

Anorexia nervosa e bulimia nervosa: diagnóstico e tratamento em uma visão multiprofissional

Anorexia and bulimia: diagnostic and treatment in a multi-professional sight

BLENDA LÚCIA SILVA¹
CÍNTIA MARQUES ALVES²

1. Aluna do 9.º período de Graduação em Psicologia, pela Faculdade de Ciências da Saúde, do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.
e-mail: blendalucia@yahoo.com.br
2. Professora Orientadora. Mestre em Psicologia Aplicada – Processos Cognitivos pela UFU. Docente do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.
e-mail: cintiamalves@yahoo.com.br

Resumo: O presente trabalho discorre sobre os transtornos do comportamento alimentar: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Os transtornos alimentares são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais, sociais e psicológicos. Enfatiza também a possível influência da mídia no desenvolvimento dos citados transtornos. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo, qualitativa, que buscou conhecer e interpretar a realidade do diagnóstico e tratamento de tais transtornos alimentares. Os sujeitos desta pesquisa foram médicos, nutricionistas e psicólogos. Na opinião dos profissionais entrevistados um tratamento satisfatório para a anorexia nervosa e a bulimia nervosa consiste na presença de uma equipe multiprofissional, num diagnóstico precoce e na aceitação e inclusão da família neste tratamento. A mídia foi colocada como possível influenciadora no desenvolvimento de transtorno alimentar pela maioria dos profissionais de saúde entrevistados.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; mídia; intervenção multidisciplinar.

Abstract: The present research analyses the troubles of feed behavior: anorexia and bulimia. The feed troubles are multi-determined and result from the interaction between biological, cultural, social and psychological factors. This paper also emphasizes the possible influence of the media in the development of the troubles mentioned. It is a field research, descriptive, qualitative, that aimed to recognize and interpret the reality of the diagnostic and treatment of those feed troubles. The subjects of this investigation were doctors, nutritionists and psychologists. In their professional opinion one satisfactory treatment to anorexia and bulimia consists of the presence of a multi-professional team, of a precocious diagnostic and both acceptance and inclusion of the family in the treatment. Media was considered as a possible influence in the development of the feed trouble by most of the health professionals interviewed.

Keywords: Feed troubles; media; multi-disciplinary intervention.

1. Introdução

Os transtornos do comportamento alimentar referem-se a toda e qualquer circunstância que suponha uma disfunção no comportamento alimentar do indivíduo (DOMÍNGUEZ E RODRÍGUEZ, 2005). De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003) os transtornos da alimentação se caracterizam por graves perturbações no comportamento alimentar, podendo ser estes: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da alimentação sem outra especificação.

Eles são considerados graves, complexos e com alto grau de morbidade, sobretudo na adolescência. Sendo assim, vale salientar que essas patologias iniciam-se normalmente nesse período e afetam severamente o desenvolvimento do indivíduo. Apresentam ainda um prognóstico que mobiliza toda a família (PINZON et al., 2004).

Os transtornos alimentares são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais, sociais e psicológicos. Segundo Gorgati et al. (2002), tais aspectos determinam as dimensões necessárias para o diagnóstico e o tratamento dos transtornos alimentares. A complexidade da condição clínica exige uma abordagem integral e multiprofissional, ou seja, uma equipe composta por médico, nutricionista e psicólogo.

Os transtornos alimentares trazem um sofrimento intenso não apenas para o portador, mas também para seus familiares e amigos. Segundo Santos e Cols (2004), estas desordens contemplam basicamente a anorexia e bulimia nervosa, as quais são de duas a cinco vezes mais comuns que as outras alterações do comportamento alimentar. Referenciando o DSM-IV-TR (APA, 2003), a anorexia e bulimia nervosa são dois principais transtornos da alimentação e apresentam um maior aumento de incidência durante as últimas décadas. No presente estudo serão abordados estes dois principais transtornos: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Richard Morton, no ano de 1694, fez o primeiro relato médico de anorexia nervosa, descrevendo o tratamento de uma jovem mulher com recusa em alimentar-se e com ausência de ciclos menstruais, que rejeitou ajuda e morreu de inanição. Na segunda metade do século XIX, a anorexia nervosa emergiu como uma entidade autônoma por meio dos relatos do Frances Charles Laségue em 1873. Este descreveu a *anorexia histérique* (CORDÁS, 2004).

Analisando a origem da palavra “anorexia”, vemos que ela se origina do grego *ann*= prefixo negativo que significa “sem” e *orexis* = designa apetite ou desejo, ou seja, a palavra “anorexia”, ao pé da letra, corresponde a “ausência ou falta de apetite ou inapetência” (SILVA, 2005).

A anorexia nervosa é definida como um transtorno do comportamento alimentar no qual encontramos restrições dietéticas autoimpostas e padrões extravagantes de alimentação, acompanhados de acentuada perda de peso. Essa perda ponderal, além de ser induzida, é também mantida pelo paciente em virtude de ele apresentar um intenso temor sem justificativa de engordar (SILVA, 2005).

De acordo com Fernandez-Aranda (2008), na anorexia nervosa a distinção é feita entre:

Tipo restritiva: descreve quadros clínicos nos quais tem a perda de peso fazen-

do dietas, jejuando ou realizando exercícios intensos, sem ataques de gula nem purgantes;

Tipo compulsivo/purgativo: o indivíduo recorre a ataques de gula, purgantes ou ambos.

