicas e programas de divulgação, essas margens de erro vão-se estreitando.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para um diagnóstico definitivo de anorexia nervosa, todos os seguintes critérios são requeridos:

Peso corporal mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado ou índice de massa corpórea de 17,5 ou menos;

Perda de peso auto-induzida por abstenção de alimentos que engordam e um ou mais dos comportamentos a seguir: vômitos ou purgação auto-induzidos; prática excessiva de exercícios; uso de anorexígenos e diuréticos;

Distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual o medo de engordar persiste como uma idéia supervalorizada, em que o cliente impõe um baixo limiar de peso a si próprio;

Transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e impotência sexuais;

Quando no início pré-puberal, a seqüência dos eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa, nas garotas as mamas não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos os genitais permanecem juvenis e, com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia).

Existem dois principais subtipos de anorexia nervosa: anorexia restritiva e anorexia purgativa ou bulímica. Na anorexia restritiva na qual o cliente atinge seu objetivo de perder peso limitando a ingestão, e anorexia purgativa ou bulímica, na qual a perda de peso é obtida pela indução de vômitos ou uso de laxantes ou diuréticos.

De acordo com BUCKROYD (2000), BUSSE (2003), ERBERT (2005) e FERNANDES (2006), os principais sintomas causados pela anorexia nervosa são:

Hipotensão (pressão arterial baixa);  
Hipotermia (temperatura corporal do organismo abaixo do normal);  
Redução da atividade da tireóide (glândula que produz hormônios que regulam o metabolismo do corpo humano);  
Suspensão da menstruação (amenorréia);  
Unhas e cabelos quebradiços;  
Pele ressecada, áspera e coberta por lanugo (uma penugem fina e escura que pode chegar a cobrir todo o corpo);  
Pressão arterial baixíssima, por exemplo: 80 X 40, sendo que a pressão normal é 120 X 80;  
Batimento cardíaco de 36 bpm por minuto, enquanto a média esperada é de 60 a 80 batimentos por minuto;

O mercúrio do termômetro não sai do lugar quando se mede a temperatura das anoréxicas.

Conforme APPOLINÁRIO (2000):

A interação das abordagens médicas, psicológicas e nutricionais são à base da terapêutica, a constituição de uma equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos devem trabalhar de forma integrada.

A internação hospitalar deve ser considerada para as pacientes com o peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal, quando estão perdendo peso rapidamente ou quando se faz necessária uma monitorização adequada das suas condições clínicas. O tratamento ambulatorial deve ser indicado quando a paciente tem um bom suporte social, não está perdendo peso rapidamente, encontra-se metabolicamente estável e não apresenta os critérios que indicam a necessidade de uma internação hospitalar.

Apesar de não existir um agente farmacológico específico para a anorexia nervosa, vários medicamentos têm se mostrado úteis. O uso de antidepressivos ou ansiolíticos pode ser adequado em pacientes que desenvolvem uma comorbidade psiquiátrica associada. O emprego dessas substâncias em pacientes com anorexia nervosa deve ser cauteloso, tendo em vista as freqüentes anormalidades clínicas associadas. Os agentes inibidores da recaptação da serotonina (ISRS) parecem mais seguros. Existem evidências de que a fluoxetina poderia auxiliar na manutenção do peso pós-internação em alguns pacientes. A psicoterapia em suas diversas modalidades (cognitivo-comportamental, interpessoal e a terapia familiar) ainda é um dos pilares centrais do tratamento.

De acordo com MAHAN e SCOTT-STUMP (2005, p. 569):

Na bulimia nervosa ocorre um distúrbio caracterizado por episódios recorrentes de ingestão excessiva de alimentos seguidos de um ou mais comportamentos compensatórios impróprios para prevenir o ganho de peso. Estes comportamentos englobam vômito auto-induzido, abusos de laxativos e diuréticos, jejum excessivo ou exercício compulsivo.

Já para BUSSE (2004, p. 42):



A bulimia é uma síndrome caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia, preocupação excessiva com o controle de peso corporal, levando o paciente a adotar medidas extremas a fim de mitigar os efeitos de engordar da ingestão de alimentos.

### Segundo APPOLINÁRIO (2000):

A bulimia é extremamente rara antes dos 12 anos. O transtorno é característico das mulheres jovens e adolescentes, com prevalência de 1,1% a 4,2% neste grupo. Fatores de ordem biopsicossocial se encontram relacionados com sua etiologia.

Para um diagnóstico definitivo de bulimia nervosa, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, todos os critérios são requeridos:

Preocupação persistente com a alimentação e um desejo irresistível de comer. O cliente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimentos são consumidos, em curtos períodos;

Tentativa de neutralizar os efeitos “engordativos” dos alimentos por meio de um ou mais dos comportamentos a seguir: vômitos auto-induzidos, abuso de purgativos, períodos alternados de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos;

Sinais de psicopatologia ou seja, um pavor mórbido de engordar. O cliente impõe a si próprio um limite de peso, nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido, que constitui o peso ideal ou saudável na opinião do médico.

O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. No início, pode se achar relacionado à fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação que gera sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão). Inclui um aspecto comportamental objetivo que seria comer uma quantidade de comida considerada exagerada se comparada ao que uma pessoa comeria em condições normais; e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. Estes episódios ocorrem às escondidas na grande maioria das vezes e são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição. A quantidade de calorias ingerida por episódio pode variar enormemente, muito embora em média oscile entre 2 mil e 5 mil calorias.

O vômito auto-induzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo, portanto o principal método compensatório utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e principalmente a redução do medo de ganhar peso. A sua frequência é variável, podendo ser de um até dez ou mais episódios por dia, nos casos mais graves. No começo, a paciente necessita de manobras para induzir o vômito, como a introdução do dedo ou algum objeto na garganta. Algumas bulímicas mais graves, com vários episódios de vômitos por dia, podem apresentar até ulcerações no dorso da mão pelo uso da mesma para induzir a emese, o que se chama de sinal de Russell. Com a evolução do transtorno, a paciente aprende a vomitar sem necessitar mais de estimulação mecânica.

Outros mecanismos utilizados pelas bulímicas para controle do peso após uma ingestão exagerada são: o uso inadequado (sem prescrição médica) de medicamentos do tipo laxativo, de diuréticos, de hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos e de enemas. Jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso, mas geralmente geram menos complicações clínicas do que as técnicas purgativas descritas acima. Na bulimia, a paciente mantém uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal. A classificação do DSM-IV distingue dois tipos de pacientes com bulimia conforme a utilização de métodos compensatórios mais invasivos (vômitos, laxantes, diuréticos, outras drogas) "tipo purgativo" ou não (só dieta, jejuns e exercícios), classificado no "tipo não-purgativo".

As complicações clínicas são decorrentes principalmente das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, dentre outras. Um grande número de pacientes com bulimia evidencia um transtorno depressivo associado em algum momento de sua evolução clínica. O abuso de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também podemos encontrar o abuso múltiplo de substâncias.

