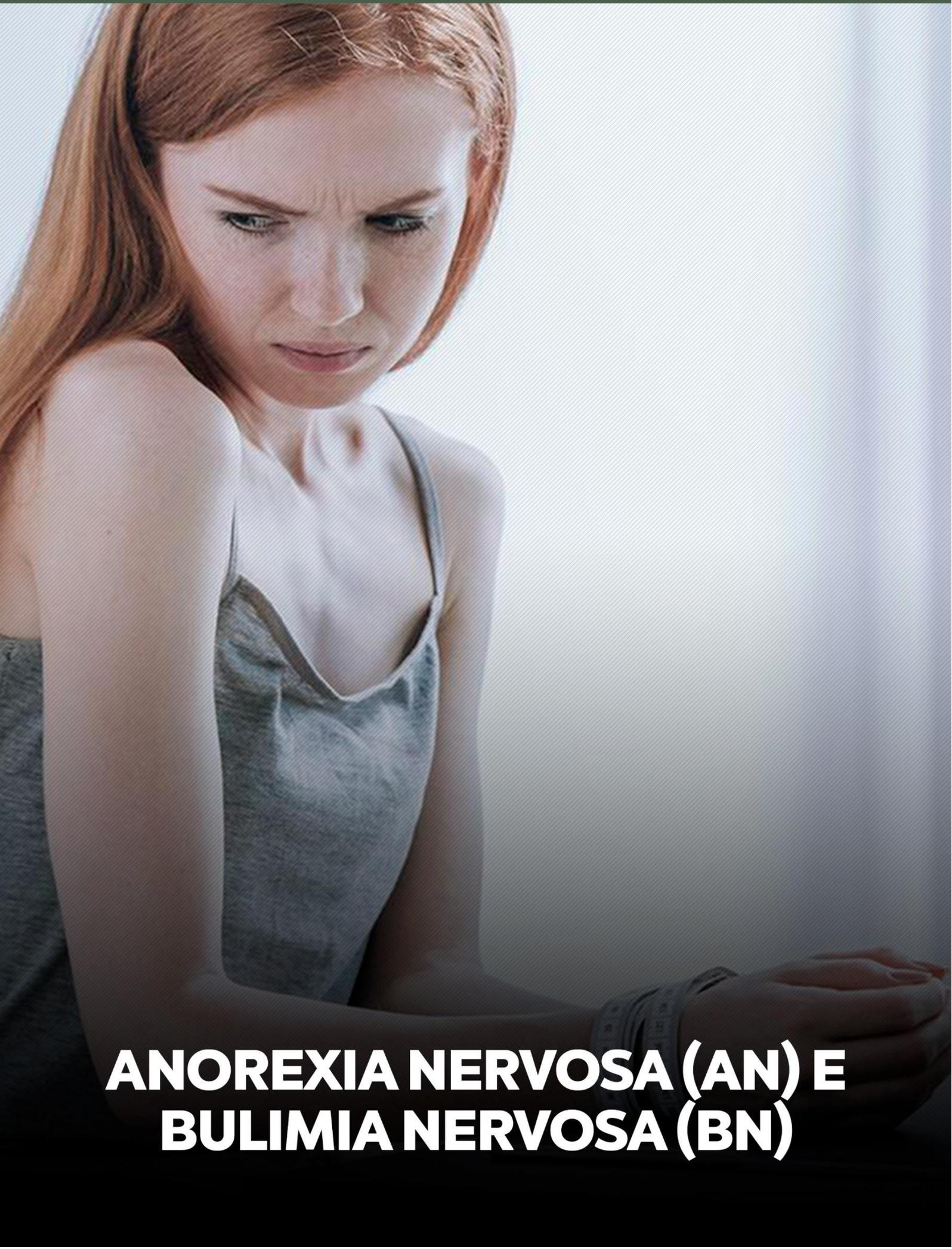


MATERIAL DIDÁTICO



**ANOREXIA NERVOSA (AN) E
BULIMIA NERVOSA (BN)**

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	3
2	O COMPORTAMENTO E OS HÁBITOS ALIMENTARES	4
3	TRANSTORNOS ALIMENTARES	6
4	ANOREXIA NERVOSA (AN).....	8
4.1	Epidemiologia.....	9
4.2	Critérios diagnósticos	10
4.3	Subtipos	10
4.4	Características diagnósticas.....	10
4.5	Marcadores diagnósticos.....	13
4.6	Diagnóstico diferencial	14
5	BULIMIA NERVOSA (BN).....	15
5.1	Critérios diagnósticos	16
5.2	Características diagnósticas.....	17
5.3	Marcadores diagnósticos.....	19
6	ANOREXIA E BULIMIA NA ADOLESCÊNCIA.....	20
6.1	Diferenças clínicas	22
7	TRATAMENTO ESPECIALIZADO PARA AS PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	26
8	NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL	28
8.1	Entrevista motivacional.....	28
8.2	Comer intuitivo	29
8.3	Comer em Atenção Plena (Mindful Eating)	32
8.4	Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)	33

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

9	CUIDADO NUTRICIONAL PARA AS PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES	35
10	ATENDIMENTO MÉDICO	41
11	ATENDIMENTO PSICOLÓGICO.....	42
12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
13	BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	48

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

1 INTRODUÇÃO

Prezado aluno!

O Grupo Educacional FAVENI, esclarece que o material virtual é semelhante ao da sala de aula presencial. Em uma sala de aula, é raro – quase improvável - um aluno se levantar, interromper a exposição, dirigir-se ao professor e fazer uma pergunta, para que seja esclarecida uma dúvida sobre o tema tratado. O comum é que esse aluno faça a pergunta em voz alta para todos ouvirem e todos ouvirão a resposta. No espaço virtual, é a mesma coisa. Não hesite em perguntar, as perguntas poderão ser direcionadas ao protocolo de atendimento que serão respondidas em tempo hábil.

Os cursos à distância exigem do aluno tempo e organização. No caso da nossa disciplina é preciso ter um horário destinado à leitura do texto base e à execução das avaliações propostas. A vantagem é que poderá reservar o dia da semana e a hora que lhe convier para isso.

A organização é o quesito indispensável, porque há uma sequência a ser seguida e prazos definidos para as atividades.

Bons estudos!

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

2 O COMPORTAMENTO E OS HÁBITOS ALIMENTARES



Fonte: Pixabay.com

O aconselhamento ou educação alimentar é o processo pelo qual os clientes, ou pacientes, são efetivamente auxiliados a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de alimentação e estilo de vida. O resultado desse processo deve ser a mudança de comportamento, e não somente a melhora do conhecimento sobre nutrição. Um momento particularmente difícil é o diagnóstico de uma doença, quando a depressão, a negação, a raiva ou a barganha podem sobrepor-se aos esforços de lidar com o problema. Antes de tudo, é preciso reconhecer que este existe e, de fato, querer mudá-lo. Sem esse desejo interno de cada indivíduo, todo o trabalho de educação é inútil. O educador alimentar é apenas um facilitador das mudanças de comportamento. Ele dá apoio emocional, auxilia na identificação de problemas alimentares e de estilo de vida, sugere comportamentos a serem modificados e facilita a compreensão e o controle do cliente (CUPPARI, 2014).

O comportamento alimentar refere-se a todas as práticas relativas à alimentação, como seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo de alimentos. É um componente da personalidade de um indivíduo e visa a satisfazer não apenas às necessidades nutricionais, como também às psicológicas, sociais e culturais. O processo de formação do comportamento alimentar tem bases fixadas na infância, nas crenças, nos valores e nos tabus - que passam por gerações. As práticas alimentares adquiridas na primeira infância, principalmente por imitação e

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

condicionamento, ficam arraigadas no indivíduo e trazem uma forte carga emocional, difícil de modificar. Contudo, o comportamento alimentar pode se modificar espontaneamente em função de mudanças do meio, como poder aquisitivo e disponibilidade de alimentos, importância social deles, nível de escolaridade ou grau de exposição do indivíduo aos canais de comunicação. Ou, ainda, pode se modificar por causa de alterações relacionadas às necessidades psicológicas, como autoconceito, aprovação social e segurança (CUPPARI, 2014).

Antes do planejamento, execução e avaliação de intervenções e de programas de educação alimentar, é indispensável analisar o comportamento relacionado com seus componentes cognitivos, afetivos e situacionais. O componente cognitivo corresponde àquilo que o indivíduo sabe sobre os alimentos e nutrição. Ele influencia, em maior ou menor grau, o comportamento alimentar. Existem dois tipos básicos de conhecimento sobre nutrição: o científico e o não científico (mitos, crenças ou tabus). O conhecimento científico não influencia consideravelmente o comportamento alimentar, pois nem sempre é compatível com as condições do meio em que o indivíduo vive. O componente afetivo do comportamento corresponde àquilo que se sente sobre os alimentos e as práticas alimentares. São as atitudes que predisõem cada indivíduo a determinado comportamento alimentar (CUPPARI, 2014).

O componente afetivo envolve todos os motivos intrínsecos relacionados aos valores sociais, culturais, religiosos e significados diversos que são atribuídos aos alimentos. Ele diz respeito, exatamente, às outras necessidades que são satisfeitas pela alimentação, além das fisiológicas. Em geral, as necessidades fisiológicas, quando satisfeitas, têm importância relativamente pequena na determinação do comportamento humano. As psicológicas, por sua vez, nunca são inteiramente satisfeitas. Por isso, são determinantes importantes do comportamento, inclusive do alimentar (CUPPARI, 2014).