Já a bulimia nervosa é caracterizada pelos episódios recorrentes de ataques de gula incontrolados, sendo frequentes episódios de ingestão voraz seguidos pelo uso de métodos purgativos para controlar o ganho de peso. Estes métodos frequentemente tomam forma de vômitos provocados, exercícios excessivos, restrições nas refeições e a utilização de laxantes e diuréticos (WILLIAMSON et.al., 2008).

De acordo com Fernandez-Aranda (2008), a bulimia nervosa tem a distinção de dois subtipos:

Tipo purgante: descreve os pacientes que combatem os ataques de gula por meio de episódios regulares de vômitos autoinduzidos ou abuso de laxantes ou diuréticos;

Tipo não-purgante: descreve os pacientes que jejuam ou fazem exercícios de modo excessivo, com a finalidade de compensar os episódios do comportamento de gula; porém normalmente não abusam de laxantes, diuréticos ou não utilizam o vômito provocado para controlar o peso corporal.

De acordo com Silva (2005), a bulimia nervosa foi descrita durante muito tempo como um sintoma, e não uma entidade patológica específica, descrevendo o apetite ou fome voraz que certos indivíduos vivenciavam. Cordás (2004) descreve que a bulimia nervosa como conhecemos hoje nasce com Gerald Russel, em 1979, em Londres, a partir da descrição de pacientes com peso normal, porém com pavor de engordar e que tinham episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos.

Na atualidade, o ideal da beleza está sendo o ideal da magreza, e esta vem sendo imposta cada vez mais pela mídia. Nesse sentido, as fábricas de imagens como cinema, televisão, marketing e revistas têm contribuído para que os indivíduos, em sua grande maioria as mulheres, se dediquem em ter um corpo excessivamente magro. A questão não é ser magra para ter saúde, mas, sim, ser magra para se enquadrar nos padrões estéticos que a mídia estampa, podendo levar assim ao desenvolvimento de transtornos no comportamento alimentar (SILVA, 2010).

No mundo da beleza magra também merecem destaque as dietas que a cada dia estão mais inusitadas e propagam receitas mágicas de emagrecimento. Neste sentido, cabe pontuar que ser magra não é problema; o problema consiste em ser excessivamente magra e nos métodos que utilizam para emagrecer a qualquer custo, podendo estar o indivíduo desenvolvendo um transtorno alimentar.

Silva (2005) destaca que os transtornos alimentares necessitam ser diagnosticados e tratados o mais precocemente possível, uma vez que estes tomaram proporções de epidemia. e sua gravidade tem feito muitas vítimas, inclusive fatais. Sendo assim, é de suma importância conhecer os critérios utilizados por profissionais de saúde para diagnosticar e tratar transtornos alimentares, mais especificamente anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Diante do que foi exposto, torna-se esta uma pesquisa significativa, visto que gerará conhecimento para a sociedade, no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento da anorexia e bulimia nervosa. Também será relevante para a sociedade refletir sobre a influência da mídia no desenvolvimento de tais transtornos. Irá possibilitar para a instituição um levantamento de informações ao tocante dos métodos utilizados pelos profissionais de saúde (médico, nutricionista e psicólogo) para diagnosticar e tratar a anorexia e bulimia nervosa. E poderá favorecer o conhecimento no que diz respeito à formação do referidos profissionais, durante sua graduação, no UNIPAM.

A motivação para a realização deste estudo se baseia na interação multiprofissional para diagnosticar e tratar os transtornos alimentares, anorexia e bulimia nervosa, ou seja, a necessidade da cooperação do médico, nutricionista e psicólogo para diagnosticar e principalmente tratar tais transtornos. Também motiva a possível influência da mídia no desenvolvimento da anorexia e bulimia nervosa.

No tocante à formação acadêmica, a temática irá contribuir para a realização de novos estudos sobre os aspectos do assunto estabelecendo mais uma maneira para que se aborde o seu diagnóstico e tratamento, além de propiciar uma reflexão na sociedade como um todo, que servirá como campo de análise.

Diante do que foi exposto, a referente pesquisa objetiva constatar quais são os métodos utilizados pelos profissionais de saúde (médico, nutricionista e psicólogo) para diagnosticar e tratar a anorexia nervosa e a bulimia nervosa e verificar se os mesmos identificam influência da mídia no desenvolvimento de tais transtornos alimentares. Para isso, será realizada uma pesquisa descritiva, de campo, qualitativa, com os referidos profissionais aptos a diagnosticar e tratar tais transtornos alimentares.

2. *Anorexia nervosa (AN)*

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2003), as características essenciais na anorexia nervosa são: o indivíduo se recusa a manter o peso corporal na faixa normal; apresenta um intenso medo de engordar e tem uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo. O indivíduo com este transtorno mantém um peso corporal abaixo de um nível normal mínimo para sua idade e altura; com isso, tem muito medo de ganhar peso e este medo geralmente é aliviado pela perda de peso. A AN pode ser dividida em dois subtipos:

Tipo restritivo: quadros em que a perda de peso é conseguida por meio de dietas (baseadas em alimentos de baixa caloria), jejuns e/ou exercícios físicos, sem a presença de episódios de hiperfadiga e purgações.