Como na anorexia, o tratamento da bulimia deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional. A necessidade de internação hospitalar nos casos de bulimia está relacionada com a presença de complicações médico-psiquiátricas, de ciclos incoercíveis de compulsão alimentar-vômitos, de abuso de laxativos e/ou outras drogas e de outros comportamentos de risco. Na maioria das vezes, entretanto, o tratamento da bulimia é extra-hospitalar, devendo-se tentar um período inicial de abordagens como a psicoterapia cognitivo-comportamental, o aconselhamento nutricional e o uso de psicofármacos, o que pode conduzir a uma melhora das pacientes.

### **3. COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SOCIEDADE**

#### **3.1. O corpo e a influência da mídia**

Na atualidade, a mídia exerce uma enorme influência na sociedade, pois para vender e expor seus produtos impõe um padrão de beleza que atende aos interesses capitalistas do mercado de consumo. Dessa forma mostram um corpo materializado, diferente do corpo enquanto sujeito, afinal é uma mercadoria e uma imagem passada aos consumidores, que quando vêem essas propagandas, querem ser o indivíduo e ter o corpo exibido.

Sabe-se que os principais transtornos alimentares acontecem com maior frequência no período da adolescência onde ocorre a construção social e biológica do corpo. Com a influência da mídia essas adolescentes não sabem bem que caminho seguir e é nessa fase que elas mais se preocupam com sua própria imagem corporal e o que será transmitido à sociedade, pois a mídia mostra claramente que para se atingir um objetivo na vida a pessoa precisa apresentar um corpo magro e uma boa aparência.

Após décadas de luta feminina pela liberdade de escolha, pela liberação do corpo, sexualidade e da opressão, atualmente se constata outra realidade.

De acordo com SASSO e FERREIRA (2007, p. 45):

Muitas mulheres não têm orgulho do próprio corpo, da vida, não aceitam sua idade, seu peso, sua pessoa e sua história. O corpo das mulheres de hoje é um corpo controlado, mutilado e que se esconde para não mostrar suas imperfeições. A apologia do corpo perfeito é uma das mais cruéis fontes de frustração feminina dos tempos atuais e a obsessão pela magreza virou epidemia; muitas mulheres são escravizadas por um protótipo inalcançável de beleza. A busca por um “modelo” de corpo é praticamente uma luta para os indivíduos que não se enquadram nos padrões exigidos. Com isso, o indivíduo é levado, mesmo que inconscientemente, a doença e a morte, tudo

isso para buscar um corpo considerado saudável e atraente de acordo com os modelos legitimados pela sociedade e pela mídia.

Essas mulheres em sua maioria apresentam transtornos psicológicos e físicos, o que rapidamente interfere na realização das atividades da vida cotidiana, dessa forma a mulher vira escrava de si própria, onde não buscam mais pela beleza e sim apenas pela magreza ditada pela sociedade, pois a erotização excessiva da imagem feminina nos meios de comunicação, na publicidade, nas músicas, videoclipes e até nos brinquedos, cresce cada dia mais.

Segundo GARCIA (2005, p.27):

A pressão da erotização prega que uma jovem essencialmente feliz e bonita precisa ser sexy, magra e usar roupas da moda, certamente essa influência negativa da mídia prejudica o desenvolvimento das adolescentes.

Um meio de comunicação muito eficaz nessa área é a internet, pois é de fácil acesso e traz conteúdos úteis e ao mesmo tempo inúteis, fora da lei. Adolescentes usam a internet para ensinar outros jovens a serem anoréxicos e bulímicos e também dicas de como enganar a família para que não percebam que não estão se alimentando. Em uma busca rápida pela internet é possível encontrar esse tipo de conteúdo principalmente nos servidores que oferecem serviço do tipo blog (diário virtual com fotos, figuras e a descrição do dia-a-dia da pessoa).

### **3.2. Conduta Alimentar e Sociedade**

A conduta alimentar se diferencia de acordo com cada região do mundo, conforme Alessi (apud Rosales y Figueroa, 1998, p. 327):

“Comer não é e nunca foi uma mera atividade biológica, constitui algo mais do que um simples conjunto de nutrientes eleitos com base numa racionalidade estritamente dietética ou biológica. Comer é um fenômeno social e cultural.”

De acordo ainda com ALESSI (2006 p.329):

Desde os primórdios da colonização, portugueses, grupos indígenas e posteriormente grupos africanos foram os responsáveis pelo surgimento de condutas alimentares regionais e específicas dos ciclos econômicos que caracterizam o desenvolvimento e a ocupação inicial do território nacional.

Nos chamados ciclos do Pau-Brasil e da cana-de-açúcar, o Brasil era conhecido como a terra da mandioca que, ao lado do feijão, do amendoim, da caça, pesca e coleta de frutos constituíram os alimentos formadores das condutas alimentares dos grupos indígenas: com estes eram preparados a farinha, a tapioca, o beiju que eram consumidos puros ou combinados com carnes, ervas, vegetais, frutos e também utilizados para o preparo de bebidas alcoólicas.

Os colonizadores – conhecidos principalmente por lançarem-se aos mares em busca de especiarias e produtos exóticos trouxeram bananais, coqueiros, arroz, diversos tipos de carne (bovina, suína, aves) e especiarias como cravo-da-índia, canela, alecrim, erva-doce, açúcar e o sal.

Os africanos, trazidos ao Brasil na condição de escravos, transportados em péssimas condições e sem os pertences de sua cultura, e as mulheres colocadas na condição de responsáveis pelas cozinhas dos engenhos, passaram a usar apenas de seus conhecimentos culinários influenciando o modo de temperar e preparar os alimentos utilizando ingredientes trazidos pelos portugueses e os usados pelos indígenas.

No período conhecido pelos ciclos da mineração, café e borracha a ocupação do território nacional deu-se através, principalmente, da extração de pedras preciosas, da borracha e da produção do café, produtos estes destinados à exportação.

Ocorreram profundas transformações das condutas alimentares destacando-se: a difusão do consumo da carne seca e da carne de charque entre os desbravadores dos sertões; a introdução do pão de farinha de trigo, a famosa combinação do arroz com o feijão, o predomínio do consumo de carne bovina, algumas saladas, o manjar branco e, após a refeição o café nas mesas das famílias das classes altas e médias. Aos menos afortunados a conduta

alimentar predominante era o feijão com farinha de mandioca, o angu de milho e ocasionalmente a canjica e carnes.

Principalmente nos centros urbanos das regiões sul e sudeste data do final do século XIX e das primeiras décadas do século XX o surgimento das primeiras fábricas de alimentos e a “comida do trabalho”. A primeira introduziu e popularizou o macarrão, os molhos e temperos; e a comida do trabalho simbolizada pela marmitta, popularizou o arroz com o feijão e o cozido português (carne com legumes).

