

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMGRAD/ENF
Enf 99003- ESTÁGIO CURRICULAR

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CONHECENDO E CUIDANDO DE CLIENTES COM TRANSTORNOS
ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS**

Indiara de Freitas

Porto Alegre, Abril de 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

COMGRAD/ENF

Enf 99003- ESTÁGIO CURRICULAR

CONHECENDO E CUIDANDO DE CLIENTES COM TRANSTORNOS
ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS

Indiara de Freitas¹

Professora Orientadora: Eglê Kohlrausch²

Porto Alegre, Abril de 2002

¹ Acadêmica do 9º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Enfermagem.

- Trabalho muito bem elaborado, rico em dados e justificativas.
- Bibliografia atualizada.

Gostaria de agradecer à professora Eglê Kohlrausch, pelo seu apoio, auxílio, dedicação, ensino e empenho para que saísse tudo certo nesta pesquisa. E também quero agradecer pelos momentos de dificuldade que passei, por ser uma pessoa sensível, compreensiva, paciente e amiga. Obrigada!

“Os meios de comunicação oferecem imagens do que deve ser considerado belo. Simultaneamente, oferecem dietas variadas, com promessas mágicas para se adquirir silhuetas atraentes em um tempo breve. Há várias mensagens a respeito da boa saúde e da prevenção de doenças que se relacionam com a obesidade, mas não se encontra o mesmo grau de difusão sobre as complicações das dietas, do quão perigosas elas podem chegar a ser”

(Hersovici e Bay, 1997, p.131).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
3 ANOREXIA NERVOSA.....	12
3.1 ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	13
3.2 PREVALÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA.....	14
3.3 CARACTERÍSTICAS.....	14
3.4 COMPLICAÇÕES MÉDICAS.....	16
3.5 COMPLICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS.....	17
3.6 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO.....	18
3.7 FATORES DESENCADEANTES.....	18
3.7.1 <i>Fatores Familiares ou Biológicos</i>	18
3.7.2 <i>Fatores psicológicos ou individuais</i>	19
3.7.3 <i>Fatores ambientais</i>	20
3.7.4 <i>Fatores Socioculturais</i>	20
3.7.5 <i>Estressores Desencadeantes</i>	21
3.7.6 <i>Fatores Sugestivos</i>	21
3.8 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DETERMINAÇÃO DE PESO ESPERADO PARA ANOREXIA NERVOSA.....	22
3.9 TRATAMENTO NUTRICIONAL ESPECÍFICO PARA ANOREXIA NERVOSA.....	23
3.10 FARMACOTERAPIA.....	24
3.11 CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA A HOSPITALIZAÇÃO DE CLIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRATAMENTO HOSPITALAR.....	25
3.12 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS PARA A ANOREXIA NERVOSA.....	29
4 BULIMIA NERVOSA.....	31
4.1 ETIOLOGIA.....	33
4.2 PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA.....	33
4.3 CARACTERÍSTICAS.....	34
4.4 COMPLICAÇÕES MÉDICAS.....	36
4.5 COMPLICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS.....	37
4.6 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO.....	37
4.7 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DETERMINAÇÃO DO PESO ESPERADO PARA A BULIMIA NERVOSA.....	37
4.8 TRATAMENTO NUTRICIONAL ESPECÍFICO PARA CLIENTES COM BULIMIA NERVOSA.....	38

4.9 FARMACOTERAPIA.....	40
4.10 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS PARA OS CLIENTES QUE APRESENTAM BULIMIA NERVOSA....	42
5. CUIDANDO DOS CLIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	43
5.1 PENSAMENTOS, SENTIMENTOS E PRESSUPOSTOS	43
5.2 AVALIAÇÃO.....	44
5.3 TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS	46
5.4 MANEJO NUTRICIONAL	51
5.5 INTERVENÇÕES COGNITIVO COMPORTAMENTAIS.....	52
5.6 ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA.....	53
5.7 TERAPIAS DE GRUPO.....	53
5.8 EXERCÍCIOS.....	54
5.9 OS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES	54
6 SOBRE ESPELHOS.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	61

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica a respeito dos distúrbios alimentares denominados de anorexia e bulimia nervosas, com o intuito de aprofundar meus conhecimentos em relação a estas patologias.

O trabalho teve seu início por uma exigência da disciplina Enf 99003, onde cada aluno deveria realizar uma monografia como requisito parcial para concluir o curso de Enfermagem.

A motivação inicial para a realização deste estudo veio de uma experiência em estágio voluntário na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em janeiro de 2001. Nesta ocasião tive oportunidade de conhecer três clientes distintos que apresentavam distúrbio alimentar, os quais me impressionaram muito, e fizeram com que eu repensasse algumas questões em minha vida profissional. Estas pessoas despertam um sentimento, por vezes, de rechaço ou desconforto no cuidador, pois são de difícil manejo e adesão ao tratamento. Quando engajam num tipo de tratamento de “engorde” e alcançam uma meta, ao darem alta da internação, na maioria das vezes a primeira medida que tomam é de retornar ao peso anterior ao tratamento. Sabe-se que muitas das dificuldades que os profissionais enfrentam com este tipo de clientes são originárias das características do próprio transtorno alimentar (Kaplan et al., 1999; Taylor, 1992). É algo inconsciente, mas incomoda e desagrada o cuidador. É difícil lidar com estes sentimentos sem interferir na relação cliente-cuidador.

Outro fator que despertou meu interesse foi a idade. Observei que a frequência deste dano encontra-se entre jovens de 15 a 24 anos aproximadamente. Por isto, considere a temática mais importante ainda, pois sabe-se que as pessoas que entram nesse universo podem encontrar obsessão e decadência física (Anexo I), e muitas vezes, o problema só é percebido quando os danos já são quase irreversíveis.

Por estas razões, acredito ser uma área merecedora de atenção, pois os clientes são na maioria jovens, inexperientes, com grande potencial de cura, desde que encontrem pessoas que os ajudem e compreendam.

Neste sentido, a enfermagem tem se mostrado útil neste campo, onde realiza grande parte do tratamento a estes clientes, como, por exemplo, coordenando grupos, oficinas, fazendo consulta de enfermagem, avaliando o estado físico e emocional destes clientes, entre outros. Na hospitalização, os profissionais da equipe de enfermagem são aqueles que mais têm contato com estes clientes, e podem interferir de maneira vital, evitando até mesmo uma tragédia, por exemplo, uma tentativa de suicídio, já que este pode ser o curso natural dos transtornos alimentares.

Somados aos fatores acima citados, eu ainda encontrei, em minha vida pessoal, pessoas conhecidas, principalmente mulheres, que iniciam uma dieta alimentar qualquer, e à medida que conseguem atingir o peso desejado, ainda assim continuam a emagrecer, e por vezes quando “fogem” da dieta, comem compulsivamente, como se perdessem o controle, num processo muito parecido com a chamada bulimia nervosa. E ainda, percebi em meu cotidiano, que quase todas as pessoas, principalmente mulheres, gostariam de pesar menos do que realmente pesam. Por estes motivos, a anorexia e bulimia nervosas são comuns de acontecerem em nosso meio, e as pessoas, muitas vezes, não se dão conta de que estão ficando doentes.