Tipo compulsão periódica/purgativo: quadros em que o indivíduo apresenta episódios de hiperfadiga e/ou purgações, não com de forma compulsiva, mas faz uso de pequenas quantidade de alimentos, e depois induz vômito ou faz uso de laxantes, diuréticos ou enemas.

De acordo com o CID-10 (OMS, 1993), a anorexia é um transtorno que se caracteriza por perda de peso induzida pelo paciente, é mais comum em mulheres, mas pode

ocorrer em homens. O paciente com anorexia nervosa apresenta medo de engordar, e se impõe um baixo peso. Os sintomas são: restrição das escolhas alimentares, a prática de excessivos exercícios físicos, vômitos provocados e utilização de laxantes e de diuréticos.

2.1. Breve histórico

Em 1691 o médico inglês Richard Morton, foi o primeiro a descrever um quadro clínico correspondente à AN, em que uma jovem de 17 anos apresentava recusa alimentar e ausência dos ciclos menstruais. A jovem não apresentava qualquer tipo de doença orgânica que justificasse tal fato; no exame clínico foi constatado que a jovem tivera perda de pêlo, suas extremidades apresentavam coloração arroxeadas e seus batimentos cardíacos, pressão arterial e temperatura corpórea registravam valores menores que os considerados normais (SILVA, 2005).

De acordo com a autora citada acima, Charles Laségue, em 1873, na França, descreveu e denominou quadros semelhantes como “anorexia histérica”. William Gull descreveu em 1868 os casos de três jovens mulheres que apresentavam exagerado emagrecimento e as diagnosticou como portadoras de patologia nomeada de “apepsia histérica”. Porém, somente em 1874, Gull denominou esses casos como anorexia nervosa.

Segundo Cordás (2004), Janete relata em 1903 o caso de Nadia, uma jovem que manifestava vergonha de seu corpo e repulsa contra ele, apresentando constante desejo de emagrecer, quadro que denominou *anorexie mental*. Em 1990, Holden estabeleceu uma correspondência entre anorexia nervosa e sintomas obsessivo-compulsivos tanto na forma de pensar quanto na forma de agir, no que diz respeito à alimentação e perda de peso.

2.2. Diagnóstico

De acordo com Alves et al. (2008), a manifestação da AN é uma restrição dietética autoimposta e insidiosa, que vem acompanhada de exercícios físicos pra a redução de peso.

Diante do que foi estudado pode-se perceber que para diagnosticar a AN os profissionais de saúde costumam seguir os critérios citados no DSM-IV-TR (APA, 2003) (Tabela 1).

DSM-IV
A- Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do nível mínimo normal adequado à idade e à altura (ex.: perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
B- Medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C- Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D- Nas mulheres pós-menarca, a amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, ex.: estrógeno).

Critérios diagnósticos para 307.1 Anorexia Nervosa, p. 560

2.3. *Tratamento*

O tratamento da AN tem como foco principal a recuperação nutricional em função do comportamento físico apresentado pelo paciente. O tratamento deste transtorno apresenta maior número de complicações clínicas e hospitalares, já que o paciente nega a doença. Os transtornos alimentares são determinados por fatores biológicos, culturais, psicológicos e sociais; portanto, deve-se associar a psicoterapia ao tratamento medicamentoso (SILVA, 2005).

No que diz respeito ao tratamento psicológico, de acordo com a autora citada acima, dentre as várias abordagens psicoterapêuticas, a mais indicada é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), visto que esta apresenta resultados mais rápidos e duradouros e tem menos índice de recaídas.

A TCC enfatiza que o sistema de crenças de um indivíduo tem importante papel no desenvolvimento de seus sentimentos e comportamentos. Como foi visto anteriormente, os pacientes com AN apresentam crenças distorcidas e disfuncionais acerca de seu peso, forma física e alimentação. Para que essas crenças possam ser modificadas o psicólogo deve ensinar ao paciente a identificar um pensamento que tenha distorção (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002).

Na psicoterapia individual também deve ser trabalhada a exposição com prevenção de resposta, com o objetivo de eliminar comportamentos purgantes; esta é baseada também em um modelo de extinção e pode ser utilizada a fim de modificar diretamente o comportamento dos ataques de gula (WILLIMSON, 2008).

Quanto ao tratamento nutricional é importante ensinar o paciente a planejar suas refeições de forma equilibrada para incentivar hábitos alimentares saudáveis. Primeiramente o nutricionista deve preparar um plano de refeições para garantir a ingestão de calorias, objetivando ganho de peso; deve-se ressaltar também a importância de se fazer três refeições nutritivas por dia (WILLIMSON, 2008).

De acordo com Manochio (2009), as atividades do nutricionista na equipe são de extrema importância no tratamento dos transtornos alimentares. Este profissional é responsável pela realização da avaliação e seguimentos nutricionais. O nutricionista deve primeiro fazer uma avaliação nutricional, levando em consideração peso, altura e idade, examina as pregas cutâneas e exames bioquímicos e hemograma; também deve ser analisada a perda de nutrientes.

Segundo a autora acima citada, na AN os principais objetivos são: a reeducação

alimentar e a reposição de peso. Lembrando-se sempre de respeitar a aceitação do paciente quanto ao que é proposto, entendendo que a resistência faz parte do tratamento.

O acompanhamento médico é de fundamental importância. Esta área aborda alterações laboratoriais, procedendo com possíveis reposições de eletrólitos e outras complicações derivadas da NA, como perdas de massa óssea decorrente do déficit nutricional. Também é de responsabilidade do médico a decisão de uma possível internação (SILVA, 2005).