A intensificação da imigração significou a vinda de uma diversidade de grupos étnicos e, gradativamente, foi-se incorporando nas nossas condutas alimentares a esfiha, quibe, charuto, frango xadrez, a paella, o puchero, crepe, o croissant, a pizza, a batata, o sanduíche, o sashimi, o bacalhau, o churrasco, o strogonoff, entre outros. Nos dias atuais esses pratos estão presentes de norte a sul do país compondo a dieta do brasileiro.

Um outro determinante a destacar é a família que, conforme é sabido, é um núcleo primário da reprodução, da satisfação das necessidades básicas e da socialização de seus membros. Como os processos sociais não são lineares, as características do desenvolvimento de nossa sociedade sempre colocou a necessidade da inserção da mulher, de crianças e de jovens no mercado de trabalho para complementar a renda principalmente das famílias das classes médias e baixas.

Pesquisas de opinião pública realizadas ultimamente nas principais capitais do Brasil têm apontado que a renda, a praticidade e o preço tem desempenhado importante papel nas nossas condutas alimentares, embora observa-se uma crescente preocupação de segmentos da população com a alimentação relacionada com a busca de qualidade de vida as publicações especializadas, a escola, os médicos e os nutricionistas são pouco utilizados como fontes de informações sobre questões alimentares.

A partir de meados do século atual surge a chamada Terceira Revolução Industrial transformando, profundamente, os modos de produzir, estocar e comercializar os bens e serviços, bem como a composição e o papel

até então desempenhado pelos núcleos familiares na conformação das condutas alimentares.

Estas transformações foram possibilitadas pelo aparato tecnológico conquistado com o desenvolvimento da microeletrônica, da informática, da robótica e da telemática.

Na área dos alimentos e da alimentação predomina a produção em larga escala, a purificação de frações ou partes de alimentos naturais, a agregação de aditivos, a introdução de múltiplas variações na palatabilidade dos alimentos (mudanças no sabor, na cor, na textura, etc.); a oferta quase que ilimitada de alimentos com sabor doce a diversidade de fórmulas lácteas industrializadas (que tem sido apontada como responsáveis, nos últimos 40 anos, pela queda alarmante do aleitamento materno) e, mais recentemente, graças a engenharia de alimentos, a oferta de uma infinidade de congelados semi-prontos, desidratados e liofilizados.

No âmbito da comercialização, a partir dos anos 70, proliferam os supermercados e os hipermercados disponibilizando a população produtos alimentícios de todas as regiões do país e de várias partes do mundo. O surgimento destes estabelecimentos padronizados tem desempenhado importante papel na uniformização da conduta alimentar, processo que vem sendo garantido pelo suporte da publicidade, principalmente através da televisão.

Estudos tem mostrado que quanto mais se desce na escala da estratificação social maior é a influência exercida principalmente pela televisão nas nossas condutas alimentares. Ela tem se constituído na principal fonte de informação sobre questões alimentares utilizadas pela população.

Este veículo de comunicação exerce maior impacto principalmente nas crianças e jovens, razão pela qual grande parte da publicidade de produtos alimentícios é veiculada nos programas direcionados a este segmento de público-alvo. Em geral os comerciais visam vender marcas e não divulgar informações sobre os produtos.



Outro papel que vem sendo desempenhado pela televisão e por publicações mais direcionadas para o público feminino tem consistido na divulgação de alimentos light e diet, sem, contudo diferenciá-los; as dietas da moda propagandeadas por personalidades famosas do mundo artístico, da moda e dos esportes divulgando fundamentos científicos questionáveis, e o preocupante comportamento de resistência ou do desejo culposos de comida popularizado através da conduta da “silhueta de cabide dos manequins” que tem se traduzido como a época das comidas dietéticas, dos complexos vitamínicos, da aeróbica, entre outras.

Diante do que foi abordado podemos enxergar que se necessita priorizar a qualidade de vida dos indivíduos e não ser influenciados pelos comerciais da TV, pois a indústria busca apenas lucros financeiros e dessa forma não mostra muitas preocupações com os componentes usados na fabricação de seus produtos, podendo causar o desenvolvimento de transtornos alimentares principalmente a obesidade, a anorexia e a bulimia, e também pode ser responsável pelo surgimento de algumas patologias como: hipertensão arterial, diabetes, aumento do colesterol e problemas cardíacos.

### **3.3. A Família e os Transtornos Alimentares**

A partir da década de 70 segundo SOUZA e SANTOS (apud MINUCHIN (2006, p. 403):

Algumas características do funcionamento familiar influenciam no aparecimento de determinadas patologias, o qual criou um modelo das “famílias psicossomáticas” e definiu a partir das seguintes características: presença de alianças entre as gerações na família, evitação de conflito entre todos os seus membros, repertório familiar não flexível e com pouca capacidade de resolução de problemas. Esse modelo inspirou a concepção do que se chamou de “famílias anorexígenas”, ou seja, a família sendo a origem da patologia de seus filhos.

Já para PALAZZOLI (2006, p.404) a anorexia seria a resposta da filha aos conflitos do processo intraconjugal de seus pais, assim a doença seria a resposta a padrões de interação familiar próprios dessas famílias.

Em um estudo realizado na China obtiveram resultados muito semelhantes aos das pesquisas realizadas no Ocidente, ou seja, a recusa da comida simbolizaria a disciplina aplicada ao corpo e a punição dirigida à família, como forma de vingança pelo aprisionamento vivenciado pela paciente anoréxica dentro da família. Constatou-se que a anorexia aparecia como forma de protesto e mostra de descontentamento frente a falta de autonomia da filha com relação ao país.

Segundo SOUZA e SANTOS (apud POLIVY e HERMAN (2006, p.406):

São centrais nesses transtornos os problemas de identidade e controle pessoal. A família contribui diretamente na exacerbação desses problemas, podendo transmitir preocupações alimentares. Porém, para a emergência do transtorno são necessários outros fatores de risco individuais, como déficit de auto-estima, características específicas da personalidade, experiências interpessoais, fatores estressantes da história de vida, aspectos cognitivos, influências biológicas, além de humor depressivo e irritabilidade, entre outros.

De acordo ainda com SOUZA e SANTOS (apud EISLER (2006, p.406):

A maior limitação dos estudos anteriores na área era o foco na etiologia ao invés de se buscar uma compreensão a cerca de como essas famílias se organizam em torno de um problema grave como a anorexia e bulimia nervosa. Para ele, o quadro que aparece quando fazemos uma análise crítica do histórico dos transtornos alimentares, mostra que não existe um padrão consistente de estrutura familiar ou funcionamento nessas famílias. Ele afirma que o suporte empírico para a conceitualização de MINUCHIN (2006, p.406) é inconvincente. Não seria possível saber se o fato de termos uma evitação de conflitos nessas famílias pode ser resultante do aparecimento da própria “doença”, ou se seria uma estratégia utilizada pela família para lidar com essa condição difícil.

A partir de 1950 a família entra na história do tratamento dos transtornos alimentares, pois a observação de que alguns comportamentos nessas famílias serviam para a manutenção dos sintomas dos pacientes, levou

os profissionais a isolarem os familiares, acreditando que a sua influência seria negativa sobre a recuperação dos adoentados.