Por isso, surgiram questões como *porque estas pessoas desenvolvem transtornos alimentares? Quais são os fatores preponderantes para que esta doença se manifeste? Porque umas pessoas adoecem e outras não? Será o fator cultural um determinante?*

Tentando encontrar respostas para estas questões, observei que nos dias atuais a sociedade exige como modelo de beleza pessoas magras. As indústrias de roupas, por exemplo, não fabricam, na sua maioria, roupas para pessoas dentro do peso adequado, porque não têm

como modelo indivíduos com corpos normais e, sim, pessoas magras, na sua maioria com 20 kg a menos do que o índice de massa corporal calculado como ideal.

Também na mídia se encontra, com frequência, matérias que tratam de pessoas com profissões relacionadas à beleza, como, por exemplo, modelos, bailarinas, atores, artistas em geral, com transtornos alimentares (Anexo I). Parece que a ênfase, na sociedade ocidental, é dada para pessoas magras, como se apenas estas pudessem ter sucesso. Fica uma impressão de que quem estiver fora desta condição poderia estar fadado ao fracasso. Isto parece uma grande incongruência, para não dizer uma irrealidade, já que existem pessoas obesas que obtêm sucesso em suas vidas, como, por exemplo, podemos mencionar os apresentadores de televisão, Jô Soares, Faustão, João "Gordo", além de figuras representativas de alegorias, como Papai Noel e Rei Momo. Por outro lado, sabe-se que gordura não é sinônimo de saúde, porém não necessariamente é antônimo de beleza, já que a maior parte de pessoas obesas que conheço têm pelo menos o rosto muito bonito.

Estatisticamente também existem dados que comprovam que a prevalência de obesidade tem aumentado em todo o mundo, inclusive no Brasil, em todas faixas etárias, como vemos em Suplicy (2001). Este autor destaca que a prevalência de obesidade no Brasil aumentou, nos últimos vinte e dois anos, de 8 para 13% em mulheres, de 3 para 7% em homens e de 3 para 15% em crianças.

Já Garfinkel (1999) aponta em seus estudos sobre transtornos alimentares que aproximadamente de 90 a 95% dos clientes são mulheres. Destaca que as estimativas de incidência e prevalência variam muito porque os achados vão depender da definição do caso, do método de amostragem e também da população da qual a amostra é obtida.

Cochrane (2001) revela que existem três tipos de doenças associadas a transtornos alimentares, que são anorexia nervosa, bulimia nervosa e um transtorno novo que recebeu o nome de compulsão periódica. Neste trabalho me deterei mais exclusivamente nos dois primeiros transtornos, os quais tive uma experiência real com clientes, e que me despertaram interesse.

Na tentativa de compreender melhor o que se passa com aqueles que sofrem de transtornos alimentares, tive como objetivos caracterizar os transtornos alimentares conhecidos -

como bulimia e anorexia nervosas e identificar as intervenções de enfermagem mais utilizadas para cuidar destes clientes.] 000

Na busca de respostas para estes objetivos, pude satisfazer um desejo pessoal, conhecendo mais sobre os transtornos alimentares, uma exigência da Disciplina Estágio Curricular, e, principalmente, aprender mais para cuidar melhor.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa bibliográfica que, para Gil (1999), é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A literatura consultada foi em português, abrangendo obras dos últimos sete anos. No entanto, pela riqueza de informações, foi utilizado um livro de 1992.

Através do Sistema Aleph da Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foram consultados os acervos das bibliotecas da Escola de Enfermagem, da Faculdade de Psicologia da UFRGS e do Centro de Estudos Luís Guedes no HCPA, considerando os livros e jornais destes acervos. Também foi utilizada a Internet como meio de auxílio à busca de material para o trabalho.

O desenvolvimento do estudo teve como referencial as etapas descritas por Gil (1999) que são: formular o problema, elaborar o plano de trabalho, identificar e localizar as fontes, obter o material, ler o material, confeccionar as fichas de leituras, estruturar a construção lógica do trabalho e redigir o texto.

As questões éticas foram preservadas em relação aos autores consultados à medida em que foram referenciados no texto.

3 ANOREXIA NERVOSA

Para dar início a esta descoberta, utilizei o léxico, onde o termo anorexia encontra-se definido da seguinte forma:

“Perda do apetite, devida a depressão, indisposição princípio de febre e doenças, perturbações gástricas, excessos alcoólicos ou de droga, principalmente cocaína” (Sacconi, 1996, p. 46).

Para Taylor (1992) o termo anorexia significando perda do apetite, é algo enganoso: *“... o indivíduo anoréxico raramente sofre perda do apetite, antes de atingir um estágio muito avançado da doença”* (p.338).

De acordo com Garfinkel (1999) a anorexia nervosa é caracterizada por um estado de inanição deliberado e auto-imposto, causado por uma busca implacável por um corpo esguio e medo de engordar, o que conduz a vários níveis de emagrecimento.

Herscovici e Bay (1997) referem que, em relação a etiologia da anorexia nervosa, existem fatores multideterminantes. Manifestam-se como doenças com variadas predisposições, o que não significa que pessoas com predisposição irão realmente adoecer, pois isso irá depender de uma série de fatores que o indivíduo possui, como por exemplo, fatores familiares (relações perturbadas), individuais (falta de limite e autonomia), socioculturais, neuro-humorais, ou, até mesmo, do sistema imune da pessoa. Garfinkel (1999) contribui neste tema dizendo que os fatores que precipitam a doença podem ser bastante diferentes das circunstâncias que perpetuam o transtorno.

Este autor salienta como característica central da anorexia nervosa o desejo exagerado de ser magro, e a convicção de que o próprio corpo é muito gordo. Inicia geralmente com uma dieta normal, e quando a meta de peso é atingida novas metas de peso cada vez mais baixo vão sendo estabelecidas. Pesam-se várias vezes ao dia, e podem aumentar a atividade física em prol da perda de peso. Os contatos sociais diminuem, limitando-se à escola, dieta, e exercícios.

Alguns, ainda conforme este autor, apresentam sentimentos de autopercepção distorcida, acreditando-se gordos mesmo em estágios avançados de emagrecimento, transtorno este intimamente ligado a sentimentos de aversão e anedonia pelo corpo. Apresentam um estilo de pensamento dicotômico, do tipo tudo ou nada, acompanhando não só a parte de alimentação, como em todos os âmbitos de suas vidas, demonstrado assim sua insegurança, tanto no lado afetivo, como a sinais biológicos de fome e saciedade. Para Taylor (1992) a pessoa com anorexia geralmente é uma pessoa tímida e retraída.

Garfinkel (1999) afirma que uma bateria de exames pode ser utilizada para achados laboratoriais quando a pessoa satisfaz os critérios para anorexia nervosa, porém, isoladamente, nenhum exame laboratorial pode diagnosticar incondicionalmente uma anorexia.

Garfinkel (1999) contribui dizendo que tanto a anorexia nervosa como a bulimia podem provocar alterações eletrolíticas e metabólicas. O curso e prognóstico destes clientes são variáveis e pode evoluir desde uma doença benigna isolada até um transtorno que pode se tornar perpétuo ou fatal. O prognóstico irá depender das seqüelas e da gravidade das mesmas, principalmente daquelas decorrentes dos episódios de purgação, que podem causar cáries, esofagite, amilasemia e aumento das glândulas salivares.