É de responsabilidade do médico também a indicação de medicamento, se necessário. Ao que se refere ao tratamento medicamentoso, segundo Silva (2005), os antidepressivos são os mais usados no tratamento da AN, como é destacado na tabela a seguir:

Amitriptilina	Deve ser usado quando existirem sintomas depressivos associados ou alterações significativas no sono (insônia) e dores generalizadas.
Clorimioramina	Sua utilização deve ser considerada quando existem sintomas depressivos e/ou sintomas do espectro obsessivo-compulsivo.
Maprotilina	Tem-se mostrado eficaz em associação com pequenas doses de neurolépticos como a Clorpromazina ou ainda Risperidona.
Fluoxetina e demais antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina	Sertralina, Citalopram, Paroxetina, Escitalopram etc. São os antidepressivos mais utilizados, principalmente quando há associação com sintomas depressivos e/ou sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo.
Ciproheptadina (hidrocloro de ciproheptadina)	Trata-se de um anti-histamínico e antagonista da serotonina. Sua vantagem consiste no fato de não apresentar os efeitos colaterais dos antidepressivos tricíclicos, que causam, em geral, queda da pressão arterial e aumento de frequência cardíaca.

Mentes insaciáveis: Anorexia, Bulimia e Compulsão alimentar, Ana Beatriz Barbosa Silva, 2005, p. 127.

3. *Bulimia nervosa*

De acordo com DSM-IV-TR (APA, 2003), a bulimia nervosa (BN) consiste em episódios de hiperfadiga e métodos compensatórios para evitar ganho de peso como: indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos e exercícios físicos. É definido um episódio bulímico a ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob as mesmas circunstâncias e espaços de tempo. Os indivíduos com BN se envergonham de seu problema alimentar, e geralmente as crises bulímicas são mantidas em segredo.

O DSM-IV-TR (APA, 2003), divide a BN em dois subtipos, sendo estes:

Tipo purgativo: o indivíduo induz o vômito e faz uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas.

Tipo não-purgativo: o indivíduo utiliza outros comportamentos compensató-

rios inadequados, como jejuns ou exercícios físicos, sem as características apresentadas no subtipo acima.

Diferente do que acontece com os pacientes de AN, os pacientes com BN conseguem ocultar os seus sintomas por longo tempo, pois tendem a manter o peso estável e não apresentam consequências físicas visíveis (SILVA, 2005).

3.1. Breve histórico

Hipócrates usava o termo *boulimos* alguns séculos antes de Cristo, para designar uma fome doentia. James, em 1743, descreve a *true boulimos* para episódios de grande ingestão alimentar. Em 1967, Crisp relata episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos em pacientes anoréxicas (CORDÁS, 2004).

Somente em 1979 a BN passou a fazer parte da literatura médica, quando Gerald Russel, em Londres, descreve um transtorno mental com alteração do comportamento alimentar, no qual o indivíduo apresenta peso normal, pavor de engordar e vômitos autoinduzidos (SILVA, 2005).

3.2. Diagnóstico

A BN é caracterizada por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal, levando o paciente a métodos compensatórios inadequados (CORDÁS, 2004).

Para diagnosticar BN os profissionais de saúde costumam utilizar os critérios descritos no DSM-IV-TR (APA, 2003), como mostra a tabela a seguir:

DSM-IV
A – Crises bulímicas recorrentes. Uma crise bulímica é caracterizada por ambos os seguintes aspectos: (1) ingestão, em um período limitado de tempos (ex.: dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares. (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (ex.: um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento).
B – Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com objetivo de prevenir o aumento de peso, como indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
C – A crise bulímica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.
D – A autoimagem é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo
E – O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Critérios diagnósticos para 307.51 Bulimia Nervosa, p. 564-565.

3.3. Tratamento

Assim como a NA, a bulimia nervosa é de etiologia multifatorial; sendo assim, seu tratamento também deve ser feito por uma equipe multiprofissional (médico, nutricionista e psicólogo) (SILVA, 2005).

O tratamento psicológico é indicado em psicoterapia individual com abordagem cognitivo-comportamental (SILVA, 2005). A TCC trabalhará técnicas de autocontrole, para redução de ansiedade, tristeza e outros sentimentos considerados estimuladores de episódios de compulsão alimentar e de indução de vômito. O psicólogo deve trabalhar: a eliminação do uso de laxantes; modificação do sistema de crenças; e a autoestima (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002). Também é indicada psicoterapia familiar, quando o núcleo familiar do paciente apresenta conflitos que constituem fatores desencadeantes de ataques bulímicos (SILVA, 2005).

De acordo com Williamson et al. (2008) as técnicas comportamentais utilizadas são: o planejamento das refeições; modificação do comportamento de comer; e a exposição com prevenção de resposta. Já segundo Fernandez-Aranda (2008), as técnicas geralmente utilizadas são: entrevista motivacional; psicoeducação e monitoração de hábitos alimentares; pautas comportamentais de exposição-prevenção de resposta; reestruturação cognitiva; solução de problemas; e treinamento em expressão emocional, habilidades sociais e assertividade.