O modelo de MINUCHIN (2006, p.407):

Estimulou o interesse em intervenções familiares, principalmente com terapia familiar, que foi e ainda é muito utilizada no contexto de tratamento dos transtornos alimentares. A família é envolvida, enfim, no contexto do tratamento, porém entra muitas vezes acusada de ser (culpada) pelo transtorno de seus filhos, o que acaba gerando dificuldades no estabelecimento do vínculo com os profissionais. Para evitar que o sentimento de culpa paralisasse as famílias, algumas estratégias foram utilizadas, como comunicar a família que ela não “causa” o transtorno alimentar, mas que existem múltiplos fatores em conexão com o seu aparecimento. Uma outra estratégia é recomendar aos familiares que, ao invés de culparem a si mesmos, passem a culpar o problema.

Muitos pais acham que os sintomas da filha são uma afronta direta a eles. Sendo assim o terapeuta vai focar quase que exclusivamente nos comportamentos bulímicos e anoréxicos, mostrando para os pais a seriedade do quadro e que suas filhas não têm o controle sobre a impulsividade de seus sintomas.

De acordo com tudo que foi dito anteriormente podemos entender que apesar da resistência de alguns familiares por não compreenderem a patologia, ainda se excluem do tratamento de seus filhos, outros por sua vez se sentem culpados pelo surgimento da patologia, porém sabemos que a união entre paciente, família e equipe multiprofissional é de suma importância no tratamento, pois quando a família está presente no decorrer do tratamento poderá se sentir menos culpada, mesmo sabendo que os transtornos alimentares não possuem uma única etiologia, sendo assim é considerado um transtorno de origem multifatorial, incluindo fatores sociais, psicológico e físicos.

## **4. UMA ANÁLISE SOBRE O GRATA (GRUPO DE ASSISTÊNCIA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP)**

### **4.1. Sobre o Ambulatório**

Diante de uma entrevista com a Professora Rosane Pilot Pessa Ribeiro, formada em Nutrição pela PUC de Campinas, atualmente docente na USP de Ribeirão Preto e uma das idealizadoras do GRATA, projeto implantado há 25 anos. Atuando no Ambulatório desde a década de 80, quando surgiram os primeiros pacientes para receber tratamento, ainda sem diagnóstico definido.

O GRATA está sob a coordenação da Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Por esse serviço, passam por estágio: Nutricionistas do curso de Especialização em Nutrição Clínica, alunas do Curso de Nutrição da Universidade de Franca e alunos do Curso de Psicologia da faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Além disso, são orientados alunos de pós-graduação que desenvolvem seus projetos de pesquisa nesse serviço.

O público alvo que recebem assistência do GRATA são pessoas com diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa que são encaminhados de serviços da Rede Básica – SUS. A capacidade de atendimento do Ambulatório é de aproximadamente 25 pacientes.

O principal objetivo do GRATA é oferecer tratamento para pessoas com transtornos alimentares (TA) e seus familiares, sendo o tratamento realizado com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por aproximadamente 25 pessoas das áreas de medicina (Residente de Nutrologia e Médico Psiquiatra), Nutrição (Nutricionista e

Estagiários de Nutrição) Psicologia (Psicólogos e estagiários de Psicologia), Terapeuta Ocupacional e o Enfermeiro quando existe a necessidade de internação do paciente para sua reabilitação física. Cada profissional atua na sua área de conhecimento, desenvolvendo atividades individuais com os pacientes, e a equipe de nutrição e psicologia realizam atividades em grupo para orientação nutricional e apoio psicológico.

Semanalmente a equipe toda se reúne para discutir os casos atendidos, o que é muito importante para os pacientes e para a equipe, pois segundo a professora entrevistada, nessas reuniões existe a troca de conhecimentos e experiências, sendo assim existe a melhora da assistência prestada, e também é utilizado para apresentar trabalhos levados para eventos científicos e outros produtos de pesquisas.

Além de oferecer tratamento psiquiátrico, psicológico e farmacológico aos pacientes, a família tem papel importante no tratamento, por esse motivo também recebe apoio psicológico. Para essa comunidade anualmente é organizado a semana de conscientização sobre Transtornos Alimentares, com divulgação em simpósios e na mídia.

## **4.2. Sobre os Pacientes e a Família**

Segundo BORGES et al (2006, p.340):

Geralmente, o perfil dos pacientes portadores de transtornos alimentares é: adolescentes do sexo feminino, raça branca, e alto nível sócio econômico cultural. Porém, o que se tem observado, é que esse grupo é cada vez mais heterogêneo, sendo realizado diagnóstico em adolescentes do sexo masculino, raça negra, pré-adolescentes e pacientes com nível sócio econômico cultural baixo.

Quanto à etiopatogenia, não há uma etiologia única responsável pela anorexia nervosa. Acredita-se no modelo multifatorial, com contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e

familiares. São ditos fatores de predisposição: sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa auto-estima, perfeccionismo, dificuldade em expressar emoções. Fatores precipitantes: dieta, separação e perda, alterações da dinâmica familiar, expectativas irreais, proximidade da menarca. Fatores mantenedores: alterações endócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas, práticas purgativas.

Já para professora entrevistada, Rosane Ribeiro, o perfil dos pacientes consiste em mulheres jovens, principalmente adolescentes, que tem uma preocupação/insatisfação muito intensa com o corpo e uma relação conturbada com a alimentação.

De acordo ainda com RIBEIRO et al (2006, p.341):

O início do quadro clínico da Anorexia Nervosa ocorre freqüentemente a partir da elaboração de uma dieta, em que o paciente inicia a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles que julga mais calóricos. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com diminuição do número de refeições, podendo evoluir drasticamente, até o jejum. O paciente tem como meta emagrecer, cada vez mais, desejando a todo custo ficar cada vez mais magro. Geralmente os pacientes relatam que o início do quadro se deu após um fator estressante como algum comentário sobre seu peso, ou o término de relacionamento, ou perda de ente querido. O paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, de tabela de calorias e do medo patológico de engordar. Concomitantemente esses pacientes apresentam traços de personalidade como preocupações e cautela em excesso, medo de mudanças, hipersensibilidade e gosto pela ordem.

Entre os sintomas que podem ser referidos pelos pacientes estão: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, amenorréia, dificuldade de concentração, retardo do esvaziamento gástrico, pancreatite, alteração de enzimas hepáticas, diminuição do peristaltismo intestinal, bradicardia, hipotensão, arritmias, insuficiência cardíaca, alterações do eletrocardiograma, parada cardíaca, edema, cálculo renal, elevação de uréia

devido a desidratação, anemia, leucopenia, infertilidade, hipocalcemia, hiponatremia, hipoglicemia, desidratação, diminuição do hormônio luteinizante e estrogênio, aumento do hormônio do crescimento e cortisol, convulsões e osteoporose.