Por fim, o componente situacional do comportamento é determinado pelos fatores econômicos que limitam a adesão a uma prática alimentar correta. Isso quando ela depende do aumento dos gastos com alimentação, e não apenas de uma realocação de recursos. Os fatores situacionais, que podem se apresentar como facilitadores da prática desejada, ou como barreira para ela, são de três tipos: normas sociais e padrões culturais, apoios estruturais e coerção social (CUPPARI, 2014).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

3 TRANSTORNOS ALIMENTARES



Fonte: Pixabay.com

Os transtornos alimentares, há muito tempo, estão presentes em nossa história e em nossos estudos e se apresentam como fatores de risco à vida humana. Dentre eles, temos a compulsão alimentar que pode levar à obesidade, anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Tais distúrbios, podem ser desencadeados e sustentados por diversos motivos. De um lado, a tendência, na contemporaneidade, de que o que dita a beleza e o sucesso são corpos modelados e esculturais, sinônimo de sucesso e desejo. Os padrões com corpos esguios, causam nos jovens, principalmente, uma confusão, entre o que realmente é belo e saudável e o que é patológico. De outro lado, temos os conflitos psíquicos, os relacionamentos familiares, que por sua vez, assim como no primeiro caso, trazem à tona toda a problemática que estes transtornos causam nas pessoas, afetando sobremaneira a subjetividade do sujeito (DALTROS, 2018)

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (DSM-5, 2013).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

Os critérios diagnósticos para transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar resultam em um esquema de classificação que é mutuamente excludente, de maneira que, durante um único episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído. A justificativa para tal conduta é que, apesar de uma série de aspectos psicológicos e comportamentais comuns, os transtornos diferem substancialmente em termos de curso clínico, desfecho e necessidade de tratamento. Um diagnóstico de pica, no entanto, pode ser atribuído na presença de qualquer outro transtorno alimentar (DSM-5, 2013).

Alguns indivíduos com os transtornos alimentares relatam sintomas semelhantes aos geralmente relatados por indivíduos com transtornos por uso de substâncias, como fissura e padrões de uso compulsivo. Essa semelhança pode refletir o envolvimento dos mesmos sistemas neurais, incluindo os implicados no autocontrole regulatório e de recompensa, em ambos os grupos de transtornos. Entretanto, as contribuições relativas de fatores compartilhados e distintos no desenvolvimento e na perpetuação de transtornos alimentares e por uso de substância permanecem insuficientemente compreendidos. Por fim, a obesidade não está incluída no DSM-5 como um transtorno mental (DSM-5, 2013).

A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; dessa forma, ela não é considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações robustas entre obesidade e uma série de transtornos mentais (por exemplo, transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos) (DSM-5, 2013).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

4 ANOREXIA NERVOSA (AN)



Fonte: Pixabay.com

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada pela perda de peso intensa e intencional (pelo menos 15% do peso corporal original) à custa de dietas altamente restritivas, busca desenfreada pela magreza, recusa em manter o peso corporal acima do mínimo normal para a idade, amenorreia (ausência de três menstruações consecutivas) e distorção da imagem corporal. Traços como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão são comuns em anoréxicos e permanecem estáveis mesmo após a recuperação do peso. Embora se inicie na adolescência (geralmente entre 13 a 17 anos), casos com início na infância e após 40 anos têm sido observados (CÂNDIDO et al 2014).

Existem dois tipos de apresentação da anorexia nervosa: o restritivo (comportamentos restritivos associados à dieta) e o purgativo (ocorrência de episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos compensatórios como vômitos e uso de laxantes e diuréticos). Entre os sintomas que podem ser referidos pelos pacientes anoréxicos estão: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, amenorreia, dificuldade de concentração, entre outros (CÂNDIDO et al 2014).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

4.1 Epidemiologia

A anorexia nervosa ocorre mais frequentemente em mulheres jovens, com prevalência ao longo da vida estimada neste grupo entre 0,5-3,7%. As taxas de incidência relatadas por equipes de saúde mental dos países desenvolvidos aumentaram substancialmente nas últimas décadas, atualmente girando em torno de cinco casos por 100.000 habitantes. É referida uma menor prevalência na maioria dos países orientais e em desenvolvimento, mas não existem estudos epidemiológicos definitivos neste sentido. A proporção entre homens e mulheres varia em torno de 1:10, sendo que essa diferença se atenua em amostras com idade mais precoce. São relatados dois picos de incidência: entre 14-15 e aos 18 anos (TAVARES et al 2003).

Aspectos socioculturais parecem exercer grande influência nos transtornos alimentares, de forma ainda pouco compreendida. Profissões em que existe valorização da magreza – por trabalharem com a comercialização da imagem (modelos, atrizes) ou por exigirem leveza para melhor desempenho (jóqueis, bailarinas) – apresentam maior risco para o desenvolvimento destes transtornos. Alguns autores relacionam a possível maior incidência de transtornos alimentares no mundo ocidental com a evolução do padrão de beleza feminino em direção a um corpo cada vez mais magro nestas culturas, mas este dado é ainda controverso. Embora o chamado “culto ao corpo” e a pressão social para o emagrecimento possam ser localizados em sociedades ocidentais, particularmente no pós-modernismo, não está claro até o momento de que forma atuam na determinação de uma patologia alimentar. Três possibilidades principais permanecem em estudo, segundo DiNicola: uma improvável relação de causalidade direta; a ideia da pressão cultural como um fator precipitante, aumentando a vulnerabilidade ao surgimento do transtorno quando associado a outros fatores; ou ainda, apenas como determinante de uma forma de apresentação da doença sintone com o universo cultural da paciente em questão (em culturas orientais, por vezes não são encontrados de forma tão clara como no ocidente sintomas como o medo de engordar ou a busca da magreza como valor). É importante salientar que estudos transculturais têm demonstrado a ocorrência de casos significativos de anorexia nervosa mesmo em localidades onde não vigora um padrão estético relacionado à magreza (TAVARES et al 2003).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

4.2 Critérios diagnósticos

A. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.

C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual (DSM-5, 2013).

4.3 Subtipos

A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa que se envolvem em comportamentos periódicos de hiperfagia também purga por meio de vômitos autoinduzidos ou faz uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos com esse subtipo de anorexia nervosa não apresentam episódios de hiperfagia, mas purgam regularmente depois do consumo de pequenas quantidades de alimento. A alternância entre os subtipos ao longo do curso do transtorno não é incomum; portanto, a descrição do subtipo deverá ser usada para indicar os sintomas atuais, e não o curso longitudinal (DSM-5, 2013).

4.4 Características diagnósticas

A anorexia nervosa tem três características essenciais: restrição persistente da ingestão calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. O indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (Critério A). O peso corporal dessas pessoas com frequência satisfaz esse critério

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

depois de uma perda ponderal significativa, porém, entre crianças e adolescentes, pode haver insucesso em obter o ganho de peso esperado ou em manter uma trajetória de desenvolvimento normal (enquanto cresce em altura) em vez de perda de peso (DSM-5, 2013).

O Critério A requer que o peso do indivíduo esteja significativamente baixo (inferior à faixa mínima normal ou, no caso de crianças e adolescentes, inferior à faixa mínima esperada). A determinação do peso pode ser problemática porque a faixa de peso normal difere entre indivíduos, e limiares diferentes foram publicados definindo magreza ou peso abaixo do normal. O índice de massa corporal (IMC; calculado como o peso em quilogramas dividido pela altura em m^2) é uma medida útil para determinar o peso corporal em relação à altura. Para adultos, um IMC de $18,5 \text{ kg/m}^2$ tem sido empregado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o limite inferior de peso corporal normal. Dessa forma, a maioria dos adultos com um IMC igual ou acima de $18,5 \text{ kg/m}^2$ não seria considerada como com baixo peso corporal. Por sua vez, um IMC inferior a $17,0 \text{ kg/m}^2$ tem sido considerado pela OMS como indicativo de magreza moderada ou grave; portanto, um indivíduo com um IMC inferior a $17,0 \text{ kg/m}^2$ provavelmente seria considerado com um peso significativamente baixo. Um adulto com um IMC entre $17,0$ e $18,5 \text{ kg/m}^2$, ou até mesmo acima de $18,5 \text{ kg/m}^2$, poderia ser considerado com um peso significativamente baixo se a história clínica ou outras informações fisiológicas corroborarem tal julgamento (DSM-5, 2013).

Para crianças e adolescentes, determinar um percentil de IMC por idade é útil. Assim como nos adultos, não é possível fornecer padrões definitivos para julgar se o peso de uma criança ou de um adolescente está significativamente baixo, e variações nas trajetórias de desenvolvimento entre os jovens limitam a utilidade de diretrizes numéricas simples. Os CDC usaram um IMC por idade abaixo do 5º percentil como sugestivo de peso abaixo do normal; entretanto, crianças e adolescentes com um IMC acima desse marco podem ser julgados como significativamente abaixo do peso em face do fracasso em manter sua trajetória de crescimento esperada. Em suma, ao determinar se o Critério A é satisfeito, o clínico deverá considerar diretrizes numéricas disponíveis, bem como a constituição corporal do indivíduo, a história ponderal e a existência de qualquer perturbação fisiológica (DSM-5, 2013).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

Indivíduos com esse transtorno exibem geralmente medo intenso de ganhar peso ou de engordar (Critério B). Esse medo intenso de engordar não costuma ser aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação acerca do peso pode aumentar até mesmo se o peso diminuir. Indivíduos mais jovens com anorexia nervosa, bem como alguns adultos, podem não reconhecer ou perceber medo de ganhar peso. Na ausência de outra explicação para o peso significativamente baixo, podem ser usados, para estabelecer o Critério B, a inferência do clínico a partir da história fornecida por informantes, dados de observação, achados físicos e laboratoriais ou curso longitudinal indicando seja um medo de ganhar peso, seja comportamentos persistentes relacionados que impeçam o ganho de peso (DSM-5, 2013).