Quanto ao tratamento nutricional, este pode contribuir para a desmistificação de crenças alimentares equivocadas; o nutricionista pode orientar ao paciente a traçar metas e buscar soluções alimentares alternativas. O nutricionista em um contexto de respeito e compreensão das dificuldades do paciente propõe possíveis mudanças dos seus hábitos alimentares, buscando uma melhor qualidade alimentar (MANOCHIO, 2009).

Na BN a internação hospitalar não costuma ser necessária, uma vez que o grau de gravidade e letalidade desta é reduzida (SILVA, 2005). Porém é de suma importância a presença do médico no tratamento da BN.

No que se refere ao tratamento medicamentoso, utilizam-se antidepressivos, pela frequente identificação de sintomas depressivos em pacientes bulímicos. Também podem ser utilizados anticonvulsivantes. Veja na tabela a seguir:

Inibidores seletivos de recaptação da Serotonina (ISRS)	Dentro deste grupo, a Fluoxetina é a substância considerada de primeira escolha, esta além de reduzir os sintomas típicos da BN, também promove redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, quando estes estão associados ao quadro.
Sertralina, Citalopram, Paroxetina e Fluvoxamina	São utilizadas na prática clínica como boas alternativas para o tratamento preconizado com Fluoxetina, especialmente nos casos em que os pacientes apresentam reações alérgicas ou intolerância aos efeitos colaterais desta.

Tricíclicos e inibidores da Monoaminoxidase (IMAO)	É destacado entre os tricíclicos a Imipramina, a Desipramina e a Amitriptilina, e entre os IMAOs, a Fenelzina e a Isocarboxazida. Todas essas substâncias mostram-se mais eficazes que o placebo na redução dos episódios de ingestão descontrolada de alimentos, e as doses utilizadas foram as mesmas que são preconizadas para o tratamento da depressão.
Anticonvulsivantes	O uso do Topiramato para o tratamento da BN tem mostrado redução significativa nos seguintes aspectos: desejo de comer compulsivamente, preocupação com o peso corpóreo, necessidade de efetuar as purgações, fissura por doces, massas e refrigerantes. Seus efeitos parecem incluir também o aumento da saciedade e uma melhora na estabilização do humor.

Mentes insaciáveis: Anorexia, Bulimia e Compulsão alimentar, Ana Beatriz Barbosa Silva, 2005, p. 130-131.

4. Mídia

Na atual sociedade, o preconceito contra a obesidade é visivelmente forte e o culto à magreza está diretamente ligado à imagem de poder, beleza e mobilidade social. O ideal de corpo perfeito imposto e vinculado pela mídia leva os indivíduos a uma insatisfação crônica com seus corpos, resultando assim em dietas altamente restritivas e exagerados exercícios físicos (ANDRADE e BOSI, 2003).

Este ideal de corpo perfeito citado acima se transformou no ideal do corpo magro. Os indivíduos, em sua grande maioria mulheres, se submetem a tentar atingir o corpo magro das modelos de passarela, propagado pela mídia como corpo ideal (SANTOS, 2008).

Nas passarelas alimentadas pelas exigências estéticas que circulam entre as modelos, as que mais se destacam são as excessivamente magras. Visto isto, as fábricas de imagem como televisão, cinema e revista contribuem para que os indivíduos se dediquem a alcançar um corpo excessivamente magro, podendo assim o indivíduo desenvolver transtornos alimentares. Como foi colocado anteriormente, ser magra não é problema: o problema consiste em ela ser excessivamente magra e nos métodos que se utilizam para emagrecer a qualquer custo.

A grande importância que é dada pela mídia à magreza, em detrimento dos pequenos espaços reservados à saúde, ao culto do dever, do equilíbrio, estimula a mente a dedicar a alcançar o corpo esquelético. E para alcançar este corpo ideal os sujeitos se submetem a dietas altamente restritivas e à prática de excessivos exercícios físicos, podendo desencadear um transtorno alimentar como anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

7. Método

7.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo, qualitativa, que buscará conhecer e interpretar a realidade do diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares – anorexia nervosa e bulimia nervosa – sem nela interferir. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

7.2. Amostra

Os sujeitos desta pesquisa foram médicos, nutricionistas e psicólogos, visto que são estes profissionais que estão mais aptos a diagnosticar e tratar tais transtornos. Foram entrevistados três médicos, cinco psicólogos e cinco nutricionistas.

Crítérios de inclusão: ser profissional formado em Medicina, ou Psicologia, ou Nutrição; interesse em participar da pesquisa após tomar conhecimento do processo; ter aceitado e assinado o termo de consentimento; ser maior de 18 anos de idade.

Crítério de exclusão: não-concordância em participar da pesquisa; aceitar participar, mas não concordar em assinar o termo de consentimento, ser menor de 18 anos.

7.3. Instrumento

Como instrumento foi criada uma entrevista semiestruturada que buscou conhecer os critérios utilizados pelos referentes profissionais de saúde, para diagnosticar e tratar a Anorexia e Bulimia nervosa. Nesta entrevista foi verificado, também, se estes profissionais identificam a influência da mídia no desenvolvimento dos referidos transtornos alimentares, bem como quais são as visões e percepções do trabalho multiprofissional no diagnóstico e tratamentos destes transtornos.