Já na Bulimia Nervosa, tipicamente o paciente começa a sentir uma vontade de comer incontrolável e ao deparar-se com a geladeira, “devora” tudo. Sente-se depois culpado e até mesmo mal estar físico em razão da quantidade ingerida de alimentos, ocorrendo-lhe a idéia de induzir o vômito para não engordar. Este comportamento lhe traz satisfação e alívio momentâneo. O paciente bulímico pensa em ter descoberto a forma ideal de manter o peso sem restringir os alimentos que consideram proibidos. Após o vômito, surge a sensação de estar fazendo algo fora do normal. Sente-se ansioso, culpado e com piora na auto-estima, o que faz retomar a dieta às vezes de forma mais intensa por acreditar erroneamente que detém o controle sobre esse processo. Os episódios bulímicos são definidos como “a ingestão, em um curto espaço de tempo, de uma quantidade de alimento muito superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares”.

A freqüência desses episódios é variável podendo ocorrer várias vezes em um único dia ou em uma semana. Durante esses episódios, o paciente come sozinho e escondido, não dá atenção ao sabor e a textura do alimento, comendo sem nenhum critério na hora da compulsão. Porém o paciente é muito criterioso na escolha dos alimentos. Há também uma grande variabilidade nas calorias ingeridas durante o período da compulsão. A compulsão alimentar não está somente relacionada ao número de calorias ingeridas, mas também aos sentimentos, perda de controle e ingestão de determinados tipos de alimentos. Alguns dos pacientes devoram o alimento até que a compulsão trouxesse dor física ou sono. A média dos episódios por semana foi treze (variando entre seis a trinta). Os principais alimentos consumidos durante a compulsão alimentar são: pães, bolos, massas, sanduíches, chocolates, pizzas e doces.

Mesmo não sendo a única prática usada para compensar o episódio bulímico ou para evitar ganho de peso excessivo, o vômito auto-induzido é o mais freqüentemente encontrado. Também é comum a prática intensa de exercícios físicos, podendo causar danos aos ligamentos e aos músculos. Também pode ocorrer o uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite.

Diferentemente do paciente anoréxico, o paciente bulímico não tem desejo de emagrecer cada vez mais. Em geral, seu peso está normal ou, em menor número de casos com sobrepeso. As irregularidades menstruais podem ocorrer, mas a amenorréia é característica da anorexia nervosa.

As principais complicações clínicas da Bulimia Nervosa são: calosidade no dorso da mão, pela lesão da pele com os dentes ao provocar o vômito (Sinal de Russel), erosão do esmalte dentário, cáries, dor abdominal, gastrite, esofagite, sangramentos, constipação, prolapso retal, bradicardia, hipotensão, arritmias, insuficiência cardíaca, alterações do eletrocardiograma, parada cardíaca, irregularidade menstrual, hipocalemia, hipocloremia, hiponatremia, hipoglicemia, desidratação e hipertrofia de glândulas parótidas decorrentes dos vômitos.

### **4.3. Avaliação Laboratorial dos Transtornos Alimentares**

Os principais exames laboratoriais solicitados para auxiliar no diagnósticos são:

Hemograma: geralmente esses pacientes têm anemia hipocrômica microcítica leucopenia associada.

Lipidograma: cerca de 40% dos pacientes com anorexia nervosa cursam com elevação do colesterol total ou podem apresentar diminuição do colesterol e triglicérides devido à própria desnutrição.



Glicemia: geralmente esses pacientes cursam com hipoglicemia sendo que a exclusão do diagnóstico de diabetes melito é fundamental.

Albumina e proteínas totais: esses pacientes podem apresentar hipoalbuminemia, sendo essa uma condição incomum devido à lenta e progressiva perda de peso.

Eletrólitos sódio, potássio, cálcio iônico, magnésio.

Zinco: muitas pacientes portadoras de anorexia nervosa cursam com hipozinqueia que está relacionada à baixa ingestão alimentar.

Estudo do ferro (ferro, ferritina, transferrina): para diagnóstico das anemias ferroprivas.

Vitaminas (Vitaminas A, C, B12, ácido fólico e beta caroteno): diagnóstico de hipovitaminose relacionada à desnutrição.

Testes tireoidianos: solicitamos TSH para triagem de hiper ou hipotireoidismo relacionada ao uso ou não de hormônios tireoidianos.

Função renal: geralmente nesses pacientes os níveis de uréia e creatinina estão normais. Porém devido à desidratação ou ao catabolismo protéico esses valores podem se alterar.

Função hepática: pacientes com anorexia nervosa podem cursar com esteatose hepática relacionada ao jejum.

Eletrocardiograma: pacientes com transtornos alimentares podem cursar com bradicardia sinusal, arritmias sinusal ou ventriculares, principalmente devido ao prolongamento do intervalo QT. Caso se detecte essa alteração, deve-se monitorizar os níveis de eletrólitos desses pacientes, sobretudo se eles vomitam ou usam laxantes. A disfunção cardíaca mais séria é a taquiarritmia ventricular que pode resultar em morte súbita.

O diagnóstico da anorexia e bulimia nervosas é feito segundo os critérios estabelecidos pelo DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; APA, 1994). Porém existe uma certa dificuldade para se diagnosticar esses tipos de transtornos alimentares devido suas semelhanças e principalmente a tentativa dos pacientes em tentar esconder

os sinais e sintomas, pois eles próprios na maioria das vezes não assumem que estão doentes e estão precisando de ajuda multiprofissional. A doença fica camuflada tanto para os profissionais quanto para a família.

#### **4.4. Tratamento farmacológico**

Segundo CABRERA (2006, p.378) o uso de psicotrópicos na Anorexia Nervosa tem por objetivo auxiliar na recuperação do estado nutricional e atenuar sintomas mentais que trazem muito desconforto.

##### **Ciproerptadina (Periatin®)**

É um anti-histamínico e antagonista da serotonina, além de apresentar efeito sedativo. É recomendado nos quadros de anorexia nervosa grave do tipo restritivo, principalmente quando existe hiperatividade associada. As evidências têm mostrado que o benefício não se mantém a longo prazo, mas pode ser uma opção interessante para os primeiros dias de tratamento hospitalar.

##### **Clorpromazina (Amplictil®)**

É um antipsicótico com potente efeito antiemético. Em baixas doses (20 a 75mg/dia) pode reduzir a frequência de vômitos na anorexia nervosa do tipo purgativo, melhora a aceitação de alimentos, o sono e diminui a hiperatividade. Observa-se em muitos casos, a melhora das preocupações obsessivas, do funcionamento cognitivo e da adaptação social. Recomenda-se iniciar essa medicação sob assistência médica (internação ou seminternação) em função da possibilidade de se monitorar os efeitos adversos (hipotensão arterial e sedação), caso surjam.

##### **Cloridrato de metoclopramida (Plasil®)**

Pode ser usado para melhorar a sensação de plenitude gástrica, sintoma comum em anoréticos graves. É utilizado no tratamento hospitalar na dose de 10mg, 10 minutos antes das refeições, nos primeiros

dias de internação. Com a recuperação nutricional o sintoma tende a desaparecer e a necessidade de tal medicação também.