3.1 Etiologia dos transtornos alimentares

Cochrane (2001) relata que os modelos biológicos, se localizam no cérebro, mais precisamente no hipotálamo, que funciona como o centro de regulação do apetite, regulando os mecanismos neuroquímicos específicos da alimentação e saciedade. Na presença de transtornos alimentares, sugere-se hipoteticamente que estes neurotransmissores,

neuromoduladores e os hormônios que controlam a saciedade e a alimentação estariam desregulados.

3.2 Prevalência e Epidemiologia

Para Cochrane (2001) a anorexia ocorre em cerca de 1 a 2 % da população feminina. Já para Garfinkel (1999) a prevalência fica em torno de 0,5% em meninas com anorexia e incidência de 1 a 5 casos por 100.000 pessoas. O início ocorre principalmente dos 13 aos 20 anos de idade, porém, Cochrane (2001) lembra que pode ocorrer em qualquer grupo etário, e a mortalidade por anorexia foi estimada em 5,6% por década.

Os estudos sobre os transtornos alimentares revelam que eles ocorrem predominantemente em mulheres, ou seja, chegando a 95% dos diagnósticos feitos (Garfinkel, 1999). Tanto a anorexia como a bulimia nervosa se manifestam principalmente em mulheres adolescentes e adultas jovens, na maioria brancas e de classe econômica média a alta.

Porém, para Cochrane (2001) há um novo indicador de que estes transtornos estão se tornando cada vez mais comuns entre a minoria que são os homens e também em mulheres de todas as faixas etárias.

3.3 Características

De acordo com o Manual de Diagnósticos em Saúde Mental IV (DSM IV, 1998) a anorexia nervosa é caracterizada por recusa em manter o peso corporal em nível mínimo normal adequado à idade e à altura; medo intenso de engordar ou ganhar peso mesmo estando com peso abaixo do normal; perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo.

E ainda de acordo com Garfinkel (1999) amenorréia secundária, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos e ainda perda da potência e interesse sexual em homens.

Segundo o DSM IV(1998), a anorexia nervosa pode ser do tipo restritiva, na qual o indivíduo não se envolve regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou

purgação, e também pode ser do tipo compulsão periódica /purgativa, na qual o indivíduo envolve-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.

A literatura estudada relata que são poucos os clientes anoréxicos que se envolvem com auto-indução de vômitos ou fazem uso abusivo de laxantes.

Para Cochrane (2001) as pessoas com anorexia geralmente são aquelas que “não consomem mais de 500 a 700 calorias por dia e podem a vir a ingerir apenas 200 calorias por dia, e ainda assim consideram este consumo energético adequado para suas necessidades energéticas” (p.562).

Frenstrom et al.³ (1994) citado por Braga (1998), relata que a ingesta diária das anoréxicas pode ser de 600 Kcal/dia, através da população estudada em seu trabalho.

Para Braga (1998), na anorexia nervosa do tipo purgativa, a média das calorias envolvidas numa compulsão periódica varia de 400 kcal até 5000 Kcal.

Cochrane (2001) cita também que eles podem excluir de sua dieta carnes vermelhas, brancas, peixes e laticínios, sem substituí-los por outras fontes de nutrientes importantes.

Concordando com Garfinkel (1999), Cochrane (2001) afirma que os indivíduos com anorexia podem apresentar comportamento obsessivo-compulsivo acerca de seus hábitos alimentares e da escolha de seus alimentos, por exemplo, podem ingerir sempre o mesmo alimento ou ingerir os alimentos em uma forma predeterminada, na mesma hora todos os dias. Relata, ainda, que as pessoas com anorexia nervosa geralmente se preocupam com a comida obcecadamente, podendo ter preferências bizarras, evitando alimentos que julgam ser engordantes e jejuar por tempos, até dias. Por serem pessoas que se preocupam obstinadamente com comida, podem ser os cozinheiros da casa ou, até mesmo, terem empregos ligados à comida.

Herscovici e Bay (1997) revelam que os clientes anoréticos apresentam "alexitimia, ou seja, dificuldade em ler seus estados e sentimentos (fome, ansiedade, tristeza) e por outro lado, a pessoa é mais capaz de exercitar a vontade para controlar as ânsias de comer” (p.143).

³ FRENSTROM, M.H. et al. Twenty-Four-Hour Food Intake in Patients With Anorexia Nervosa and Healthy Control Subjects. *Biological Psychiatry*, v.36 p.696-702, 1994.

Para Cochrane (2001) as pessoas com anorexia nervosa geralmente negam a fome. Ela revela que os anoréticos costumam possuir antecedentes de terem sido meninos (as) exemplares, até a instalação das doenças.

Nunes (1998) relata que o anorético considera sua conduta alimentar normal, de modo que jamais aparece nas consultas espontaneamente. Por isto Nunes (1998) lembra as palavras de Lasègue (1873c. p. 367): “ Eu não sofro, portanto devo estar bem” (p.15). Ele afirma ainda que toda a doença está nessa perversão intelectual.

Cochrane (2001) relata que para a anorexia o risco maior de morte seria por inanição ou suicídio em pessoas cronicamente enfermas.

Garfinkel e Garnier (2000) consideram que a personalidade borderline com frequência aparece para os anoréticos bulímicos.

Para Cochrane (2001) e Garfinkel (1999), na anorexia geralmente, as pessoas são mais introvertidas e ligeiramente mais jovens. A bulimia e a anorexia podem estar presentes no mesmo indivíduo. Afirma que 50% dos clientes anoréticos tendem a desenvolver sintomas bulímicos, assim como também, muitas pessoas com bulimia desenvolvem a anorexia.

3.4 Complicações Médicas

Para Cochrane (2001) nos anoréticos as anormalidades metabólicas e endócrinas resultam da reação do organismo à inanição associada à desnutrição. Para ela e Garfinkel (1999), todos os sistemas corporais são afetados.

Indo ao encontro do que outros autores, como Garfinkel (1999), Herscovici e Bay (1997), Cochrane (2001) ressalta que os sistemas mais afetados são: ciclo menstrual, causando amenorréia, osteoporose, devido à falta de cálcio na alimentação, e também sintomas hipometabólicos, como intolerância ao frio e bradicardia. Pode causar, também, hipotensão, constipação, perturbações ácido-básicas e de fluidos eletrolíticos, incluindo edema nos pés.

Cochrane (2001) revela que os clientes que estão 20% abaixo ou 40% acima de seu peso considerado ideal demonstram mais anormalidades físicas do que aqueles que estão mais próximos do seu peso ideal. Aqueles clientes que estiverem com 40% abaixo ou 100% acima

do seu peso ideal, apresentarão riscos à sua sobrevivência, demonstrados através de achados laboratoriais e clínicos. Sem levar em conta o peso, qualquer indivíduo que apresente uso de laxantes e vômitos geralmente tem achados clínicos e laboratoriais que envolvem risco de vida.