7.4. Procedimento

- 1) *Acesso à amostra:* clínicas, consultórios, postos de saúde da família e hospitais foram visitados com o intuito de marcar com a secretária ou diretamente com o profissional o dia e o horário para que a entrevista fosse realizada. Alguns contatos foram realizados por telefone.
- 2) *Coleta de dados:* o pesquisador se identificou explicando e esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa e solicitou permissão dos voluntários para proceder à aplicação da entrevista. O profissional de saúde foi convidado a participar da pesquisa, sendo apresentado a ele a entrevista que foi respondida, certificando-o sobre o sigilo que será mantido em relação à sua pessoa. A coleta dos dados foi feita nos consultórios (ou locais de trabalho) dos referidos profissionais. A entrevista con-

teve questões acerca do diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares – anorexia e bulimia nervosas – a fim de alcançar todos os objetivos propostos.

- 3) *Análise de dados*: foi feita uma análise qualitativa com criação de categorias para análise do conteúdo abordado. Foi respeitada a privacidade, sigilo e a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

9. Resultados e discussão

Inicialmente foi feito contato com 26 profissionais, sendo estes 6 nutricionistas, 13 psicólogos e 7 médicos. Dentre estes profissionais citados, oito psicólogos, um nutricionista e quatro médicos recusaram-se a participar da entrevista. Sendo assim, treze profissionais participaram da entrevista, sendo cinco psicólogos, cinco nutricionistas e três médicos.

Para a discussão dos resultados, as perguntas da entrevista foram analisadas separadamente, e foram estabelecidas categorias para cada questão, de acordo com as semelhanças obtidas nas respostas de cada classe de profissional (médico, nutricionista e psicólogo). É importante enfatizar que, em algumas questões da entrevista, o mesmo profissional apresentou mais de uma resposta e, por isso, a porcentagem apresentada em algumas perguntas ultrapassou 100%, já que as categorias criadas foram por resposta apresentada em cada pergunta.

Com relação aos psicólogos entrevistados, 100% trabalham em consultório particular, sendo que destes, 20% trabalham no fórum de Patos de Minas-MG; 20% no PSF de Lagoa Formosa-MG; 20%, NASF de Patos de Minas-MG, e 20% na Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas-MG. Com relação aos nutricionistas, 60% trabalham em clínicas; 20% no NASF, e 20% em hospital particular. Por fim, considerando os médicos entrevistados, 33,3% trabalham em clínica, e 66,7% trabalham em hospital particular.

Com relação ao diagnóstico da AN (anorexia nervosa) e da BN (bulimia nervosa), 80% dos psicólogos utilizam os critérios descritos no DSM-IV para diagnosticar estes transtornos alimentares, e 20% deles, também utilizam a entrevista com o paciente. Quanto aos nutricionistas, a grande maioria (80%) também utiliza os critérios do DSM-IV, e 40% relatam que o diagnóstico de seus pacientes é feito pelo psiquiatra ou psicólogo. E 100% dos médicos recorrem aos critérios do DSM-IV.

Os critérios descritos no DSM-IV (2003) que os profissionais entrevistados enfatizaram são: **a)** recusa a manter o peso corporal em um nível ou acima do nível mínimo normal adequado à idade e à altura (ex.: perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado); **b)** medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal; **c)** perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; **d)** nas mulheres pós-menarca, a amenorreia, isto é, ausência de

pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, como, por exemplo, o estrógeno).

Foi questionada, na entrevista, a forma de tratamento da AN e da BN utilizada pelos profissionais: 60% dos psicólogos relataram que é de extrema importância conhecer a história do paciente, 20% utilizam técnicas da abordagem cognitiva comportamental, 20% citam que deve ser feita uma orientação para o paciente e para a família sobre a patologia, e 40% citam a necessidade de uma equipe multiprofissional para o tratamento da AN e da BN. É importante enfatizar que um profissional apresentou mais de uma resposta em alguns momentos, e por isso, a porcentagem apresentada em algumas perguntas ultrapassou 100%.

No que diz respeito ao tratamento psicológico, de acordo com Silva (2005), dentre as várias abordagens psicoterapêuticas, a mais indicada é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), visto que esta apresenta resultados mais rápidos e duradouros e tem menos índice de recaídas. Isso está de acordo com informações que foram fornecidas por alguns dos profissionais entrevistados.

Quanto aos nutricionistas, 80% relataram que para tratar um paciente anoréxico ou bulímico, é necessário elaborar uma educação nutricional para o paciente e a família. 20% se referiram ao tratamento multiprofissional, e 20% não especificaram sua forma de tratamento.

Quanto ao tratamento nutricional é importante ensinar o paciente a planejar suas refeições de forma equilibrada para incentivar hábitos alimentares saudáveis. Primeiramente o nutricionista deve preparar um plano de refeições para garantir a ingestão de calorias, objetivando ganho de peso deve-se ressaltar também a importância de se fazer três refeições nutritivas por dia (WILLIMSON, 2008).

Analisando as entrevistas dos médicos, pôde-se perceber que 66,7% utilizam medicamentos para tratar tais transtornos, 33,3% encaminham para a psicoterapia, 33,3% falaram que é necessário ter uma equipe multiprofissional, e 33,3% relataram que se necessário deve-se incluir a internação hospitalar.

O acompanhamento médico é de fundamental importância. Esta área aborda alterações laboratoriais, procedendo com possíveis reposições de eletrólitos e outras complicações derivadas da AN como perdas de massa óssea decorrente do déficit nutricional. Também são de responsabilidade do médico a indicação de medicamentos e a decisão de uma possível internação (SILVA, 2005).