#### Antidepressivos

Não são recomendados no início do tratamento, pois muitos dos sintomas associados à depressão (apatia, desinteresse, insônia) podem desaparecer com a reposição nutricional. Na fase de manutenção, caso persistam sintomas que preencham os critérios para um episódio depressivo ou mesmo um transtorno depressivo, recomenda-se tratamento medicamentoso. As medicações mais usadas são:

#### Fluoxetina

Na dose de 10 a 60mg/dia (convém estar atento ao uso abusivo, pois muitas pacientes esperam diminuir a fome com a medicação) e os outros inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) como citaloprano, na dose de 10 a 20 mg/dia.

#### Imipramina

Na dose de 75 a 120mg/dia (observar retenções líquidas e aumento de peso que são motivos para o abandono do tratamento).

#### Ansiolíticos

Recomendados para a ansiedade relacionada às refeições, são administrados meia hora antes do almoço e do jantar. Bromazepan (Lexotan®) – 1.5 mg, Clonazepan (Rivotril®) – 1 mg e Lorazepan (Lorax®) – 0.5 a 1 mg.

Não é recomendado o uso continuado devido ao risco de dependência e habituação.

Os psicofármacos indicados na Bulimia Nervosa são eficazes para reduzir os sintomas bulímicos e para tratar as comorbidades psiquiátricas associadas, embora muitos pacientes expressem resistência ao uso ou fazem uso de modo inapropriado.

## Antidepressivos

Auxiliam na redução da compulsão e dos vômitos. Os antidepressivos tricíclicos ainda são muito usados, como a Imipramina 50-125 mg/dia (Tofranil®) e Clorimipramina 75-125 mg/dia. Os inibidores seletivos da serotonina (ISRS), são bastante seguros e relativamente bem tolerados, em tratamentos de 6 meses a 1 ano. Fluoxetina (Daforin®, Fluxene®, Prozac®, Verotina®) – 60 a 80 mg/dia, Sertralina (Tolrest®, Zoloft®) – 50 a 200 mg/dia e Citalopram (Citta®, Cipramil®, Deriel®, Proximax®) 20 a 60 mg/dia. Se existir um transtorno depressivo associado, o tratamento com essas medicações deve estender-se além de um ano. O sucesso do tratamento é maior quando se associa aconselhamento nutricional, psicoterapia e psicofarmacoterapia.

## Ansiolíticos

Não são muito recomendados em função do alto risco de dependência, associação com álcool e drogas. Cautela com a quantidade de medicamentos prescritos devido ao risco de suicídio por ingestão (overdose).

### **4.5. Prognóstico com Tratamento**

Na Anorexia Nervosa taxas de melhora e cura encontradas, para pacientes que seguiram um tratamento regular são: 40% recuperam-se totalmente; 30% melhoram sensivelmente; 20% cronificam; 10% morrem. De um modo geral o prognóstico é pior quando existe comorbidade, como por exemplo, transtorno de personalidade, narcísicos e pacientes que demoram a iniciar o tratamento.

Já na Bulimia Nervosa de um modo geral 30% apresentam remissão total dos sintomas; 50% melhoram os sintomas, mas apresentam recaídas e 20% mantêm-se doentes. O prognóstico é pior quando existe associação com alcoolismo, abuso e dependência de drogas.

Essas medicações psicotrópicas devem ser vistas como coadjuvantes no tratamento dos transtornos alimentares e dentro do contexto da intervenção multiprofissional. De um modo geral, pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa não aceitam tomar medicações, colocando como justificativas temores associados a ganho de peso e descrenças quanto à eficácia das mesmas. Tentam habitualmente negociar o uso de medicações, lêem as bulas, questionam os médicos sobre a incidência dos efeitos colaterais e geralmente referem tais efeitos com pouco tempo de uso das mesmas.

O sucesso na instalação da terapia medicamentosa depende: da habilidade do médico em escolher o melhor momento de recomendá-la (ou seja, depois de instalada uma relação de confiança) e do modo como este profissional apresenta essa modalidade de intervenção, (com objetividade, sem supervalorização dos efeitos benéficos e nem desvalorização dos efeitos adversos). Portanto, durante o tratamento é necessário sempre que a equipe como um todo consiga de alguma forma conquistar a confiança da paciente, pois sem esse sentimento não se consegue desenvolver de maneira adequada o tratamento.

Diante do que já foi falado anteriormente a presença e o apoio da família no decorrer do tratamento é de suma importância, pois a paciente precisa sentir-se segura, amada e compreendida pela equipe que está prestando assistência e principalmente por sua família, pois a família também adoece juntamente com a paciente, por esse motivo necessita de ajuda e orientação da equipe para poder entender a doença de seu familiar, a paciente nesse momento de internação ou tratamento a nível ambulatorial necessita ser entendida e compreendida e não julgada, e a realidade nas famílias são primeiramente de julgamentos e não de tentar entender a doença como um todo.

#### **4.6. O papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares**

De acordo com ALMEIDA e IGUE (2000, p. 312):

Estudos mostram crescente aumento de pacientes internados com transtornos alimentares, o que torna imprescindível uma equipe de enfermagem especializada no atendimento desses pacientes.

A equipe deve ser composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que prestam assistência integral em turnos de seis ou doze horas. Os requisitos básicos na assistência de pacientes com transtornos alimentares são: conhecer a patologia, os efeitos colaterais dos medicamentos, ter empatia e sensibilidade, estar apto a lidar com situações de risco (como tentativa de suicídio) e aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): histórico, levantamento de problemas, prescrição e evolução.

A equipe de enfermagem são os profissionais que mantêm maior contato com pacientes e familiares, o que lhes permite intervir de maneira positiva nas orientações que venham a facilitar o convívio familiar e social, bem como ajudá-los a desenvolver estruturas capazes de habilitá-los na resolução de problemas.

A assistência deve ser individualizada, levando em conta os fatores biológicos, sociais e psíquicos.

No relacionamento interpessoal entre equipe de enfermagem e pacientes temos como medidas terapêuticas: o oferecimento de apoio, incluindo a técnica de relaxamento, as características das relações interpessoais e o estabelecimento de limites.

O Oferecimento de apoio:

Permanecer ao lado do paciente em silêncio, demonstrando preocupação e sensibilidade com seus sentimentos, pois estes necessitam de atenção e de profissionais capazes de ajudá-los;

Ressaltar suas características sadias, valorizando progressos e sucessos;

Demonstrar preocupação e interesse pelos problemas dos pacientes e disponibilidade para ajudá-los;

Tomar decisões e reconhecer suas limitações;

Estimular a participação em grupos de atividades. A Enfermeira coordena grupos de expressão de sentimentos;

Oferecer atividades de interesse: jogos, tricô, crochê, pintura, desenho e dominó;

Estimular a interação com os demais pacientes, evitando o isolamento;

Evitar o desencadear de tensão e ansiedade nos pacientes durante e após as refeições, pois são os momentos mais difíceis para eles;

Utilizar técnicas de relaxamento, alongamento, respiração;

Incentivar a independência, orientando sobre o autocuidado;

Conversar sobre temas de interesse.