Mais especificamente as complicações mais importantes que ocorrem nos transtornos alimentares conforme Cochrane (2001, p.564) são os seguintes:

Quadro I

Complicações mais importantes que ocorrem nos transtornos alimentares

Sistema Nervoso Central	Renais	Hematológicas	Gaстрintestinais	Metabólicas
Diminuição do sono de movimentos oculares rápidos e sono de ondas curtas; Atrofia cortical; Anormalidades da regulação térmica.	Hematuria; Proteinúria.	Leucopenia; Anemia; Trombocitopenia.	Corrosão dentária; Inchaço da parótida; Esofagite, laceração do esôfago; Demora do esvaziamento gástrico; Dilatação Gástrica; Pancreatite; Diarréia (abuso de laxantes); Hipercolesterolemia.	Desidratação; Acidose; Hipocalemia; Hipocloremia; Alcalose hipocloremica; Hipocalcemia; Hipofosfatemia; Hipomagnesimia; Osteoporese; Hiper-carotenemia.

Endócrinas	Cardiovasculares
Diminuição do hormônio luteinizante e do hormônio do folículo estimulante; Diminuição da triiodotironina, elevação da triiodotironina reserva, r T3, tiroxina e hormônio estimulador da tireoide normais; Menstruação irregular; Amenorréia.	Bradycardia; Hipotensão Postural; Disritmia; Morte Súbita.

3.5 Complicações Psiquiátricas

Cochrane (2001) relata que depressão maior ou distímia co-mórbidas têm sido observadas em 50 a 75% das pessoas com anorexia e bulimia nervosa. Também o transtorno

obsessivo-compulsivo pode ser encontrado em 10 a 13% dos clientes com anorexia, e tem prevalência de 25% durante a vida.

3.6 Mecanismos de Enfrentamento

Para Cochrane (2001) os clientes com anorexia sentem-se melhor quando estão em jejum, perdendo peso, e atingindo seus ideais de peso. Como Garfinkel (1999), Herscovici e Bay (1997), Braga (1998) já citaram, o anorético raramente procura ajuda por conta própria, e seu principal mecanismo de defesa é a negação. Assim como eles negam a doença, insistindo na normalidade, na medida em que aumentam as preocupações dos familiares, aumentam sua negação, mesmo que em muitas vezes, demonstrem visivelmente traços de desnutrição ou perda de peso. Parecem se irritar ou se mostrar impacientes facilmente com as aflições dos outros para consigo.

Esta autora refere que ao mesmo tempo em que estão controlando seu corpo, através do não consumo alimentar, também são capazes de controlar o foco de atenção da família, dos amigos, e das pessoas que gostam, parecendo ter encontrado a solução perfeita para seus temores, imaturidade, independência, fracasso, sexualidade e exigências dos pais e outros.

3.7 Fatores Desencadeantes

Os principais fatores desencadeantes são os familiares ou biológicos, psicológicos ou individuais, ambientais, socioculturais, estressores desencadeantes e fatores sugestivos.

3.7.1 Fatores Familiares ou Biológicos

Para a anorexia nervosa, Garfinkel (1999) afirma que em gêmeos monozigóticos a taxa de concordância é de 50%, e para gêmeos dizigóticos 10%, apontando a grande diferença de 40%.

Braga (1998) traz ainda uma outra contribuição, relatando que as famílias de pacientes anoréticas, que, em geral, são mais jovens e ainda moram com os pais, prejudicam no sentido de colaborarem para a manutenção de maus hábitos alimentares dos filhos, já que geralmente mantém um comportamento alimentar caótico.

Cochrane (2001) revela que, na população em geral, existe um risco maior para transtornos alimentares em parentes de primeiro grau do sexo feminino. A taxa de concordância é de 52% para gêmeos monozigóticos e 11% para dizigóticos.

Doin (1995) contribui revelando que uma das possíveis causas, como já foi citado anteriormente, dos distúrbios alimentares que podem desencadeá-los são os fatores familiares. A mãe, por ser a possuidora dos laços primordiais que ocorrem a partir da interação mãe-bebê, assume o papel de total importância para uma boa formação da imagem corporal.

Assim, Doin (1995) coloca que:

"A mãe funciona, portanto, com seu afeto e empatia como se fosse um espelho suficientemente regular e polido, donde o filho obtém de si mesmo uma imagem pessoal crescentemente diferenciada, integrada e fidedigna, em conformidade com sua concepção primitiva do self e com as diversas percepções e sensações que ele vai adquirindo de si próprio. A identidade se alcança através de identificações" (p.151).

Acredito que se o indivíduo não tem este vínculo bem formado e arraizado com a mãe, pode, principalmente se houver história de predisposição genética no futuro, vir a ter problemas com auto-imagem, e um destes problemas pode ser um distúrbio alimentar. Muito embora Doin (1995) deixe claro que o self não é meramente passivo, ele também contribui para a formação da identidade.

Nesta situação, a função especular humana primária não integradora, é aquela em que não ocorrem os propósitos do narcisismo normal na relação dual mãe-bebê e daí resultará uma tendência a futuras dificuldades no relacionamento com espelhos (humanos e físicos).

3.7.2 Fatores psicológicos ou individuais

Cochrane (2001) informa que a grande maioria das pessoas com transtornos alimentares exibem agrupamentos de sintomas psicológicos, como a rigidez, rituais e meticulosidade. Afirma ainda que as características psicológicas são de grande relevância para a predisposição aos transtornos alimentares, e destaca algumas: separação precoce, ansiedade, tendência em ser compulsivo, esquiva do conflito, depressão, dificuldades de expressar sentimentos, em especial a raiva, auto-imagem distorcida, senso de culpa exagerado, medo da sexualidade e da maturidade biológica, sentimentos de alienação, intolerância à frustração, baixa auto-estima, obsessões, perfeccionismo, mau controle de impulsos, vergonha, senso de inefetividade.

3.7.3 Fatores ambientais

Cochrane (2001) diz a respeito dos fatores ambientais que são muitos e também são diversificados. Por exemplo, nos relata que mulheres com bulimia mencionam terem crescido em um ambiente familiar com conflito, algumas experimentaram outras perturbações comportamentais como usar drogas, tentar suicídio, faltas à escola e problemas emocionais.

Também menciona que aqueles pais que podem dar mau exemplo diante dos filhos, dão ênfase em demasia para o atletismo, repudiam pessoas obesas, recompensam a magreza, estão colocando os filhos em risco para desenvolverem os transtornos alimentares.

Para ela, o abuso sexual tem se mencionado em 20 a 50% dos clientes com bulimia, porém esta taxa também é encontrada em outras populações psiquiátricas.

3.7.4 Fatores Socioculturais

Cochrane (2001) referindo-se às culturas ocidentais, onde a esbelteza é altamente valorizada, recompensada e associada com o sucesso, destaca que, principalmente nelas, a pressão social é intensa e obsessiva em busca da magreza, com ênfase na boa forma física e na saúde, o que tem como consequência mulheres obcecadas pela sua imagem corporal, com autodisciplina rígida, exercícios rigorosos e dietas. Resultando disto, revela que 50% das mulheres norte-americanas estão fazendo dieta num determinado momento e gastam mais de 5 bilhões de dólares em produtos de emagrecimento.

A autora cita ainda que adolescentes e crianças que crescem em comunidades ou freqüentam escolas que dão ênfase para o peso e o tamanho corporal estão propensos a desenvolver transtornos alimentares.