A vivência e a significância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos (Critério C). Algumas pessoas sentem-se completamente acima do peso. Outras percebem que estão magras, mas ainda assim se preocupam com determinadas partes do corpo, em particular que o abdome, os glúteos e o quadril estão “gordos demais”. Elas podem empregar uma variedade de técnicas para avaliar o tamanho ou o peso de seus corpos, incluindo pesagens frequentes, medição obsessiva de partes do corpo e uso persistente de um espelho para checar áreas percebidas de “gordura”. A estima de indivíduos com anorexia nervosa é altamente dependente de suas percepções da forma e do peso corporal. A perda de peso é, com frequência, vista como uma conquista marcante e um sinal de autodisciplina extraordinária, enquanto o ganho ponderal é percebido como falha de autocontrole inaceitável. Embora alguns indivíduos com esse transtorno talvez reconheçam que estão magros, frequentemente não assumem as graves implicações médicas de seu estado de desnutrição (DSM-5, 2013).

Geralmente, o indivíduo é levado à atenção profissional por familiares depois de perda de peso marcante (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado) ter ocorrido. Se buscam ajuda por si mesmos, costuma ser devido à angústia causada por sequelas somáticas e psicológicas da inanição. É raro uma pessoa com anorexia nervosa queixar-se da perda de peso por si só. Na verdade, indivíduos com anorexia nervosa com frequência carecem de insight ou negam o problema. É, portanto, importante obter informações de familiares ou de outras fontes para avaliar a história da perda de peso e outros aspectos da doença (DSM-5, 2013).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

4.5 Marcadores diagnósticos

As seguintes anormalidades laboratoriais podem ser observadas na anorexia nervosa; sua presença pode servir para aumentar a confiabilidade diagnóstica (DSM-5, 2013).

Hematologia: É comum haver leucopenia, com a perda de todos os tipos de células, mas habitualmente com linfocitose aparente. Pode haver anemia leve, bem como trombocitopenia e, raramente, problemas de sangramento.

Bioquímica: A desidratação pode refletir-se por um nível sanguíneo elevado de ureia. A hipercolesterolemia é comum. Os níveis de enzimas hepáticas podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são ocasionalmente observadas. Vômitos autoinduzidos podem levar a alcalose metabólica (nível sérico elevado de bicarbonato), hipocloremia e hipocalcemia; o uso indevido de laxantes pode causar acidose metabólica leve.

Endocrinologia: Os níveis séricos de tiroxina (T4) geralmente se encontram na faixa entre normal e abaixo do normal; os níveis de tri-iodotironina (T3) estão diminuídos, enquanto os níveis de T3 reverso estão elevados. Os níveis séricos de estrogênio são baixos no sexo feminino; já no masculino, os níveis séricos de testosterona são baixos.

Eletrocardiografia: É comum a presença de bradicardia sinusal, e, raramente, arritmias são observadas. O prolongamento significativo do intervalo QTc é observado em alguns indivíduos.

Massa óssea: Com frequência se observa densidade mineral óssea baixa, com áreas específicas de osteopenia ou osteoporose. O risco de fratura é significativamente maior.

Eletroencefalografia: Anormalidades difusas, refletindo encefalopatia metabólica, podem resultar de desequilíbrios hídrico e eletrolítico significativos.

Gasto calórico em repouso: Há, com frequência, redução significativa no gasto calórico em repouso.

Sinais e sintomas físicos: Muitos dos sinais e sintomas físicos da anorexia nervosa são atribuíveis à inanição. A presença de amenorreia é comum e parece ser um indicador de disfunção fisiológica. Se presente, a amenorreia costuma ser consequência da perda de peso, porém, em uma minoria dos indivíduos, ela pode, na

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

verdade, preceder a perda de peso. Em meninas pré-púberes, a menarca pode ser retardada. Além de amenorreia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e energia excessiva.

O achado mais marcante no exame físico é a emaciação. É comum haver também hipotensão significativa, hipotermia e bradicardia. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo, um pelo corporal muito fino e macio. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a recuperação de peso ou na suspensão do uso indevido de laxantes e diuréticos. Raramente, petéquias ou equimoses, normalmente nas extremidades, podem indicar diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam tonalidade amarelada na pele, associada a hiper胡萝卜素emia. Assim como é visto em indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com anorexia nervosa que autoinduzem vômitos podem apresentar hipertrofia das glândulas salivares, sobretudo das glândulas parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Algumas pessoas podem apresentar cicatrizes ou calos na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes ao induzir vômitos (DSM-5, 2013).

4.6 Diagnóstico diferencial

Os vários quadros clínicos e psiquiátricos que cursam com emagrecimento e diminuição da ingestão alimentar devem ser diferenciados do quadro anorético típico. Tendo em vista que muitas pacientes são conduzidas ao tratamento de forma involuntária, negando a possibilidade de estarem doentes, pode ser difícil conseguir alguns dados importantes na anamnese inicial. É importante afastar causas físicas para a perda de peso, particularmente patologias gastrointestinais, lembrando inclusive da possibilidade de comorbidades clínicas desta natureza em uma paciente com diagnóstico prévio de anorexia nervosa. O adequado reconhecimento dos sintomas apresentados por cada paciente em particular, especialmente seu posicionamento subjetivo frente ao emagrecimento, é a diretriz principal para o adequado diagnóstico diferencial (TAVARES et al 2018).

Nos quadros depressivos pode ocorrer perda de peso expressiva secundária ao verdadeiro sintoma anorexia (diminuição do apetite), não havendo busca pelo emagrecimento ou temor de engordar como na anorexia nervosa. Além disso, existe na depressão um sentimento geral de ineficiência ou incapacidade, enquanto a perda

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

da autoestima na pessoa anoréctica se acha ligada particularmente ao peso e à imagem corporal (TAVARES et al 2018).

Na esquizofrenia de início precoce, sintomas como negativismo, retraimento emocional, indecisão e recusa alimentar por motivos delirante-alucinatórios podem aproximar este diagnóstico do quadro descrito na anorexia nervosa. Neste último, contudo, não estão presentes as alterações fundamentais da esquizofrenia nas áreas do afeto, distúrbios do pensamento e volição (TAVARES et al 2018).

Nos quadros ansiosos é possível encontrar sintomas como evitação de alimentos ou de situações relacionadas ao ato social de comer. A fobias alimentares e a fobia social são os principais exemplos. Novamente, a ausência do emagrecimento como motivação permite o diagnóstico diferencial (TAVARES et al 2018).

5 BULIMIA NERVOSA (BN)



Fonte: Pixabay.com

A bulimia nervosa (BN) caracteriza-se por períodos de grande ingestão alimentar (episódios bulímicos), durante os quais são consumidos uma grande quantidade de alimentos, variando de 1.436 a 25.755 Kcal, em um curto período de tempo, associados ao sentimento de descontrole sobre o comportamento alimentar e preocupação excessiva com o controle do peso corporal. Tal preocupação faz com que o paciente adote medidas compensativas, a fim de evitar o ganho de peso. O

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

vômito autoinduzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo o principal método compensatório utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e a redução do medo de ganhar peso. Outros mecanismos utilizados pelas bulímicas para controle do peso são o uso inadequado de laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos, agentes anorexígenos e enemas. Jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso. A distorção da imagem corporal, quando existe é menos acentuada. As características de personalidade das bulímicas são sociabilidade, comportamentos de risco e impulsividade, traços que são coerentes com o descontrole e a purgação. O início dos sintomas ocorre nos últimos anos da adolescência ou até os 40 anos, com idade média de início por volta dos 20 anos de idade (CÂNDIDO et al 2014).

5.1 Critérios diagnósticos

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos: 1. Ingestão, em um período de tempo determinado (por exemplo, dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.

C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa (DSM-5, 2013).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

5.2 Características diagnósticas

Existem três aspectos essenciais na bulimia nervosa: episódios recorrentes de compulsão alimentar (Critério A), comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso (Critério B) e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais (Critério D). Para se qualificar ao diagnóstico, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados devem ocorrer, em média, no mínimo uma vez por semana por três meses (Critério C) (DSM-5, 2013).

Um “episódio de compulsão alimentar” é definido como a ingestão, em um período de tempo determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos comeria em um mesmo período de tempo em circunstâncias semelhantes (Critério A1). O contexto no qual a ingestão ocorre pode afetar a estimativa do clínico quanto à ingestão ser ou não excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimento que seria considerada excessiva para uma refeição típica poderia ser considerada normal durante uma refeição comemorativa ou nas festas de fim de ano. Um “período de tempo determinado” refere-se a um período limitado, normalmente menos de duas horas. Um único episódio de compulsão alimentar não precisa se restringir a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode iniciar um comportamento de compulsão alimentar no restaurante e depois continuar a comer ao voltar para casa. Lanches contínuos de pequenas quantidades de alimento ao longo do dia não seriam considerados compulsão alimentar (DSM-5, 2013).

Uma ocorrência de consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada por uma sensação de falta de controle (Critério A2) para ser considerada um episódio de compulsão alimentar. Um indicador de perda de controle é a incapacidade de abster-se de comer ou de parar de comer depois de começar. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou em seguida a, episódios de compulsão alimentar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar a comer de forma compulsiva enquanto o telefone está tocando, mas vai parar se um amigo ou o cônjuge entrar inesperadamente no recinto. Alguns relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são predominantemente caracterizados por um sentimento agudo de perda de controle, e sim por um padrão mais generalizado de ingestão descontrolada.

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

Se relatarem que desistiram de tentar controlar a ingestão, a perda de controle deverá ser considerada presente. A compulsão alimentar também pode ser planejada, em alguns casos. O tipo de alimento consumido durante episódios de compulsão alimentar varia tanto entre diferentes pessoas quanto em um mesmo indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que por uma fissura por um nutriente específico. Entretanto, durante episódios de compulsão alimentar, os indivíduos tendem a consumir alimentos que evitariam em outras circunstâncias (DSM-5, 2013).