#### Relações Interpessoais Terapêuticas:

Ser acolhedor, colocando-se no lugar do outro;

Aceitar os pacientes, despendo-se de preconceitos;

Não prometer nada que não possa ser cumprido;

Estar disponível, inspirar segurança e confiança;

Utilizar técnicas de comunicação terapêutica nos três grupos: clarificação, validação e expressão;

Incentivar que todas as interações sejam terapêuticas e não de cunho social.

Estabelecer limites: Medida necessária para coibir pacientes que procuram manipular profissionais e familiares;

Manter uma conduta uniforme;

Não omitir nunca do paciente o que esteja sendo realizado;

Reforçar positivamente as condutas sadias;

Estimular a participação dos pacientes em atividades de interesse.

Cuidar de pacientes com transtorno alimentar é um processo bastante difícil e se traduz num esforço constante dos elementos da equipe de enfermagem.

Segundo ALMEIDA e IGUE (apud MELLO et al. (2000, p.326):

O profissional de enfermagem vivencia no seu trabalho cotidiano muitas dificuldades e, em razão disso, são feitos questionamentos em relação ao comportamento dos pacientes e ao processo de cuidar.

Esses pacientes requerem tanto vigilância constante, orientação e supervisão quanto precisam de estabelecimento de confiança, de apoio e de envolvimento emocional. É de fundamental importância a uniformidade nas condutas, evitando com isso cisão da equipe.

A enfermagem deve manter aliança com a família, pois esta é parte integrante no processo de assistência. Deve ser orientada, apoiada e estimulada a participar da continuidade do tratamento. Acompanhar em consultas, observar oscilações do comportamento, ajudar nas recaídas, auxiliar na aceitação da doença.

As recidivas ocorrem, por isso há necessidade de manter acompanhamento da equipe multidisciplinar por um longo período.

Esperamos que os profissionais de enfermagem possam ajudar como membros da equipe interdisciplinar, juntamente com os outros



profissionais, a indicar, planejar e executar um plano de assistência individualizada e humanizada aos pacientes com transtornos alimentares.

Apesar do enfermeiro, na experiência do GRATA, se fazer presente apenas quando existe a necessidade de internação do paciente para sua reabilitação física, fica claro que a enfermagem tem um papel maior na assistência dos pacientes que sofrem de transtornos alimentares, seja no cuidado dos próprios pacientes, da família e trabalho desenvolvido entre a equipe multidisciplinar.

## 5. CONCLUSÃO

Foi possível por meio das pesquisas bibliográficas, constatar que tanto a anorexia como a bulimia são transtornos alimentares que resultam de fatores biológicos, psicológicos e sociais. As principais vítimas desse tipo de distúrbio basicamente são as mulheres, sendo que a incidência maior se dá em adolescentes, mas também em pré-púberes e até mesmo em mulheres mais velhas, e, em menor prevalência em homens, causando as suas vítimas um sofrimento e desgaste emocional intenso.

O padrão de beleza desejado pelas mulheres atualmente foi construído a partir das imagens de modelos, as quais apresentam corpos esqueléticos e curvas perfeitas. Sabe-se que é durante o período da adolescência que ocorre a construção biológica e social do corpo e é durante esse período que as adolescentes apresentam uma maior preocupação com a imagem corporal, sendo assim a sociedade impõe as adolescentes um modelo de corpo perfeito, e essas adolescentes buscam incansavelmente esse modelo proposto pela mídia e pela sociedade, por essa razão os distúrbios alimentares, vem ocorrendo com tanta frequência.

A apologia do corpo perfeito é uma das mais cruéis fontes de frustração feminina nos novos tempos e a obsessão pela magreza virou epidemia, mulheres são escravizadas por um protótipo inalcançável de beleza, com isso gera doença mesmo que inconscientemente.

Diante da entrevista cedida pela docente Rosane Pessa Pilot Ribeiro obtivemos o conhecimento sobre o GRATA um grupo de assistência em transtornos alimentares que tem por objetivo oferecer tratamento para pessoas que sofrem de transtornos alimentares. A equipe do GRATA é composta principalmente por psicólogos os quais são responsáveis pela orientação do paciente, ou seja, trabalham com o apoio psicológico, nutricionistas os quais desempenham um papel de suma importância, pois tem como objetivo fazer a paciente entender a necessidade da alimentação para sua vida e introduzi - lá numa reeducação alimentar, médicos psiquiatras

responsáveis pela parte farmacológica do tratamento, terapeuta ocupacional os quais desempenham atividades de entretenimento juntamente com as pacientes e por fim os enfermeiros, que no GRATA trabalham frente a necessidade de internação do paciente, ou seja, prestam a assistência apenas durante o período mais crítico da doença onde as pacientes muitas vezes são sondadas, necessitam de assistência no momento do banho e de vigilância durante todo o tempo, pois podem praticar atos purgativos os quais são característicos desses tipos de transtornos alimentares.

Porém fica claro que a enfermagem tem um papel maior na assistência dos pacientes que sofrem de transtornos alimentares, seja no cuidado dos próprios pacientes, da família, pois pode servir de elo, esclarecendo dúvidas a respeito da doença e até mesmo prestando apoio para que essa família possa entender o que está acontecendo, dessa forma evitando julgamentos e desgaste emocional.

Sabemos que o enfermeiro pode desempenhar várias funções que vão além de técnicas, pois podem desenvolver seu papel prestando apoio ao paciente no momento da sua admissão, acolhimento, esclarecimento de dúvidas tanto para a paciente quanto para a família a respeito dos sinais e sintomas da doença, do tratamento a ser desenvolvido, sobre normas e rotinas da unidade, o que muitas vezes diminui a ansiedade do paciente.

Portanto o enfermeiro que se dedica a prestar assistência a pacientes com transtornos alimentares não pode deixar de lado a humanização, pois lida com pessoas fragilizadas tanto fisicamente como emocionalmente, por esse motivo precisa valorizar a vida e a personalidade da paciente, necessita ter uma visão holística da paciente não enxergando apenas a doença, mas ela como um todo e mostrando-a que é a personagem mais importante de qualquer serviço de saúde, pois é em torno dela que toda a organização se desenvolve, por esse motivo não pode haver julgamentos por parte do cuidador.

## 6. REFERÊNCIAS

ALESSI, P. Neiry. “**Conduta Alimentar e Sociedade**”. Ribeirão Preto, capítulo II, 2006. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/cond-alimentar-e-soci/>> Acesso em: 10 de agosto, 2010.

ALMEIDA, G. Joice; IGUE, E. Cristina. “**Anorexia, Bulimia e Obesidade**”. Manolle, 2000.

APPOLINÁRIO, C. José; CLAUDINO, M. Angélica. “**Transtornos Alimentares**”, Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.22, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo/>>. Acesso em: 05 de maio, 2010.