3.7.5 Estressores Desencadeantes

Para Cochrane (2001) os indivíduos que tiverem a presença de um ou mais fatores listados acima estão em sério risco para desenvolver algum dos transtornos alimentares. Para ela, as pessoas que estão predispostas estão vulneráveis ao estresse e às pressões ambientais.

Conclui dizendo que estas pessoas são incapazes de perceber ou interpretar estímulos internos, têm dificuldade de identificar suas emoções e sua auto-imagem e não possuem um centro interno de regulação e iniciativa, portanto procuram fora, no ambiente externo, o alimento funcionando como indicador para regularem a si mesmas, utilizando desta forma um mecanismo de deslocamento, usando a comida como substituta para sua para sua deficiência interna.

3.7.6 Fatores Sugestivos

Para Cochrane (2001) as sugestões que ativam o comportamento alimentar inadequado podem ser:

- sociais, como por exemplo, solidão, festividades, falta de destreza social;
- situacionais, como por exemplo, ver um anúncio de dietas num outdoor e passar em frente a uma loja que vende um alimento que leva a um episódio de hiperfagia;
- fisiológicas, como por exemplo, fome e fadiga;
- psicológicas que tem como exemplo, as imagens mentais e memória.

A autora cita que sugestões específicas como estas podem ativar distorções cognitivas e pode levar às respostas desadaptadas de regulação alimentar. Como exemplo desta situação, ela diz que quando uma cliente sobe na balança e mostra que engordou 500g, aí então ela usa o pensamento dicotômico de “Se eu engordei ½ kg, a semana que vem provavelmente engordarei 10kg, então vou logo comprar uma caixa de laxantes e me livrar deste ½ kg

amanhã” (p.574).

No exemplo dado acima, a sugestão é subir na balança, o pensamento irracional relacionado é acreditar que engordará 10kg a semana que vem, e a resposta de regulação alimentar desadaptada ligada à distorção cognitiva é tomar os laxantes, enquanto que a consequência da resposta desadaptada é iniciar outro ciclo de purgação.

As sugestões podem ser usadas como estratégia para a mudança. Para ela, a “esquiva de uma sugestão e a modificação da resposta a uma sugestão são modos de alterar as respostas desadaptadas” (p.574). Espera-se que o cliente veja as ligações entre pensamentos e comportamentos e reconheça as consequências desta atividade prejudicial, após, obviamente, da aprendizagem contínua sobre alimentos, forma e peso do corpo.

3.8 Avaliação Antropométrica e Determinação de Peso Esperado para Anorexia Nervosa

Braga (1998) refere que a avaliação antropométrica se dá por meio da aferição de peso, altura e pregas cutâneas, com uso de adipômetro. Ainda comenta que as medidas devem ser tomadas com a cliente descalça vestindo roupas íntimas. As medidas das pregas cutâneas (tricipital, bicipital, subescapular, supra-iliaca e abdominal) colaboram para determinar o percentual de gordura corporal.

Esta autora, citando Hannam et al.⁴ (1995), diz que o método do Índice de Massa Corporal (IMC), que é o resultado da divisão do peso sobre a altura ao quadrado, é colocado como sendo de caráter duvidoso por “apresentar-se indicador de gordura corporal nos clientes com transtornos alimentares, quando considerados os desequilíbrios hidreletrolíticos destes clientes.”

⁴ HANNAN, W. J. et al. Body mass index as an estimate of body fat. *International Journal of Eating Disorders*, v. 18, n.1, p.91-97, 1995.

3.9 Tratamento Nutricional Específico para Anorexia Nervosa

Para Cochrane (2001) “a estabilização da nutrição e a promoção do ganho de peso geralmente exigem uma motivação e uma família cooperativa” (p.572).

Para Braga (1998) a reposição de peso nos clientes com anorexia nervosa deve ser lenta e gradual, a fim de evitar outras complicações clínicas que possam piorar o estado de saúde da cliente. A dieta deve ser aumentada em 200 a 300 quilocalorias por semana, até chegar a um valor calórico total de 3.500 a 4.000 quilocalorias/dia, indo assim até alcançar a reposição de 95% do peso desejado, quando então se dá o início da manutenção do tratamento nutricional.

Ainda de acordo com esta autora, a prescrição das calorias por dia é iniciada de acordo com o metabolismo basal, ou com o valor calórico total da ingesta atual de cada cliente, podendo oscilar entre 700 a 1500 kcal/dia. A Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1993), citada por Braga (1998) indica uma reposição de 225 a 900 g por semana.

Para ela, as suplementações nutricionais só devem ser usadas em casos específicos de carência nutricional graves, as quais requerem seu uso. Nestes casos as clientes com anorexia nervosa não conseguem relacionar a reeducação alimentar à reposição de peso, através do uso de suplementações.

Sobre o volume das refeições, para que não provoque distensões abdominais, esta autora cita que este deve ser pequeno. Diz ainda que os intervalos entre as refeições variam de 2h30min a 3h, assim são prescritas de 6 a 8 refeições/dia. Para evitar a constipação intestinal, deve-se aumentar o consumo de fibras alimentares e líquidos totais.

Ressalta que as preferências alimentares dos clientes podem e devem ser levados em consideração na prescrição, desde que não se perca a qualidade de nutrição da dieta. Também são recomendações da autora que produtos light e diet devem ser desestimulados.

Nunes, Capellini e Appolinário (1998) lembram que durante a internação, pode ser usado a realimentação por sonda nasogástrica ou alimentação parenteral, porém raramente estes métodos precisam ser utilizados.

3.10 Farmacoterapia

Appolinário e Silva (1998) citam que para prescrever um medicamento para clientes com anorexia nervosa devem ser vistas algumas peculiaridades, como os efeitos colaterais. Por estarem desnutridos, estão mais vulneráveis a estes. Por exemplo, os antidepressivos tricíclicos tendem a causar hipotensão e arritmia, e os neurolépticos devem ser observados com especial atenção, devido à gravidade dos efeitos colaterais.

Revelam que a dose oral deve ser alcançada através de pequenos e progressivos aumentos, sempre avaliando as condições clínicas do cliente.

Herscovi e Bay (1997) citam que emprego de fármacos para o tratamento da anorexia nervosa tem poucos efeitos benéficos, motivo pelo qual seu uso foi limitado.

Para estes autores, o uso de medicações antidepressivas são limitados, pois com a melhora do estado nutricional do paciente, há também melhora destes sintomas, assim como de outros transtornos psiquiátricos.

Como Garfinkel (1999), Cochrane (2001) também relata que para os clientes anoréxicos não existe nenhuma droga completamente efetiva. Cita ainda que os medicamentos são úteis para alguns clientes que necessitem de antidepressivos, e agentes que combatam a ansiedade que envolve a alimentação.

Os medicamentos antidepressivos também podem ser úteis naqueles clientes que apresentam comorbidade, ou seja, ocorrência de outros transtornos psiquiátricos, como por exemplo, depressão, oscilações de humor, irritabilidade e as obsessões sobre alimentos e gordura, bastante comum de se desenvolver juntamente com o transtorno alimentar.

Appolinário e Silva (1998) revelam em seus estudos que os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) têm demonstrado efeito para anorexia, mais especificamente para aqueles que apresentem depressão, sintomas obsessivos e ansiedade. Consideram que a fluoxetina surte efeito nos sintomas depressivos e na restauração de peso. Os antipsicóticos devem ser usados naqueles clientes de mais difíceis de manejo e refratários.