Foi questionada para cada participante a importância dos médicos, psicólogos e nutricionistas no tratamento dos citados transtornos. 100% dos psicólogos consideraram a presença do médico de fundamental importância, visto que este é o profissional habilitado para receitar medicamentos. Destes, 75% consideraram o nutricionista de fundamental importância, visto que é um transtorno que necessita de uma dieta específica, e 25% consideraram de importância mediana, pois pacientes com tais transtornos possuem conhecimentos prévios sobre nutrição.

Quanto aos nutricionistas, todos consideraram o psicólogo importante, visto que é um transtorno que necessita de uma reestruturação do comportamento alimentar e processos que interfiram na imagem corporal distorcida e na recuperação da autoes-

tima. Todos também consideraram o médico de suma importância, visto que é um transtorno que necessita de um tratamento medicamentoso.

Todos os médicos entrevistados consideram o psicólogo importante para o tratamento destes transtornos, e 66,7% também consideram o nutricionista de grande importância, já 33,3% consideram de média importância.

Foi perguntado aos profissionais qual seria um tratamento satisfatório na percepção deles. 40% dos psicólogos relataram que para o tratamento ser satisfatório é necessária uma equipe multiprofissional; 40% responderam que a aceitação do tratamento pelo paciente é importante para que o tratamento seja satisfatório, e 20% enfatizaram que a inclusão da família também é muito importante.

Todos os nutricionistas citaram que para um tratamento satisfatório é preciso uma equipe multidisciplinar, e destes, 60% relataram que a inclusão da família no tratamento também é de grande relevância. 66,7% dos médicos consideram que um tratamento satisfatório necessita de uma equipe multiprofissional, sendo que os demais citaram que para um tratamento satisfatório é necessário um diagnóstico precoce, inclusão da família, uso de medicamento e ambulatório especializado em transtornos alimentares.

Foi perguntado aos profissionais quais as falhas que eles observam no diagnóstico e no tratamento da AN e BN: 40% dos psicólogos relatam que há falhas quando o profissional trata somente o sintoma e não o sujeito, 40% acham que não existem falhas, 20% citam que há uma desinformação sobre a patologia, e 20% relatam que a falha está na falta de uma equipe multiprofissional.

Quanto aos nutricionistas, 60% relatam que há falhas quando os sintomas são confundidos com sintomas de outros transtornos (depressão, ansiedade), 60% citam que a falha está na presença de apenas um profissional, sendo necessário ter uma equipe multiprofissional, e 60% também responderam que a demora do paciente na busca de ajuda é uma falha.

Quanto aos médicos, 66,7% responderam que há falhas quando o paciente e/ou a família negam a doença, 33,3 % verificam que há poucos profissionais capacitados para diagnosticar e tratar transtornos alimentares.

Considerando todos os entrevistados, 70% consideram que para um tratamento satisfatório é necessário ter uma equipe multiprofissional, e 31% relatam que há falhas no diagnóstico e no tratamento quando não há equipe multidisciplinar. Visto que o psicólogo é apto para realizar psicoterapia, o nutricionista para elaborar dietas e o médico para medicar e/ou internar, conclui-se que a equipe multiprofissional é de suma importância para o diagnóstico e tratamento adequado dos referidos transtornos alimentares.

Foi questionado na entrevista se, na percepção dos profissionais, a mídia influencia o aparecimento e desenvolvimento dos transtornos alimentares. Todos os psicólogos relataram que a mídia pode influenciar, por enfatizar que o corpo magro é sinal de beleza e por não valorizar a singularidade. 100% dos nutricionistas acreditam que a mídia influencia no desenvolvimento destes transtornos, sendo que 75% veem a mídia como influenciador negativo para o aparecimento e manutenção do transtorno, ao impor à sociedade um ideal de beleza como sinônimo de magreza, mas 25% consideram

que a mídia pode ter um papel benéfico no sentido de promover programas e discussões que desmistifiquem este ideal imposto e divulguem informações esclarecedoras sobre o transtorno. Por fim, 66,7% dos médicos acham que a mídia não influencia, e 33,3% acham que pode influenciar, enfatizando que o corpo ideal é o corpo magro.

Segundo Andrade (2003), na nossa sociedade, o preconceito contra a obesidade é visivelmente forte, e o culto à magreza está diretamente ligado à imagem de poder, beleza e mobilidade social. O ideal de corpo perfeito imposto e vinculado pela mídia leva os indivíduos a uma insatisfação crônica com seus corpos, resultando assim em dietas altamente restritivas e exagerados exercícios físicos. Este ideal de corpo perfeito se transformou no ideal do corpo magro.

Deve-se ter um olhar crítico para esta questão da mídia, visto que esta atribui grande importância à magreza, estimulando a mente a dedicar e alcançar o corpo esquelético. E para alcançar este corpo ideal os sujeitos se submetem às dietas altamente restritivas e à prática de excessivos exercícios físicos, podendo desencadear um transtorno alimentar como anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

10. Conclusão

Diante da pesquisa realizada, é notório que grande maioria dos profissionais entrevistados utiliza os critérios do DSM-IV para realizar o diagnóstico, assim como mostra o referencial teórico do referido trabalho. Quanto ao tratamento, foi citado que é importante utilizar a abordagem cognitiva comportamental pelo profissional de psicologia, uma educação nutricional pelo nutricionista, e utilização de medicação pelo profissional de medicina.