Indivíduos com bulimia nervosa em geral sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder os sintomas. A compulsão alimentar normalmente ocorre em segredo ou da maneira mais discreta possível. Com frequência continua até que o indivíduo esteja desconfortável ou até mesmo dolorosamente cheio. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem fatores de estresse interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e a alimentos; e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitam o episódio a curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias (DSM-5, 2013).

Outro aspecto essencial da bulimia nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso, conhecidos coletivamente como comportamentos purgativos, ou purgação (Critério B). Muitos indivíduos com bulimia nervosa empregam vários métodos para compensar a compulsão alimentar. Vomitar é o comportamento compensatório inapropriado mais comum. Os efeitos imediatos dos vômitos incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Em alguns casos, vomitar torna-se um objetivo em si, e o indivíduo comerá excessiva e compulsivamente a fim de vomitar, ou vomitará depois de ingerir uma pequena quantidade de alimento. Indivíduos com bulimia nervosa podem usar uma variedade de métodos para induzir o vômito, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo do vômito. Geralmente se tornam peritos em induzir vômitos e acabam conseguindo vomitar quando querem. Raramente, consomem xarope de ipeca para induzir o vômito. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Uma série de outros métodos compensatórios também podem ser usados em casos raros.

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

Indivíduos com bulimia nervosa podem usar indevidamente enemas após episódios de compulsão alimentar, mas raramente este se trata do único mecanismo compensatório empregado. As pessoas com esse transtorno podem tomar hormônio da tireoide em uma tentativa de evitar o ganho de peso. Aquelas com diabetes melito e bulimia nervosa podem omitir ou diminuir doses de insulina a fim de reduzir a metabolização do alimento consumido durante episódios de compulsão alimentar. Indivíduos com o transtorno, ainda, podem jejuar por um dia ou mais ou se exercitar excessivamente na tentativa de impedir o ganho de peso. O exercício pode ser considerado excessivo quando interfere de maneira significativa em atividades importantes, quando ocorre em horas inapropriadas ou em contextos inapropriados ou quando o indivíduo continua a se exercitar a despeito de uma lesão ou outras complicações médicas (DSM-5, 2013).

Indivíduos com bulimia nervosa enfatizam de forma excessiva a forma ou o peso do corpo em sua autoavaliação, e esses fatores são extremamente importantes para determinar sua autoestima (Critério D). Eles podem lembrar muito os portadores de anorexia nervosa pelo medo de ganhar peso, pelo desejo de perder peso e pelo nível de insatisfação com o próprio corpo. Entretanto, um diagnóstico de bulimia nervosa não deve ser dado quando a perturbação só ocorrer durante episódios de anorexia nervosa (Critério E) (DSM-5, 2013).

5.3 Marcadores diagnósticos

Não existe, atualmente, teste diagnóstico específico para bulimia nervosa. Entretanto, diversas anormalidades laboratoriais podem ocorrer em consequência da purgação e aumentar a certeza diagnóstica, incluindo anormalidades eletrolíticas, como hipocalcemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. A perda de ácido gástrico pelo vômito pode produzir alcalose metabólica (nível sérico de bicarbonato elevado), e a indução frequente de diarreia ou desidratação devido a abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com bulimia nervosa exibem níveis ligeiramente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo aumento na isoenzima salivar (DSM-5, 2013).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

O exame físico geralmente não revela achados físicos. Entretanto, a inspeção da boca pode revelar perda significativa e permanente do esmalte dentário, em especial das superfícies linguais dos dentes da frente devido aos vômitos recorrentes. Esses dentes podem lascar ou parecer desgastados, corroídos e esburacados. A frequência de cáries dentárias também pode ser maior. Em alguns indivíduos, as glândulas salivares, sobretudo as glândulas parótidas, podem ficar hipertrofiadas. Indivíduos que induzem vômitos estimulando manualmente o reflexo de vômito podem desenvolver calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes. Miopatias esqueléticas e cardíacas graves foram descritas entre pessoas depois do uso repetido de xarope de ipeca para induzir vômitos (DSM-5, 2013).

6 ANOREXIA E BULIMIA NA ADOLESCÊNCIA



Fonte: Pixabay.com

A adolescência é o período cronológico caracterizado como o processo de transição da infância para a vida adulta, com significativas transformações físicas, psicológicas, emocionais e sociais. O processo de solidificação da personalidade, o desejo de melhorar a aparência física e a inserção em grupos de mesma faixa etária, com interesses semelhantes ocorrem na adolescência. Desse modo, os adolescentes sentem necessidade de serem aceitos e, para isso, acabam seguindo os preceitos de beleza expostos nos meios sociais e de comunicação, que são adotados pelos grupos

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

nos quais se inserem. A Organização Mundial de Saúde define adolescência como o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos (DA COSTA et al 2019).

As marcantes transformações fisiológicas, psicológicas e sociais da adolescência modificam o relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com a família e o mundo, proporcionando a formação da identidade e a busca da autonomia. A importância da adolescência na formação de hábitos e estilos de vida, bem como a vulnerabilidade deste grupo às questões socioeconômicas, às desigualdades de gênero, aos aspectos de raça/etnia e, aos diferentes tipos de preconceitos determinam a necessidade de uma atenção específica a este segmento populacional (BRASIL, 2010).

A qualidade de vida da criança e do jovem é muito mais abrangente que da criança e depende diretamente do estilo de vida proporcionado pela família e também, pelo meio ambiente em que eles vivem, como os aspectos relacionados à estrutura da cidade, muitas vezes determinados pelo Estado. Entre eles, destacam-se os itens de saneamento básico, acesso e programas de saúde pública, sistema público educacional, programas públicos de esporte e de atividade física (ARENA, 2017).

A literatura tem demonstrado que durante a adolescência, como um período de transição evolutiva entre a infância e a idade social adulta parece aumentar a presença de sintomas de ansiedade e depressão. A presença de sintomas psicossomáticos, de preocupações e de comportamentos de autolesão, também, aumenta na adolescência. Foi documentado que o aparecimento de sintomas clinicamente significativos na adolescência aumenta o risco de sofrer perturbações psicológicas na idade adulta (GÓMEZ-BAYA, MENDOZA, PAINO, SANCHEZ, & ROMERO, 2017).

São diversos os fatores que podem influenciar negativamente a saúde mental e o bem-estar dos adolescentes: a relação com os pares, o mal relacionamento com a família, o consumo de álcool, as perturbações mentais, a falta de competências pessoais e sociais, entre outros. Em contexto escolar, a saúde mental pode ser promovida através de programas preventivos que impliquem o governo, comunidade, família e escola (TOMÉ, MATOS, CAMACHO, GOMES, REIS & BRANQUINHO, 2018).

A qualidade de vida e o bem-estar estão relacionados com a saúde mental dos adolescentes, nomeadamente, com os sintomas físico e psicológico, sintomas

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

depressivos, ansiedade e stress, nível de preocupação, percepção de felicidade e comportamentos de autolesão (SAWYER, AZZOPARDI, WICKREMARATHNE, & PATTON, 2018). Verificam-se diferenças de gênero em relação a percepção de qualidade de vida e fatores associados à saúde mental (SANTOS et al 2019).

A caracterização e compreensão da qualidade de vida e saúde mental dos adolescentes é fundamental para a identificação da população que corre maior risco de desenvolver problemas de saúde mental, o que é crucial para o planejamento de programas, promoção da saúde e programas de prevenção (GASPAR, et al 2018).

A procura pelo corpo perfeito e a necessidade de obter aceitação podem gerar uma dissociação do corpo real e do corpo objeto de desejo, provocando a diminuição da autoestima e a insatisfação com a imagem corporal, o que concorre para o surgimento de transtornos psicológicos. A insatisfação com o corpo pode predispor ao desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes, uma vez que eles estão suscetíveis (DA COSTA et al 2019).

As últimas duas décadas registraram elevação no quantitativo de pesquisas que buscaram identificar a insatisfação de jovens quanto à sua imagem corporal, bem como o risco de desenvolvimento dos transtornos alimentares, com destaque para a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A insatisfação com o corpo e tais transtornos alimentares têm se apresentado cada vez mais frequente e precocemente, causando implicações para a saúde dos adolescentes, uma vez que podem contribuir para o desenvolvimento de quadros depressivos, diminuição da autoestima e tentativa de suicídio (DA COSTA et al 2019).

6.1 Diferenças clínicas

Embora a AN e a BN em adolescentes compartilhem muitas semelhanças clínicas, as diferenças, às vezes, consideráveis, entre esses dois transtornos precisam ser levadas em conta. Existem questões diagnósticas específicas para as quais o terapeuta deve definir uma estratégia distinta para a BN, opostamente à AN (LE GRANGE et al 2020):

- 1- **Comorbidade:** talvez a diferença potencial mais importante na apresentação clínica entre AN e BN seja a presença de comorbidades psiquiátricas. Pode-se dizer que a BN na adolescência cobre um *continuum*

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

sintomático mais amplo, quando comparada à AN. O manejo da BN em adolescentes, portanto, pode ser consideravelmente mais difícil, no sentido de que doenças comórbidas têm potencial para desviar o terapeuta da tarefa principal imediata. Na AN, nenhuma outra condição comórbida, exceto a tendência suicida aguda, pode superar a auto-inanição, tornando mais fácil a tarefa do terapeuta de ater-se ao transtorno alimentar.