Citam que para tratar de forma mais empírica a ansiedade antecipatória à alimentação,

devem ser utilizados ansiolíticos. Citando Stracher et al.⁵(1993), Appolinário e Silva (1998) afirmam que existem relatos de clientes que utilizam cisapride e metoclopramida como forma de acelerar o esvaziamento gástrico, já que para clientes com anorexia este costuma ser demorado, o que pode desestimular à alimentação.

Orientam que no caso de um fracasso terapêutico, devem ser questionados a não adesão do cliente e alterações metabólicas que podem estar interferindo com os níveis plasmáticos dos medicamentos. Indicam que, neste último caso, deve ser realizada uma dosagem plasmática para melhores esclarecimentos.

3.11 Critérios Clínicos para a Hospitalização de Clientes com Transtornos Alimentares e Tratamento Hospitalar

Para Cochrane (2001) os médicos que fizerem a internação do indivíduo que sofre de transtornos alimentares devem sentir uma necessidade de avaliação diagnóstica extensa e verificarem dentro dos critérios médicos se:

- a perda de peso é superior a 30% do peso corporal ao longo de 3 meses;
- a frequência cardíaca é inferior a 40 batimentos por minuto;
- a temperatura é inferior a 36° C;
- a pressão sanguínea sistólica é inferior a 70mm Hg;
- o potássio sérico está abaixo de 2,5 meq/l apesar de reposição de potássio oral;
- o indivíduo pode estar com desidratação grave;
- apresenta doenças somáticas concomitantes, como por exemplo, infecções.

Ainda devem verificam dentro dos critérios psiquiátricos se há risco de suicídio ou auto mutilação, depressão grave, psicose, crise familiar, fracasso em obedecer ao contrato de tratamento, resposta inadequada ao tratamento ambulatorial.

Nunes, Capellini e Appolinário (1998) relatam que para indicar uma internação hospitalar, deve-se ter muito bom senso, pois este procedimento quando não bem indicado

⁵ STRACHER, G.; ABATZI – WENZEL, T. A.; WIESNAGROTZKI, S.; BERGMANN, H.; SCHNEIDER, D.; GAUPMANN, G. Gastric emptying body weight and symptoms in primary anorexia nervosa: long – term effects of cisapride. *British Journal of Psychiatry*, n. 162, p. 398-402, 1993.

mostra-se ineficaz e com freqüentes recidivas. Deve ser indicado em condições específicas, quando por exemplo, os clientes são mais sintomáticos, tanto pela gravidade dos sintomas da anorexia, como pelo desenvolvimento de outras complicações psiquiátricas. O IMC igual ou menor que 13,5 tem como consenso que este é um importante sinal para gravidade do caso. A internação deve ser indicada quando a equipe multiprofissional considerar que o transtorno alimentar necessite de um enfoque mais abrangente e extensivo.

Lembram que, atualmente, as internações estão sendo desestimuladas, por três motivos: há melhora do serviço ambulatorial; nem todos os clientes que têm transtornos alimentares precisam ser hospitalizadas; e devido aos custos financeiros de uma internação tanto a nível previdenciário quanto privado, que tornam a hospitalização restrita àqueles que realmente estejam necessitando. Por isto, a melhor alternativa seria o hospital-dia. Porém como não é muito comum em nosso meio, (por não existirem muitos destes hospitais), quando há necessidade de internação, o melhor a fazer é tentar reduzir o tempo desta o máximo possível.

Para eles, o tratamento psicológico é central nesta patologia, tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial. A ênfase nestes aspectos torna necessária uma equipe treinada em métodos de tratamento psiquiátricos e psicológicos. Porém recordando Garfinkel & Garner⁶ (1982), Mehler & Weiner⁷ (1993), Salisburg *et al.*⁸(1995), Nunes, Capellini e Appolinário (1998) lembram que se o peso corporal for muito baixo, de nada adiantará a psicoterapia, sendo então vital que se reponha o peso. Por isso, na internação, o objetivo principal é de que se corrija o peso corporal quando mantido cronicamente abaixo de um nível crítico, facilitando para posterior abordagens psicoterápicas e nutricional. Também deve-se almejar na internação o bem-estar geral da cliente, com funcionamento mental saudável.

Relatam que a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1992) publicou um Guia Prático para os transtornos alimentares, uniformizando os procedimentos terapêuticos nesta área. Abaixo terão algumas considerações deste guia, sugestivas de critérios para internação de

⁶ GARFINKEL, P.E.; GARNER, D.M. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspectives*. New York: Brunner/ Mazel 1982.

⁷ MEHLER, P.; WEINER, K. Anorexia nervosa and total parental nutrition. *Int J Eat Disorders*, v.14, n.3, p. 297-304, 1993.

⁸ SALISBURG, J.; LEVINE, A., CROW, S.; MITCHELL, J. Reefeding, metabolic rate and weight gain in anorexia nervosa: a review. *Int J Eat Disorders*, v.17, n.4, p.337-345, 1995.

clientes com anorexia nervosa:

- clientes que não estejam motivadas para o tratamento ambulatorial;
- clientes que apresentem uma perda rápida e progressiva do peso corporal;
- peso corporal 70% abaixo do mínimo esperado para a idade e altura;
- clientes com instabilidade metabólica;
- rede de suporte social instável ou fraca;
- necessidade de supervisão intensa das condições clínicas do cliente;
- necessidade de interromper métodos purgativos;
- para avaliação diagnóstica mais adequada;
- para tratamento das complicações psiquiátricas associadas, como por exemplo, um risco para suicídio;
- para confrontar o cliente com sua negação da doença;
- para prepará-lo para um futuro tratamento ambulatorial.

Nunes, Capellini e Appolinário (1998) relatam também que para o êxito completo de uma hospitalização, é importante que a família aceite esta indicação como uma nova forma de busca de bem-estar do cliente e de sua família.

Eles alertam para o fato de não existir um consenso em relação ao tempo de internação hospitalar. Citam que no Canadá, em um hospital de Toronto (1990), o tempo médio previsto para uma internação é de treze semanas. Referindo Morgan *et al*⁹ (1983) os autores citam que em um estudo prospectivo, sugeriu-se que para evitar as hospitalizações, deve-se realizar intervenções precoces e a continuidade do tratamento ambulatorial por longos prazos.

Revelam ainda que para o êxito total da internação, o tratamento está dividido em duas partes, que são: primeiramente, como objetivo central, a correção das complicações médicas e do peso corporal, e secundariamente, corrigir os hábitos alimentares alterados, pensamentos distorcidos e práticas consideradas anormais.

Estes mesmos autores lembram Hsu¹⁰ (1986), citando que em geral os clientes não aceitam a hospitalização de livre e espontânea vontade, mas sim internam pela necessidade de

⁹ MORGAN, H. ; PURGOLD, J.; WELBOURNE, J.C. Management and outcome in anorexia nervosa: a standardized prognostic study. *British J Psychiatry*, n. 143, p. 282-287, 1983.

¹⁰ HSU, G. The Treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, n.143, p.5, 573-581, 1986.

ajuda e sofrimento, como também pela dificuldade de seguir o esquema ambulatorial.