Na opinião dos profissionais entrevistados um tratamento satisfatório para a anorexia nervosa e a bulimia nervosa inclui a presença de uma equipe multiprofissional, um diagnóstico precoce e aceitação e inclusão da família neste tratamento. Como falhas no tratamento, a maioria dos profissionais citou a falta de uma equipe multiprofissional.

Sendo assim, como foi abordado no referencial teórico do presente trabalho, a equipe multiprofissional é de suma importância no diagnóstico e no tratamento dos citados transtornos alimentares, visto que cada profissional atua de uma forma essencial, e que a falta de um pode causar dano ao paciente.

A mídia foi colocada aqui como possível influenciadora no desenvolvimento de transtornos alimentar, e com o decorrer do trabalho, a realização das entrevistas e a discussão dos resultados, pode-se perceber que realmente os profissionais de saúde percebem a mídia como influenciadora no desenvolvimento destes transtornos, com exceção da maioria dos médicos entrevistados. Visto que a mídia estampa um corpo ideal e que este corpo ideal é o corpo excessivamente magro, devemos atentar para a alienação que ela causa, assumir uma postura crítica em relação a isso, podendo assim criar seu próprio conceito de beleza, em vez de seguir o que as novelas, cinema, revistas e propagandas estabelecem (SILVA, 2010).

Contudo, pode-se observar que é de suma importância pensar em programas

de prevenção do desenvolvimento da anorexia nervosa e bulimia nervosa, e também oferecer profissionais aptos para diagnosticar e tratar transtornos alimentares, tanto público quanto particular, sendo estes profissionais de diversas áreas, formando assim uma equipe multiprofissional. Deve-se também estar atento à imagem que a mídia vem estampando nas telas, revistas e campanhas publicitárias, visto que esta pode influenciar o desenvolvimento de um transtorno alimentar.

Referências bibliográficas

ALVES, E. VASCONCELOS, F. A. G. CALVO, M. C. M. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, p. 503-512, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington DC: APA, 2003.

ANDRADE, Ângela; BOSI Maria Lúcia Magalhães. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev. Nutr.*, vol. 16, n. 1, Campinas, jan./Mar. 2003.

CORDÁS, Táci Athanássios. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiq. Clin.* 31, p. 154-157, 2004.

DOMÍNGUEZ, Silvia Moreno; RODRÍGUEZ, Sonia Villar. Características clínicas e tratamento dos transtornos do comportamento alimentar, in: CABALLO, V. E. & SIMÓN, M. A. *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais*. São Paulo: Ed. Santos, 2005, cap. 9, pp. 262-289.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola Espósito de Moraes. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 24, n. 3, pp. 49-53, 2002.

FERNÁNDEZ-ARANDA, Fernando. Tratamento passo a passo dos transtornos do comportamento alimentar, in: CABALLO, V. E. *Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: intervenção em crise, transtorno da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde*. São Paulo: Ed. Santos, 2008, cap. 7, pp. 185-208.

GORGATI, Soraia Bento; HOLCBERG, Alessandra S.; OLIVEIRA, Marilene Damasco. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 24, n. 3, pp. 44-48, 2002.

MANOCHIO, Maria Garcia. *O perfil e a atuação do nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares*. Ribeirão Preto-SP, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento*

da CID-10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.

PINZON, Vanessa; GONZAGA, Ana Paula; COBELO, Alicia; LABADDIA, Eunice; BELLUZZO, Patrícia; FLEITLICH-BILYK, Bacy. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 31, n. 4, pp. 167-169, 2004.

SANTOS, Manoel Antonio dos; OLIVEIRA, Érika Arantes; MOSCHETA, Murilo dos Santos; RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa; SANTOS, José Ernesto dos. "Mulheres plenas de vazío": os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, v. 1, p. 46-51, 2004.

SANTOS, Mônica Oliveira Silva dos. A tirania da magreza feminina. *Revista Digital Buenos Aires*, ano 13, nº 119, abril de 2008.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes insaciáveis: anorexia, bulimia e compulsão alimentar*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

SILVA, Blenda Lúcia. *Transtornos alimentares e a influência da mídia*. Julho. 2010.

Disponível em

www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=1720&keywords=transtornos+alimentares. Acesso em: 20 de Março de 2011.

WILLIAMSON, Donald A. SMITH, Cheryl F. BARBIN, Janem M. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos da alimentação, in: CABALLO, V. E *Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: intervenção em crise, transtorno da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde*. São Paulo: Ed. Santos, 2008, cap. 6, pp. 161-183.

Agradecimento

À mestre Cíntia Marques Alves. Dentro de um ambiente onde várias pessoas pareciam ser e acabaram não sendo, você foi, nunca tendo pena em dividir o conhecimento que tem. Obrigada por contribuir com tantos ensinamentos, tanto conhecimento, tanta dedicação. Carrego tudo isso comigo juntamente com seu exemplo de profissionalismo. Espero um dia conseguir chegar ao seu nível.

À minha mãe Edna, que além de ser a razão da minha existência, é um exemplo de coragem, determinação, perseverança, retidão e amor. Uma pessoa maravilhosa, a quem sou eternamente grata por continuamente me apoiar. Essa conquista é tua também. E a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho, muito obrigada.