- 2- **Ênfase sintomática:** Enquanto a AN diz respeito a uma redução do peso ostensivamente por razões de “saúde”, a BN tem mais a ver com a superestimativa da forma física. Além disso, o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais) traça uma clara distinção entre a AN e a BN; enquanto a ênfase na AN está claramente sobre um emagrecimento significativo, a BN concentra-se em episódios de consumo alimentar compulsivo, seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, como vômitos autoinduzidos e abuso de laxantes.
- 3- **Estilo familiar:** Famílias de pacientes com BN também demonstram estilos de relacionamento diferentes daqueles de famílias com pacientes com AN. Enquanto as famílias de pacientes com AN tendem mais a evitar conflitos e anseiam por manter uma impressão de boa educação, as famílias de pacientes com BN, com frequência, tendem a ser um pouco mais desorganizadas e conflituosas, convidando o terapeuta a estabelecer alguma ordem.
- 4- **Orgulho x vergonha:** A BN está associada a vergonha considerável, e as pacientes relutam em revelar seus sintomas. Na AN, por outro lado, a vergonha está associada à alimentação, enquanto as pacientes muitas vezes extraem um orgulho considerável de seus sintomas. Esta diferença pode facilitar a mudança, na BN; apesar de esconderem os sintomas, a vergonha associada com eles pode servir como um motivador para a mudança.

Existem, também, aspectos ou características psicológicas específicas para as quais o terapeuta deve traçar uma estratégia distintiva para a BN, em oposição à AN (LE GRANGE et al 2020):

- 1- **Motivação por parte dos pais:** pacientes jovens com transtornos alimentares raramente se sentem motivados para o tratamento, mas com

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

sinais óbvios de inanição na AN, provavelmente os pais têm mais facilidade para separar a doença da paciente e para se motivarem a assumir o encargo da restauração do peso. Na BN, a motivação é mais dúbia, e o terapeuta pode ter de se esforçar muito mais para informar os pais sobre a natureza secreta da BN, de maneira que possam encontrar um modo de ajudar as filhas adolescentes que não parecem bem.

2- **Independência:** Comparados com pacientes médios com AN, jovens com bulimia muitas vezes dão a impressão de terem estabelecido um grau muito maior de independência, mesmo se essa é, com frequência, bastante ambivalente. Enquanto na AN a independência é geralmente um ato voluntário, na BN ela ocorre mais como uma reação a outras pessoas. No fim, nem o paciente com AN nem aquele com BN é realmente independente. A aparência de maior independência pode ter consequências óbvias para o tratamento, no sentido de que os pais podem ter aceitado o nível de independência que suas filhas estabeleceram de uma maneira tal que pode ser difícil retornar a uma posição na qual exercem um controle maior sobre sua alimentação e sobre outras liberdades do que realmente desejariam exercer. Similarmente, a adolescente com BN pode não aceitar a aparente interferência dos pais em suas liberdades com a facilidade com que muitos jovens com AN aceitariam. A tarefa dos pais é ajudar a reduzir a ansiedade da filha e colocá-la de volta na “trilha certa” da adolescência. Em outras palavras, os pais estão “consertando” as filhas; as adolescentes com bulimia ainda podem apresentar regressão, embora não com a mesma gravidade dos adolescentes com AN.

3- **Insight psicológico:** Algumas pacientes demonstram insight acerca de seu dilema, enquanto outras não reconhecem que têm um problema. O desafio para o terapeuta de convencer a paciente de que precisa da ajuda dos pais para lidar com a bulimia será muito maior se ela rejeitar teimosamente a ideia de que tem uma doença grave. Em nossa experiência, contudo, a maioria das adolescentes com BN entende que não estão bem e sentem alguma motivação para superar suas dificuldades com a alimentação (a BN é sentida como mais distônica ao ego). Por outro lado, adolescentes com AN, em geral, relutam em entreter o pensamento de que estão gravemente

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

enfermas - apresentando uma negação que representa um dilema particular para os médicos que precisam ajudar tais pacientes a alterarem seus comportamentos.

- 4- **Experimentação da adolescência:** Adolescentes com BN estão mais propensas que suas colegas com AN a terem experimentado uma faixa mais ampla de problemas da adolescência (por exemplo, relacionamentos amorosos precoces e drogas). Isso não apenas pode complicar os esforços do terapeuta para manter a família concentrada no restabelecimento de hábitos alimentares saudáveis para os adolescentes, mas os pais podem considerar mais difícil intervir no grau considerado desejável pelo terapeuta, se sentem que têm uma adolescente relativamente independente, com muitas experiências diferentes, com a qual precisam lidar, alguém que veem como além de seus esforços de instrução ou orientação.
- 5- **Pressão do grupo de companheiras:** Em linha com os dois últimos temas, adolescentes com BN estão mais ligadas ao seu grupo de colegas e, portanto, podem sentir maior pressão para ajustarem-se às expectativas deste grupo. Novamente, isso pode complicar a tarefa do terapeuta e dos pais para descobrirem como esses podem ter um impacto significativo sobre o transtorno alimentar da filha, à luz das expectativas (por exemplo, por um corpo “perfeito”) do grupo de colegas. Entretanto, o fato de a adolescente com AN geralmente sentir-se menos envolvida com seu grupo de companheiras e mais isolada em termos sociais não torna o tratamento menos difícil, embora por razões diferentes.

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

7 TRATAMENTO ESPECIALIZADO PARA AS PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES



Fonte: Pixabay.com

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por complexos aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, nutricionais e socioculturais, e, por este motivo, o tratamento deve ser interdisciplinar. A equipe mínima de tratamento deve ser constituída por médico psiquiatra, psicólogo e nutricionista. Assim, o nutricionista que recebe um paciente “novo” que não seja acompanhado por estes profissionais supracitados deve encaminhar o paciente a eles. Além destes, outros profissionais podem contribuir para o tratamento, como enfermeiros, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. A equipe deve ser treinada na área de TA, e é imprescindível que haja boa comunicação entre os profissionais. Preferencialmente, a supervisão da equipe deve ser feita por um profissional experiente. Os TA são condições extremamente complexas, tanto no tocante à sua psicopatologia e às suas complicações clínicas quanto aos desafios que eles criam para os profissionais de saúde. Portanto, seu tratamento deve ser o mais complexo e abrangente possível, não se limitando a modalidades ou raciocínios singulares (CUPPARI, 2014).

O tratamento da AN e da BN pode ser feito em regime ambulatorial, de internação completa ou parcial, dependendo da severidade e da cronicidade, tanto dos componentes clínicos quanto comportamentais da doença. Costuma-se conduzir o tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) em regime

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

ambulatorial, e raramente é necessária internação, a qual pode ocorrer em especial em casos de manifestação de comorbidades psiquiátricas, e não em função do TCAP em si. De forma geral, os critérios clínicos para internação completa, independentemente do tipo de TA, são: alterações clínicas, metabólicas e fisiológicas significativas; perda de peso importante (ou falta de ganho de peso) a despeito do tratamento ambulatorial ou em regime de internação parcial; diminuição rápida e persistente do consumo alimentar; conhecimento de que, com peso semelhante, aquele paciente já apresentou instabilidades metabólicas importantes; agravamento ou surgimento de comorbidades psiquiátricas graves; e autoagressão, com ideação e planos suicidas claros, bem como risco elevado de suicídio. A alta da internação deve ocorrer quando os critérios estabelecidos para sua ocorrência e permanência não procedem mais. Contudo, é extremamente importante que a internação completa seja seguida por tratamento hospitalar ou ambulatorial. Estes terminam quando o paciente atinge todos os objetivos do tratamento e demonstra recursos para conseguir manejar sua condição (CUPPARI, 2014).

Finalmente, cabem alguns comentários sobre as modalidades e o manejo do tratamento. Embora a internação completa facilite a aceitação de uma dieta adequada e o controle dos comportamentos compensatórios e seja necessária para salvar a vida de muitos pacientes, os profissionais envolvidos podem se debruçar sobre as questões de institucionalização. É comum encontrar pacientes que abandonaram suas vidas pessoais e profissionais por causa das exigências do tratamento e que não conseguiram retomá-las depois. Usualmente, estes se tornam pacientes crônicos, pois o transtorno é o único elemento que preenche sua vida. Também é comum encontrar pacientes que se tornam dependentes do ambiente de tratamento para se alimentar, não desenvolvendo autonomia para fazê-lo por conta própria. Isso deve ser considerado uma falha do próprio tratamento (CUPPARI, 2014).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

8 NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL



Fonte: Pixabay.com

Por muitos anos, a nutrição se limitava apenas a categorizar os alimentos por seu valor nutricional, resumindo a busca por perda ou ganho de peso exclusivamente à redução alimentar. A nutrição comportamental surge, então, com o conceito de mudar o comportamento do paciente em relação à comida, considerando aspectos emocionais, fisiológicos e sociais da alimentação. A mudança do comportamento alimentar envolve estratégias de aconselhamento nutricional, técnicas do comer intuitivo, terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional e táticas para comer com atenção plena (CATÃO et al 2020).

8.1 Entrevista motivacional

De acordo com Alvarenga et al (2019), a Entrevista Motivacional (EM) é uma técnica utilizada na Nutrição Comportamental, em que o objetivo principal é descobrir as reais motivações do indivíduo para que ocorra a mudança, através de uma comunicação colaborativa do terapeuta nutricional (TN). Na entrevista, o paciente é guiado para as escolhas de comportamento que deseja mudar, o que também afirma Burgess et al (2017), em que ele diz que a EM é uma conversa que se afasta do estilo tradicional de consulta, em que o TN direciona o indivíduo para declarações auto motivacionais, verificando sua prontidão para a mudança (CATÃO et al 2020).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

A EM se aplica em situações onde envolvem mudanças de comportamento, como por exemplo, adesão à dieta, prática de atividade física, tratamento de transtornos alimentares, enfim, tudo que está diretamente relacionada à saúde e bem-estar. Para que a EM seja bem sucedida, se faz necessário criar um ambiente onde o indivíduo se sinta acolhido, confortável e seguro, pois geralmente, todo processo de mudança de comportamento causa desconforto e ansiedade (ALVARENGA et al 2019).