Reforçam que é de vital importância que a equipe oriente para que o cliente saiba que após um tempo de evolução e cronificação da doença, existe uma perda da capacidade de avaliar adequadamente sua própria vida, incluindo sua capacidade de se alimentar.

A equipe deverá ajudar efetivamente para que a cliente retome suas atividades o mais rápido possível. Deverá esclarecer para os familiares e cliente quais são as consequências que poderão haver se o cliente não for tratado adequadamente, e se possível que esta equipe forme uma aliança terapêutica com os pais e demais familiares. Deverá também considerar cada cliente de acordo com sua individualidade, adequando o tratamento caso a caso.

Nunes, Capellini e Appolinário (1998) também revelam que a maioria dos serviços orienta para que a cliente interne sem o acompanhamento dos familiares.

Para eles, quanto mais transparente for o tratamento para a família, mais chances terão de sucesso nos resultados deste.

Estes autores orientam para a terapêutica de esclarecer os objetivos do tratamento, que é de repor peso adequando para a idade e altura, porém ressaltam que é de fundamental importância auxiliar o cliente a falar de suas inquietudes, sentimentos e necessidades.

Recordam que dependência dos laxantes deve ser retirada gradativamente, substituindo por uma alimentação rica em fibras.

Lembram que no início da internação, o cliente poderá aumentar de peso, porém logo diminuirá ou mesmo cessará o ganho. Neste caso, muitas vezes se faz necessário, recordar ao cliente as demais aquisições da hospitalização, como maior convívio com as pessoas, e também busca de saídas mais saudáveis para os problemas.

Alimentos que são evitados, devem ser incorporados à dieta lentamente. Na hospitalização, os clientes devem ser estimulados a repor o peso mais próximo possível do peso normal e mantê-lo em nível saudável, que conforme o IMC é entre 19 e 24.

3.12 Diagnósticos de Enfermagem Específicos para a Anorexia Nervosa

De acordo com Cochrane (2001), os diagnósticos de enfermagem primários apresentados por pessoas que tenham transtornos alimentares são: ansiedade, distúrbio da imagem corporal, déficit do volume de líquidos, risco para a automatização, nutrição alterada, impotência e distúrbio de auto-estima. Sintomas psicológicos como irritabilidade, apatia, depressão, tendências obsessivas, dificuldade de concentração, negativismo, ansiedade, diminuição de apetite sexual, são sintomas reversíveis com a nutrição adequada.

Valendo-se dos diagnósticos de NANDA, trazidos por Cochrane (2001), como modelo de diagnósticos completos, vê-se que:

Diagnóstico Tronco (D T) : ansiedade;

Exemplo de diagnostico completo (D C): ansiedade relacionada ao medo de ganhar peso, evidente em rituais associados com a preparação de alimentos e como comer.

D T: negação;

Exemplo D C: negação inefetiva relacionada a problemas alimentares, evidente na falta de aceitação de parâmetros realistas.

D T: distúrbio da imagem corporal;

Exemplo D C: distúrbio da imagem corporal relacionada ao medo de ganhar peso, evidente na verbalização de ser “gordo”, quando na verdade esta 30% abaixo do peso corporal ideal.

D T: déficit do volume de líquidos;

Exemplo D C: déficit do volume de líquidos relacionado à atividades purgativas, evidente por fraqueza, flacidez cutânea, hipocalemia e hipotensão;

D T: impotência;

Exemplo D C: impotência relacionada à percepção da falta de controle sobre o comportamento alimentar, evidente na incapacidade de deixar de comer e de evitar situações

D T: distúrbio da auto-estima;

Exemplo D C: distúrbio da auto-estima relacionado a sentimentos de baixo valor próprio, evidente na verbalização de um único parâmetro de sucesso, estando esse ligado à boa

aparência pessoal.

Carpenito (1998) relata que as características definidoras devem estar presentes para o seguinte diagnóstico: nutrição alterada - Ingestão menor do que as necessidades corporais.

Como características maiores:

- Comunicação de ingesta inadequada de alimentos, menor do que a quantia diária recomendada, com ou sem perda de peso;
- Necessidades metabólicas reais ou potenciais maiores do que a ingesta;

Destaca como características menores:

- Peso 10% a 20% ou mais abaixo do ideal para a altura e a estrutura;
- Dobra de pele do tríceps, circunferência mediana do braço, circunferência muscular mediana do braço menor do que 60% da medida-padrão;
- Fraqueza e flacidez muscular;
- Irritabilidade mental ou confusão;
- Albumina sérica diminuída;
- Transferina sérica ou capacidade de ligação do ferro diminuídas.

Os fatores fisiopatológicos, conforme Carpenito (1998) estão relacionados ao vômito auto-induzido, aos exercícios físicos com ingesta calórica excessiva ou à recusa em comer secundários à anorexia nervosa.

Já os fatores situacionais estão relacionados à diminuição do desejo de comer secundário à anorexia e depressão. Também a diminuição do desejo de comer pode ser secundário ao estresse, isolamento social, náuseas e vômitos ou alergias. Como último fator situacional, pode estar relacionado à falta de conhecimento sobre a nutrição adequada.

4 BULIMIA NERVOSA

Segundo Garfinkel (1999) a bulimia nervosa é caracterizada como sendo a existência de episódios de compulsões alimentares em um curto período de tempo, seguidas por um senso de perda do controle. Daí surgem os esforços para manter o peso corporal usando de métodos purgativos, como auto-indução de vômitos e uso de laxantes. Ela pode ser um sintoma agravante da anorexia nervosa, ou ser um sintoma em uma variedade de transtornos médicos, e também pode existir distintamente como uma síndrome, denominada bulimia nervosa. Esta condição pode existir em todos os tipos de pessoas de peso normal, magras ou obesas. É uma síndrome recente, seus critérios diagnósticos foram sistematizados no Manual de Diagnósticos em Saúde Mental III (DSM III, 1980) e a partir daí, se estabeleceu como sendo independente.

De acordo com o DSM IV(1995) a bulimia é subdividida em dois tipos. No tipo purgativo, o indivíduo se envolve na auto-indução de vômitos, enemas diuréticos e laxantes, e o tipo sem purgação é aquele em que os indivíduos não se envolvem com este tipo de comportamento, porém usam comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns prolongados e exercícios excessivos.

Garfinkel (1999) revela também que, na bulimia, o medo mórbido de engordar é a preocupação predominante, e é uma patologia mais freqüente em pessoas que anteriormente foram obesas, podendo também ocorrer após um episódio de anorexia nervosa ou de abuso de substância. A aversão pelo próprio corpo pode ser até maior que na anorexia nervosa.

Já para Cochrane (2001) a bulimia pode ocorrer tanto em pessoas com peso normal, ou

que anteriormente foram obesas, como pode ocorrer em pessoas magras ou ainda obesas. O bulímico tipicamente tem peso normal ou é ligeiramente obeso, e apresenta ainda uma história de dietas mal-sucedidas no passado.