AZEVEDO, A.P;SANTOS, C.C;FONSECA, D.C. “**Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica**”. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v.31 n.4 p.170-172, 2004. Disponível em: <<http://www.astral.com.br/>> .Acesso em: 03 de maio, 2010.

BALLONE, G. J. “**Transtornos Alimentares**”, in: PsiquiWeb Psiquiatria Geral, 2003. Disponível em:<<http://www.psiquiweb.med.br/alimentar.html/>>.Acesso em: 20 de maio, 2010.

BORGES, B. G. Nádia Juliana . et al. “**Transtornos Alimentares – Quadro Clínico**”. Ribeirão Preto, n.39, capítulo IV, 2006. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/transtonos-alimentares-quadro-clinico/>> Acesso em: 10 de agosto, 2010.

BUSSE, R. Salvador. “**Anorexia, bulimia e Obesidade**”. Barueri: Manole, 2004.

CABRERA, C. Catalina; “**Estratégias de Intervenção Interdisciplinar no Cuidado com o Paciente com transtorno Alimentar: O Tratamento farmacológico**”. Ribeirão Preto, capítulo IX, 2006. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/>>.Acesso em: 10 de agosto, 2010.

GIORDANI, T. Anney. “**Humanização da Saúde e do Cuidado**”. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

HERSCOVICI, R. Cecile. “**Anorexia nervosa e Bulimia**”. Porto Alegre, Artes Médicas Sul LTDA, 1997.

MAHAN, Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia.“**Krause Alimentos, Nutriçãoe**

**Dietoterapia**". 11<sup>o</sup> ed. São Paulo: Roca, 2005.

MARIN , Fernando . **"Enfermagem: aspectos históricos , valorização e humanização do cuidado"**. Assis , 2009 .

SADOCK, B. James. **"Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica"**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SASSO, C.Ana , FERREIRA , A. Rosilene . **"Apologia à anorexia e bulimia na internet."** Assis,2007

SOUZA, V. Laura; SANTOS, A. Manoel. **"A Família e os Transtornos Alimentares"**. Ribeirão Preto, capítulo XII, 2006. Disponível em:<<http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/>>. Acesso em: 10 de agosto, 2010.

## **ANEXO**

# **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

## **1. Dados da entrevistada:**

- Formação: Nutrição-PUC-Campinas

- Atuação (tempo): 25 anos

-Função: docente

## **2. Sobre o Ambulatório**

- Quando surgiu? Como funciona?

No início da década de 80, quando surgiram os primeiros pacientes para receber tratamento, ainda sem diagnóstico definido

- Qual o objetivo (proposta) dos serviços propostos pelo Ambulatório?

O Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (GRATA) tem o objetivo de oferecer tratamento para pessoas com transtornos alimentares (TA) e seus familiares

- Que tipo de equipe de trabalho compõe o Ambulatório?

A equipe é multiprofissional e interdisciplinar, composta por aproximadamente 25 pessoas das áreas de medicina (residente de Nutrologia e médico psiquiatra), nutrição (nutricionistas e estagiários de Nutrição), psicologia (psicólogos e estagiários de Psicologia) e terapeuta ocupacional.

- O Ambulatório pertence a faculdade? Ele faz parte do projeto pedagógico/ de formação dos alunos? De quais cursos?

O GRATA está sob a coordenação da Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Por esse serviço, passam por estágio: nutricionistas do

curso de especialização em nutrição clínica (oferecido pelo Hospital), alunas do curso de Nutrição da Universidade de Franca e alunos do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP. Além disso, orientamos alunos de pós-graduação que desenvolvem seus projetos de pesquisa nesse serviço.

- Qual o público beneficiado pelos serviços prestados? Quais serviços são oferecidos para a comunidade? Essa comunidade é apenas local?

O público atendido são pessoas com diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa que são encaminhados de serviços da rede básica (SUS).

Para a comunidade, anualmente organizamos a Semana de Conscientização sobre TA (um movimento nacional de prevenção), com divulgação em praça pública, sobre essas doenças. Além disso, organizamos simpósios e divulgamos na mídia (TV e jornais) nosso trabalho e resultados.

- Qual é a capacidade de atendimento do ambulatório?

Nossa capacidade é de aproximadamente 25 pacientes; atendemos todas as sextas-feiras, em média 5 a 6 pacientes e suas famílias.

### **3. Sobre os Pacientes**

- Que tipo de transtornos alimentares são tratados dentro do ambulatório? Quais os mais comuns?

Tratamos pessoas com anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN)

- Quais são os dados epidemiológicos?

No Brasil, não há dados, mas acredita-se que a prevalência esteja aumentando.

- Qual o perfil dos pacientes?

Mulheres jovens, principalmente adolescentes, que tem uma



preocupação/insatisfação muito intensa com o corpo (querendo ser magras) e uma relação conturbada com a alimentação.

- Qual é o principal quadro clínico apresentado pelos pacientes?

Na AN , geralmente peso baixo, desnutrição, hipotermia, bradicardia, amenorréia.

Na BN, principalmente hipopotassemia.

- Quais medicações usadas no tratamento?

Quando necessários, antidepressivos e ansiolíticos

- Como é composta a equipe multiprofissional? Como ela atua no tratamento dos pacientes?

Cada área de conhecimento, desenvolve atividades individuais com os pacientes (atendimentos no ambulatório) e a equipe de nutrição e psicologia realizam atividades em grupo para orientação nutricional e apoio psicológico, respectivamente. Toda semana, a equipe toda se reúne para discutir os casos atendidos, para apresentar trabalhos levados para eventos científicos e outros produtos de pesquisas.

- Que tipo de trabalho é realizado com a família do paciente?

A família participa de dois grupos: um com a psiquiatra para esclarecimento quanto à doença, orientação quanto ao tratamento (atendimentos, medicações, etc) e formas de lidar/ajudar o paciente

- Quais as principais causas dos transtornos alimentares apresentados pelos pacientes?

São multifatoriais: causas emocionais (desilusões, perdas, expectativas frustradas.), familiares (famílias disfuncionais, conflitos mal/não resolvidos, relações conturbadas.), socioculturais (comportamentos que visam o emagrecimento: dietas, muita atividade física, uso de laxantes, vômitos...)

- Quais os critérios para a classificação dos transtornos alimentares?

Os critérios, todos clínicos, seguem a classificação do DSM-IV-TR, da Associação Americana de Psiquiatria.

- Quando é indicada a internação? Qual o tempo médio de internação desses pacientes?

A internação é indicada quando não há progresso no seguimento ambulatorial, o paciente tem piora do quadro clínico, da desnutrição. Em média, de 1 a 2 meses dura a internação.

- Quando o paciente recebe alta? A partir desse momento, quais as orientações e encaminhamento que o paciente recebe?

Ele recebe alta quando consegue ter hábitos saudáveis, refeições regulares e equilibradas, está em bom estado nutricional (IMC normal), quando há cessação de vômitos, uso de laxantes ou diuréticos, quando está emocionalmente melhor e estável.