8.2 Comer intuitivo

Sob o olhar de Almeida & Furtado (2017), o Comer Intuitivo (CI), ou Intuitive Eathing é uma abordagem que se baseia em evidências ensinando as pessoas a terem uma boa relação com a comida, conhecendo seu próprio corpo. Tem como objetivo, fazer com que o indivíduo possua uma verdadeira sintonia com a comida, mente e corpo. A mesma autora relata que são três os pilares dessa abordagem: permissão incondicional para comer; comer para entender as necessidades fisiológicas e não emocionais e apoiar-se nos sinais internos de fome e saciedade para determinar o que, quanto e quando comer (CATÃO et al 2020).

Estudos mostram que dieta e restrição alimentar para fins de perda de peso leva a mais ganho de peso. Alvarenga et al (2019) relata que o comer intuitivo é uma abordagem baseada em evidências, a qual ajudam pessoas a seguir seus sinais internos de fome e comer o que escolhe, sem sentir culpa, sem julgamentos e sem viver um problema ético e é composta por dez princípios. O foco é na “não dieta” e deve ser visto como um programa no qual a ordem em que são trabalhados os dez princípios não é fixa, devendo ser adaptada para cada indivíduo (CATÃO et al 2020).

Os dez princípios são (CATÃO et al 2020):

- **Rejeitar a mentalidade da dieta**

Deve-se excluir tudo que contenha informações sobre dieta e medidas que prometam perda de peso de forma rápida, por exemplo, livros, revistas, parar de seguir mídias sociais, não permitindo que outras pessoas determinem o que, quanto e quando vai comer (ALVARENGA et al 2019). O estilo de vida atual, leva as pessoas a quererem praticidade no seu dia a dia e isso abre espaço para que a estrutura alimentar seja influenciada pela mídia (MORAES, 2014).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

- **Desafiar o policial alimentar**

Nesse princípio, a autora mostra que o indivíduo se sente como se estivesse em constante julgamento por um policial interno, as sensações de roubar ou mentir em relação à dieta geram um sentimento de culpa, tendo um efeito extremamente ruim. Para que isso não ocorra, é necessário mudar esse pensamento, e dar espaço a outras vozes internas que não julgam, que dão retornos positivos e que ajudam a fazer decisões mais tranquilas em relação à comida (ALVARENGA et al 2019).

- **Sentir a saciedade**

Sabe-se que a leptina e a insulina são hormônios que interagem com receptores hipotalâmicos, favorecendo a saciedade. Em obesos, as concentrações séricas desses hormônios são maiores, apresentando maior resistência à sua ação. Para se sentir saciado, é necessário aprender a escutar e entender os sinais internos. Para que isso aconteça, como já foi relatado anteriormente, deve-se honrar a fome e comer de maneira incondicional. Alguns exercícios de auto avaliação podem ajudar nesse processo de entender melhor o corpo. Pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno, se confundem na hora que o corpo sinaliza, gerando muitas vezes a sensação de culpa (ALVARENGA et al 2019).

- **Descobrir o fator de satisfação**

É fundamental saber identificar quando se está satisfeito, pois dessa forma, o indivíduo consegue comer menos, e também usar a comida como uma forma de satisfação, não só para matar a fome e se nutrir, até porque, o objetivo do comer envolve também questões socioculturais e emocionais, não só atender as necessidades físicas. Deixar o ambiente agradável, decorar o prato, ter uma boa companhia, pode ajudar muito no processo (ALVARENGA et al 2019).

- **Lidar com as emoções sem usar a comida**

Todo ser humano tem a capacidade de comer de tudo, o que faz com que ele tenha uma suposta liberdade nas escolhas alimentares. No entanto, vários fatores que estão envolvidos na sua história individual, irão pesar nessas escolhas. O comer vai muito além de satisfazer as necessidades fisiológicas do corpo, na maioria das vezes, a comida é usada como forma de recompensa, ou uma maneira de demonstrar afeto, sendo também usada para diminuir emoções e sentimentos negativos, e prolongar os positivos. Sendo assim, o estado emocional interfere totalmente na forma de comer, além de levar em consideração também as crenças, medos e ansiedade. Exercícios

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

de terapia cognitiva-comportamental podem ser bastante úteis para lidar com essas emoções sem usar a comida (CATÃO et al 2020).

- **Respeitar o próprio corpo**

Nos dias atuais, infelizmente o que predomina é a insatisfação corporal. As pessoas estão condicionadas a ter um corpo dito perfeito, configurando assim um distúrbio de imagem, principalmente entre as mulheres. A preocupação e valorização extrema do corpo, não valoriza as características naturais de cada pessoa, pois estas estão condicionadas a um padrão específico. É preciso exercitar o respeito ao corpo por meio de metas, incentivando o indivíduo a se cuidar, sem se comparar aos outros, mas sim, ser sua própria referência (CATÃO et al 2020).

- **Exercitar-se sentindo a diferença**

O exercício físico deve ser uma forma de prazer, por isso é importante que se busque algo que gosta de fazer, sendo essa prática de fundamental importância, tendo cuidado com as formas compensatórias, ou punitivas, pois a proposta do Comer Intuitivo é um exercício focado em bem-estar e saúde (ALVARENGA et al 2019). A mesma autora relata que o dia a dia é repleto de atribuições pessoais, mas que na maioria das vezes acontece de forma sedentária, como ficar sentado no carro, no sofá, no escritório. Para se trabalhar isso, é interessante começar pelo “monitoramento de tempo sedentário”, estimulando as pessoas a se mexerem mais ao longo do dia, fazendo isso de forma intuitiva (CATÃO et al 2020).

- **Honrar a saúde - praticar uma “nutrição gentil”**

A nutrição gentil, segundo as autoras, nada mais é do que fazer com que as pessoas se sintam bem ao comer, o contrário da nutrição terrorista, mas respeitando as diretrizes nutricionais (CATÃO et al 2020).

8.3 Comer em atenção plena (Mindful Eating)

O ato de comer envolve outras razões além das necessidades biológicas. A comida desperta sensações e prazer, e este comportamento relacionado a comida está diretamente ligado a identidade social do indivíduo. Nesse contexto, o comportamento alimentar reflete todos os aspectos relacionados ao indivíduo, sejam eles psicológicos, fisiológicos ou fatores externos (SILVA; MARTINS, 2017).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

Quando se fala de mudança de comportamento alimentar, algumas técnicas são utilizadas, como por exemplo, o Mindfulness, expressão inglesa utilizada para descrever “atenção plena”, “observação vigilante”, “mente alerta” e “consciência plena” dentre outras (HIRAYAMA, 2014).

Como mais uma proposta de intervenção para tratamento de transtornos alimentares e de obesidade, a técnica de Comer em Atenção Plena é uma prática dirigida à percepção e ampliação da consciência dos processos internos, onde o foco são as sensações internas, explica Almeida & Assumpção (2018).

O Mindful Eating, ou “atenção plena ao comer”, está inserido dentro do Mindfulness. Nessa técnica, o indivíduo deve estar totalmente atento ao ato de comer, sentir sabor, odor e textura dos alimentos, sem distrações, e assim, saber reconhecer seu corpo e saber quando estiver satisfeito, sem utilizar a fome emocional (SILVA; MARTINS, 2017).

8.4 Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

Criada por Aaron Beck em 1956, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) passou a ser estudada e utilizada no mundo inteiro em inúmeros transtornos e problemas psicológicos, auxiliando o indivíduo nas mais diversas adversidades como ansiedade, transtornos alimentares, obesidade, entre outros. Os resultados obtidos através do tratamento com esse tipo de terapia, não proporciona somente uma remissão temporária dos sintomas, mas a manutenção em longo prazo da melhora alcançada. Isso ocorre porque o paciente consegue mudar seus pensamentos e consequentemente seus comportamentos disfuncionais, conseguindo êxito nas suas metas (NEUFELD; MOREIRA; XAVIER, 2012).

De acordo com Duchesne e Almeida (2002): A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção semi-estruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos. Na TCC algumas estratégias são empregadas para tratar os diferentes tipos de transtornos alimentares. Duchesne e Almeida (2002) relatam essas estratégias empregadas na Anorexia nervosa, Bulimia e TCAP (CATÃO et al 2020):

Estratégias para tratamento da Anorexia Nervosa (AN):

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

- **Diminuição da restrição alimentar:** Essa estratégia tem foco na normalização da alimentação.
- **Diminuição de frequência de atividade física:** Incentiva o paciente a suspender gradativamente a rotina de exercícios extenuantes, incentivando a prática saudável da atividade física e de preferência, que permita relações interpessoais.
- **Abordagem do distúrbio da imagem corporal:** Nessa abordagem, é trabalhada a imagem corporal, onde o paciente é levado a fazer uma percepção do seu corpo, como ele se vê e como realmente é.
- **Modificação do sistema de crenças:** Pacientes que sofrem com transtornos alimentares apresentam crenças distorcidas principalmente em relação ao peso e imagem corporal, associando diretamente na autoestima. Para modificar esse sistema, o paciente precisa identificar os pensamentos que sofram distorção. Estratégias como desenhar sua imagem corporal ou expor gradativamente seu corpo, pode ajudar esses pacientes a modificarem suas crenças.
- **Abordagem da autoestima:** Nessa estratégia, trabalha-se a redução da expectativa do desempenho em pacientes com Anorexia nervosa. O terapeuta auxilia o indivíduo a se apoiar em outro tipo de atributos além da aparência e a melhorar em seus relacionamentos interpessoais, favorecendo a modificação do comportamento.
- **Avaliação da eficácia:** A eficácia do tratamento em pacientes com anorexia nervosa se dá através da manutenção da mudança, com isso devem ser utilizadas técnicas para o controle de recaídas, planejando estratégias para o futuro aparecimento de dificuldades, e saber lidar com elas.

Estratégias para tratamento da Bulimia:

- **Controle dos episódios de compulsão alimentar (ECA) e da indução de vômito:** Segundo as autoras, nesse tipo de distúrbio, devem-se analisar todos os aspectos, em especial os métodos compensatórios e a ocorrência dos

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

episódios. Nesses casos, o terapeuta ensina técnicas de autocontrole, como se expor gradualmente a condições que favoreçam o aparecimento dos episódios, com o intuito de reduzir os facilitadores (ansiedade, tristeza, etc.) de ECA e indução de vômito.

- **Eliminação do uso de laxantes e diuréticos:** A partir do momento que a alimentação de paciente com bulimia vai se tornando mais regular, o uso de laxantes e diuréticos vão sendo diminuídos gradativamente.
- **Modificação do sistema de crenças:** Geralmente os pensamentos do paciente que sofre com bulimia são extremistas, “tudo ou nada”. A terapia utilizada na modificação desse sistema segue o mesmo princípio utilizado na AN.
- **Avaliação da eficácia:** Em associação com o tratamento farmacológico, esse tipo de terapia tem resultados satisfatórios no tratamento de pacientes com esse tipo de transtorno, favorecendo o aumento da autoestima e funcionamento social.

9 CUIDADO NUTRICIONAL PARA AS PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES



Fonte: Pixabay.com

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

O nutricionista é o profissional capacitado para propor modificações do consumo, padrão e das atitudes alimentares, que nos TA estão alterados (CONTI et al 2012).

O cuidado nutricional para as pessoas com TA segue a mesma sequência dos demais tratamentos nutricionais: avaliação nutricional inicial; formulação do diagnóstico nutricional; intervenção e acompanhamento (com reavaliações). Destaca-se, entretanto, que os procedimentos devem ser discutidos com a equipe interdisciplinar que acompanha o caso. Além disso, a intervenção deve ser construída junto com o paciente e, em alguns casos, com seus familiares (CUPPARI, 2014).

Os métodos de avaliação nutricional incluem medidas antropométricas, bioquímicas, clínicas e alimentares que, no atendimento nutricional a portadores de TA, devem ser utilizados com adaptações e cautela. Recomenda-se o uso de entrevistas abertas, calcadas na escuta empática, que consigam obter dados objetivos e subjetivos. Os seguintes dados devem ser coletados por meio de anamneses não estruturadas (CUPPARI, 2014):

- **informações básicas:** idade, contatos, estado civil, filhos, escolaridade, profissão, nível socioeconômico, com quem mora e como, indicação para tratamento, narrativa da história de vida;
- **informações quanto à saúde:** doenças pregressas e vigentes, tratamentos já realizados ou em andamento, medicamentos, suplementos, qualidade do sono, sintomas atuais, com atenção especial às complicações típicas dos TA, como alterações gastrintestinais, bucais e endócrinas
- **informações quanto ao peso corporal:** histórico de variação do peso, histórico da prática de dietas, flutuações de peso e questões de imagem corporal (por exemplo, conceitos sobre qual considera ser seu peso ideal e graus de insatisfação corporal);
- **informações quanto à alimentação:** histórico dos hábitos alimentares do paciente e de sua família, consumo alimentar habitual e atual (com possível cálculo posterior da ingestão de nutrientes, se for necessário), evidências de compulsões alimentares, crenças, sentimentos e pensamentos sobre alimentação, alimentos evitados;

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

- **informações quanto aos comportamentos compensatórios:** uso de laxantes, diuréticos, enemas e remédios para emagrecer, indução de vômitos, realização de jejuns ou restrições alimentares e prática de atividade física;
- **informações quanto à prática de atividade física:** tipo, frequência, duração e intensidade.

O exame físico deve investigar alterações nos cabelos (ressecamento e diminuição da espessura, volume e quantidade), na pele (presença de lanugo, ressecamento) e nas unhas (geralmente fracas, quebradiças e com mudança brusca de cor no frio). No tocante aos exames laboratoriais, recomenda-se que o nutricionista monitore os seguintes parâmetros: densidade óssea, eletrólitos séricos, hemograma, reticulócitos, ferro, ferritina, transferrina, vitamina B12, creatinina, ureia, glicemia, albumina, pré-albumina, colesterol total e frações. Exames endoscópicos, hepáticos, cardíacos e hormonais devem ser solicitados e avaliados pelos médicos (CUPPARI, 2014).

Os parâmetros antropométricos, como o índice de massa corporal (IMC), a área muscular do braço, as dobras cutâneas e a circunferência muscular do braço, são importantes para se avaliar a gravidade do caso e a resposta ao tratamento. Todavia, dois alertas são necessários. Em primeiro lugar, é importante usar os dados obtidos para comparação com o histórico do próprio paciente, avaliando assim sua evolução. Em segundo lugar, os momentos de mensuração e a discussão das medidas devem ser conduzidos com sensibilidade, respeito e discrição. Além disso, tais medidas não devem ter papel central no atendimento (CUPPARI, 2014).

Após a coleta dos dados subjetivos, antropométricos, bioquímicos, clínicos e alimentares, o nutricionista deve articular seus resultados, a fim de estabelecer nexos entre as medidas e de elaborar um diagnóstico nutricional que norteie o tratamento. O diagnóstico nutricional deve responder às seguintes questões: (1) qual é o perfil do paciente; (2) quais são as causas e condições; e (3) quais são as demandas e necessidades (CUPPARI, 2014).

É útil mostrar ao paciente os resultados das avaliações supracitadas, discutindo o que elas significam. Contudo, vale ressaltar que muitos pacientes com quadros graves de TA não apresentam alterações significativas nos exames bioquímicos, em função da reduzida volemia, do uso de suplementos

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

e de alterações metabólicas. Para a elaboração da intervenção, devem estar claros os objetivos do tratamento. Os objetivos do tratamento nutricional para os diversos TA encontram-se na Tabela 1 a seguir (CUPPARI, 2014).

Tabela 1: Objetivos do cuidado nutricional para os transtornos alimentares.

OBJETIVOS COMUNS AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM QUALQUER TRANSTORNO ALIMENTAR	
	Melhorar a estrutura, o consumo e as atitudes alimentares
	Ajudar o paciente a perceber os sinais de fome e saciedade
	Diminuir ou eliminar os distúrbios de imagem corporal
	Diminuir a restrição alimentar autoimposta
	Estabelecer práticas alimentares saudáveis

Fonte: adaptada de Alvarenga et al 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
Anorexia nervosa	<ul style="list-style-type: none">- Restabelecer um peso corporal saudável- Cessar as práticas para perda de peso- Corrigir sequelas decorrentes da desnutrição- Cessar os episódios de compulsão alimentar e o uso de métodos compensatórios, caso estes existam
Bulimia nervosa	<ul style="list-style-type: none">- Cessar os episódios bulímicos e o uso de métodos compensatórios inadequados- Normalizar as funções do trato gastrointestinal (esvaziamento gástrico lento, distensão gástrica, constipação)
	<ul style="list-style-type: none">- Cessar os episódios de compulsão alimentar

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

Transtorno da compulsão alimentar	- Promover, de forma moderada, lenta e sustentável, a perda de peso, se esta for necessária
-----------------------------------	---

Fonte: adaptada de Alvarenga et al 2011.

O cuidado nutricional das pessoas com TA deve ser feito de forma individualizada e compreender técnicas e procedimentos da dietoterapia (no caso da AN), da educação alimentar e do aconselhamento nutricional. Recomendam-se, para o tratamento inicial, consultas semanais ou quinzenais com o nutricionista, de acordo com a gravidade do quadro. Arnaiz (2009) fez uma crítica extensa, com base em dados etnográficos, sobre as formas de tratamento nutricional para pessoas com TA. De acordo com a autora, os serviços estudados se pautavam em modelos biomédicos, coercitivos e autoritários e desconsideravam os aspectos relacionais e simbólicos que permeiam a alimentação. Ela ainda apontou como problemática a aplicação de um programa de educação nutricional que tentava inculcar hábitos saudáveis por meio de uma suposta alimentação adequada, que era administrada como se fosse um remédio e que impunha controle e uma rotina rígida à vida cotidiana. Muitas vezes, eram apresentadas aos pacientes refeições prontas, sem que eles tivessem qualquer participação em seu planejamento, aquisição, preparo e consumo. Isto gerava pouca aceitação ao tratamento e maiores dificuldades no período após a alta, quando os pacientes se confrontavam com diversas situações sociais para as quais não tiveram nenhum suporte. Arnaiz (2009) afirmou que é surpreendente que os profissionais de saúde que definem os pacientes com AN como “obcecados por dietas” usem a mesma estratégia – a dieta – para tratar essa condição clínica. Dessa maneira, é necessário ouvir os pacientes, dar voz às suas experiências, prestar atenção às questões socioculturais que envolvem os TA (como a medicalização da alimentação e da saúde, a construção histórica de gênero, entre outras) e formular novas concepções e estratégias de cuidado nutricional (CUPPARI, 2014).

Nessa nova forma de cuidar, o “tom” do tratamento nutricional é pautado pela nutrição clínica ampliada e pelo aconselhamento nutricional, que pode ser entendido como um “encontro entre duas pessoas para examinar com atenção, olhar com respeito e deliberar com prudência e justiça sobre a alimentação de uma delas”

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

(MOTTA, 2011). Os seguintes princípios formam o cerne dessas concepções (CUPPARI, 2014):

- o diálogo;
- a escuta empática;
- a abertura para o encontro;
- o reconhecimento de que o paciente não é desprovido de conhecimentos e recursos;
- o agir com o outro, e não para o outro;
- o relacionamento significativo, que por si só já é parte do tratamento;
- o foco nas atitudes alimentares;
- as intervenções de longo prazo, nas quais a educação é um dos componentes (e não o principal);
- o uso de um plano de ação muito individualizado (em vez de uma dieta), que evolui com o tempo.

O cuidado nutricional é componente fundamental do tratamento das pessoas com TA. Entretanto, constitui-se como um desafio, pois exige diversas habilidades para o aconselhamento, como sensibilidade, paciência, empatia e conhecimentos oriundos das ciências humanas, entre outros. É essencial, nessa produção de cuidado, que o encontro terapêutico seja permeado pela complexidade do paciente e pela própria complexidade do ato alimentar. Também é necessária uma postura existencial de abertura e interesse para com o outro, seja este “outro” o próprio paciente, que deve participar ativamente do tratamento, ou os demais profissionais da equipe interdisciplinar, com quem são compartilhadas discussões e experiências (CUPPARI, 2014).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

10 ATENDIMENTO MÉDICO



Fonte: Pixabay.com

Na visão da medicina, os transtornos alimentares, ou TA, como são conhecidos no meio, são quadros de ordem psiquiátrica, em que a pessoa apresenta um comportamento alimentar e uma visão do próprio corpo de maneira extremamente distorcida, havendo então um grande comprometimento da saúde física e mental. Os fatores emocionais ligados ao corpo e aos alimentos trazem ao indivíduo um grande sofrimento e dificuldades para as atividades diárias. Muito embora estes distúrbios não sejam diagnósticos comuns como as depressões, transtornos da ansiedade entre outros, os transtornos alimentares se destacam pela enorme gravidade e impacto na qualidade de vida dos pacientes acometidos, gerando da mesma forma, um grande prejuízo tanto emocional quanto na organização da vida cotidiana dos familiares. Não raramente, esta disfunção, pode ser confundida com alguma escolha do estilo de vida da pessoa, o que, de sobremaneira pode encobrir os sintomas. Citamos como exemplo as modelos, que em busca de um corpo perfeito, atingem um emagrecimento muitas vezes fora do padrão. O que se deve levar em consideração, é que as pessoas acometidas de transtornos alimentares, não conseguem fazer suas próprias escolhas em relação ao corpo ou aos alimentos, por sentirem-se presas aos medos e comportamentos obsessivos que controlam suas vidas (DALTROS, 2018).

O primeiro contato do paciente é com o psiquiatra, que realiza a entrevista de triagem visando ao diagnóstico diferencial. Nesse procedimento, são realizados os

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

registros relacionados ao histórico médico e psiquiátrico e o motivo principal da procura. É feita uma entrevista estruturada avaliando o comportamento alimentar e o diagnóstico de um possível TA, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (CONTI et al 2012).

A intervenção psiquiátrica visa à normalização de peso, à adequação do comportamento alimentar, além da manutenção de hábitos e peso saudáveis. A identificação de problemas concorrentes e comorbidades clínicas e psiquiátricas também é parte essencial do tratamento médico (CONTI et al 2012).

No ambulatório, é realizado semanalmente um atendimento psiquiátrico; e, quando necessário, o paciente passa por profissionais de outras especialidades, como endocrinologia ou neurologia. O tratamento psiquiátrico é aberto, sendo proposta duração inicial de 20 semanas, mas podendo ser estendido até a remissão completa do quadro, sem previsão para o seu término. Durante o curso do tratamento, procura-se criar um bom vínculo entre médico e paciente, com enfoque em apontar erros no pensamento e propor mudanças, como diminuir a preocupação e a supervalorização da alimentação, do peso corporal e normalizar comportamentos relacionados aos TA. O uso de medicações é avaliado individualmente, visando ao tratamento dos TA e das comorbidades psiquiátricas. Uma internação por risco de morte pode ser realizada a qualquer tempo (CONTI et al 2012).

11 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO



Fonte: Pixabay.com

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

Baseado na terapia cognitivo-comportamental (TCC), objetiva-se a mudança do comportamento alimentar e do uso de estratégias compensatórias (vômitos, abuso de laxantes, diuréticos e enemas). Pode ser dividido conceitualmente em três áreas: (1) normalização da alimentação e do peso; (2) reestruturação cognitiva relacionada aos sintomas visados na conduta alimentar; e (3) reestruturação cognitiva de temas psicopatológicos que, direta ou indiretamente, estão relacionados ao desenvolvimento ou à manutenção do transtorno alimentar (CONTI et al 2012).

A TCC baseia-se no modelo cognitivo que levanta a hipótese de que as emoções e o comportamento das pessoas são influenciados pelas percepções dos eventos. Sendo assim, não é uma situação por si só que determina o que a pessoa sente, mas, antes, o modo como ela interpreta uma dada situação. Pressupõe que o sistema de crenças de uma pessoa, ou melhor, o modo como percebe e avalia a sua experiência e o mundo que a cerca, exerce um papel significativo no possível desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos. Esse sistema de crenças pode repercutir na incorporação de distorções e rigidez, tornando-se disfuncional, e com isso, desencadeando comportamentos igualmente disfuncionais. Como um exemplo, a presença de um conjunto de crenças distorcidas que associam magreza à superioridade e ao sucesso (CONTI et al 2012).

Dentro dessa perspectiva, é muito importante que os pacientes entendam a interação de pensamentos, emoções e comportamentos, pois, a partir dessa condição, serão capazes de reconhecer suas reações imediatas, podendo, assim, determinar sua própria mudança. Espera-se desses pacientes um desenvolvimento para responder eficazmente às pressões ambientais desafiadoras e a modificação dos padrões emocionais quanto ao comer e à maneira de encarar o peso e a forma corporais. O tratamento é feito em grupo, por terapeuta e coterapeuta cognitivo comportamental. Os atendimentos ocorrem semanalmente, com uma hora de duração, pelo período de oito meses aproximadamente (CONTI et al 2012).

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C., ASSUMPÇÃO, A. **A eficácia do mindful eating para transtornos alimentares e obesidade: revisão integrativa.** Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, vol. 3, n.6, 2018.

ALMEIDA, C.; FURTADO, C. **Comer Intuitivo.** UNILUS Ensino e Pesquisa, vol. 14, n. 37, 2017.

ALVARENGA M. et. al. **Nutrição Comportamental.** 2ª ed. Barueri - SP. Editora Manole, 2019.

ARENA, S. S. **Crescimento e desenvolvimento com qualidade de vida.** Phorte Editora LTDA, 2017.

ARNAIZ, M. G. **Aprendendo a comer: estabelecendo a normalidade dietética no tratamento dos transtornos alimentares.** Food, Culture and Society 2009; 12 (2): 191-215.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BURGESS, E. et al. **Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis.** Clínica Obesidade, vol.7, n.1, pag.105-14, 2017.

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

CÂNDIDO, Ana Paula Carlos; CARMO, Cristiane Costa; DE LIMA PEREIRA, Priscila Moreira. **Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas.** HU Revista, v. 40, n. 3 e 4, 2014.

CATÃO, Larissa Gomes; TAVARES, Renata Leite. **Técnicas da Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares.** Revista Campo do Saber, v. 3, n. 1, 2020.

CONTI, Maria Aparecida et al. **Anorexia e bulimia: corpo perfeito versus morte.** Mundo saúde, p. 65-70, 2012.

DA COSTA, Jéssica Rita Sousa et al. **Conhecimento e comportamento de risco para anorexia e bulimia em adolescentes.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 33, 2019.

DALTROSO, Cristiano Rodrigo. **Anorexia nervosa: uma visão médica e psicanalítica.** 2018.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. **Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares.** Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 24 (Supl III), pag.49-53, 2002.

GASPAR, T., CERQUEIRA, A., BRANQUINHO, C. & MATOS, M. G. **The effect of a socialemotional school-based intervention upon social and personal skills in children and adolescents.** Journal of Education and Learning, 2018.

GÓMEZ-BAYA, D., MENDOZA, R., PAINO, S., & GILLHAM, J. E. **A twoyear longitudinal study of gender differences in responses to positive affect and depressive symptoms during middle adolescence.** Journal of adolescence, 56, 11-23. 2017.

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

HIRAYAMA, M. et al. **A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory.** Ciências saúde coletiva, vol. 19, n. 9, pag. 3899-3914, 2014.

LE GRANGE, Daniel; LOCK, James. **Tratando bulimia em adolescentes: Uma abordagem baseada no envolvimento de toda a família.** M. Books, 2020.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5** / American Psychiatric Association; 5. ed. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Motta DG, Motta CG, Campos RR. **Teorias psicológicas da fundamentação do aconselhamento nutricional.** In: Diez-Garcia RW, Mancuso AMC. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NEUFELD, C.; MOREIRA, C.; XAVIER, G. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência.** PSICo, vol. 43, n. 1, pag. 93-100, 2012.

SANTOS, T. G. S., et al. **O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses.** Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, v. 10, n. 1, p. 17-27, 2019.

SAWYER, S. M., AZZOPARDI, P. S., WICKREMARATHNE, D., & PATTON, G. C. **The age of adolescence.** The Lancet Child & Adolescent Health, (2018).

SILVA, B.; MARTINS, E. **Mindful Eating na Nutrição Comportamental.** Revista Científica Univiçosa, vol.9, n.1, 2017.

TAVARES, Vinicius Cunha da; NETO TEIXEIRA, Faustino. **Nutrição Clínica: transtornos alimentares.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

TOMÉ, G. MATOS, MG., CAMACHO, I., GOMES, P., REIS, M., & BRANQUINHO, C.
**Mental health promotion in school context – Validation of the ES'COOL scale for
teachers.** Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 2018.

ANOREXIA NERVOSA (AN) E BULIMIA NERVOSA (BN)

13 BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

WEINBERG, Cybelle. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar**. Sá Editora, 2019.

XIMENES, Rosana Christine Cavalcanti. **Transtornos Alimentares e Neurociência**. Editora Appris, 2019.