Garfinkel (1999) refere, ainda, que os clientes com transtorno de bulimia nervosa sofrem as compulsões periódicas, geralmente após serem desencadeados sentimentos desagradáveis como a solidão, raiva, depressão e outros. Descrevem um frenesi durante as compulsões, sendo a culpa e a disforia os sentimentos comuns após a orgia alimentar. A auto-indução de vômitos é um dos principais esforços que fazem para não aumentar de peso. Ainda dizem que estes clientes são mais propensos a buscarem ajuda do que na anorexia nervosa, devido à ansiedade de se verem livres dos sintomas.

Para este autor, estas pessoas freqüentemente sofrem de depressão, têm altas taxas de transtornos de ansiedade e também se envolvem com o abuso de substâncias, sendo uma delas o álcool, na tentativa de modularem os sentimentos intensos, o mesmo mecanismo que usam na compulsão periódica.

De acordo com Taylor (1992) deve-se abordar e estar atento para outros comprometimentos da doença bulímica, principalmente, como, por exemplo, idéias suicidas e cleptomania.

Braga (1998) refere que nas pessoas bulímicas, o comportamento alimentar pode ser agravado quando estes moram sozinhos, se mantendo à base de lanches rápidos, ou restringindo o consumo de alimentos ricos em carboidratos, ou até mesmo se envolvendo com dietas bizarras.

Cochrane (2001) salienta que as pessoas bulímicas têm maior sensação de fome. Eles têm “maior consciência dos estados internos e também menor capacidade para controlar seus impulsos” (p. 568).

Para ela, os clientes bulímicos têm, algumas vezes, transtornos de conduta associados, como por exemplo, furtos, abuso de drogas ou álcool, automutilação e outros,

Taylor (1992) relata que a pessoa com bulimia nervosa é geralmente extrovertida, perfeccionista, possui alto nível acadêmico e é muito dependente da aprovação dos outros para manter sua auto-estima elevada.

Para Garfinkel (1999), como na anorexia nervosa, a bulimia pode provocar alterações eletrolíticas e metabólicas. O curso e prognóstico destes clientes também são variáveis e pode evoluir desde uma doença benigna isolada até um transtorno que pode se tornar perpétuo ou fatal. O prognóstico irá depender das seqüelas e da gravidade das mesmas, principalmente aquelas decorrentes dos episódios de purgação, que podem causar cáries, esofagite, amilasemia e aumento das glândulas salivares.

4.1 Etiologia

A maioria dos autores (Herscovici e Bay, 1997; Garfinkel, 1999; Cochrane, 2001) concordam com a multideterminação desta doença, na qual convergem os fatores sociais, culturais, familiares, do desenvolvimento, individuais, biológicos e psicológicos.

Cochrane (2001) afirma também a existência de um consenso no que se refere aos fatores etiológicos serem interativos, e envolverem uma combinação de fatores genéticos, neuroquímicos, evolutivos, caracterológicos, sociais, culturais e familiares.

4.2 Prevalência e Incidência

De acordo com todos autores pesquisados, existe a concordância de que a bulimia nervosa é um transtorno bem mais comum de ser encontrado do que a anorexia. Os dados de Garfinkel (1999) demonstram que os estudos de prevalência indicam que a bulimia nervosa encontra-se em 1,5% das meninas.

Para Cochrane (2001) a prevalência é de 4 a 15% em estudantes do sexo feminino do segundo grau e de nível universitário, e estima ainda que a população masculina perfaça de 0,4% a 20% deste transtorno. Revela ainda que a idade para o início da bulimia nervosa é de 15 a 18 anos.

Cochrane (2001) destaca um fato curioso em relação à incidência da bulimia nervosa: refere que a urbanização parece ser um fator de risco para a bulimia, que é mais baixo em áreas rurais e mais elevadas nas grandes cidades, diferenças estas não encontradas na anorexia.

4.3 Características

De acordo com o DSM IV (1998) a bulimia nervosa é caracterizada por:

- episódios recorrentes de compulsão periódica, ingerindo uma alimentação num período limitado de tempo maior do que a maioria das pessoas consumiria num mesmo período de tempo e circunstância semelhantes;
- sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios;
- comportamento compensatório inadequado, como jejuns, exercícios intensos, auto-indução de vômitos, enema e outros com o fim de prevenir o aumento de peso;
- a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios ocorrem em média duas vezes por semana durante três meses;
- a auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo;
- não ocorre somente durante os episódios de anorexia nervosa.

Os clientes pesam-se várias vezes por dia e também aumentam a atividade física para provocarem uma maior e eficaz perda de peso. Os contatos sociais diminuem, e em geral a pessoa se torna cada vez mais individualizada em todos os setores de sua vida, e vão se limitando à escola, casa, academia e principalmente à dieta.

Garfinkel (1999) relata outra característica semelhante à anorexia, que é de que muitas vezes o indivíduo pode fazer um superlativo de seu tamanho corporal atual, acreditando-se gordo mesmo em estágios de emagrecimento avançado.

Ainda de acordo com o autor acima, existem também os clientes que desenvolvem um comportamento obsessivo de regras com relação as suas atividades diárias e alimentação, e também há aqueles que manifestam crenças mágicas sobre os grupos de alimentos, freqüentemente existindo uma lista longa de alimentos proibidos (geralmente os ricos em carboidratos e gorduras), os quais são consumidos nos episódios de orgia alimentar.

Cochrane (2001) cita que a gravidade do episódio de hiperfagia varia imensamente, dependendo de situações de estresse pode ocorrer ate 10 vezes por dia ou diversas vezes por

4.4 Complicações Médicas

Garfinkel (1999) traz que raramente os bulímicos vão ao médico devido ao transtorno alimentar. Geralmente o procuram queixando-se de constipação, solicitando laxantes, diuréticos e outros, por edema ou inchaço, ou seja, procuram o médico devido a sintomas da perda de peso com uma manipulação (in) consciente de continuar a perder peso através da prescrição médica indevidamente utilizada. Cochrane (2001) refere que sintomas de anormalidades gástricas, intestinais e esofágicas são comuns em bulímicos.

Garfinkel (1999) revela que pode ser encontrado diminuição do hormônio tireoidiano ou da glicose sérica, não supressão da dexametasona, hipocalcemia, uréia aumentada, hipercolesterolemia, e também são comuns as complicações cardiovasculares, incluindo hipotensão e bradicardia.

Relata ainda que o cliente bulímico com comportamento purgativo regular pode apresentar desidratação e maiores distúrbios eletrolíticos.

Todos autores pesquisados citam que existe uma variedade de comportamentos purgativos, como por exemplo: exercícios excessivos, diuréticos, pílulas para emagrecer, laxantes e esteróides.

Para Cochrane (2001) os laxantes são os tipos menos eficazes para a perda de calorias e também os mais usados por pessoas com transtornos alimentares, o abuso destes começa gradualmente, mas pode aumentar para até sessenta vezes por semana. Revela, ainda, que existem substâncias menos conhecidas que os clientes com distúrbio alimentar utilizam para a perda de peso, como: “insulina, cocaína, heroína, hormônios da tireóide, nicotina, alucinógenos, analgésicos, benzodiazepínicos, antidepressivos, xarope de ipeca e sorbitol” (p.563).

Para ela, exercícios excessivos com frequência tornam-se também um assunto de extrema importância, pois toma grande parte do tempo destas pessoas, podendo virem a praticar diariamente exercícios de alto impacto por horas, causando inclusive lesões esqueléticas importantes.

Garfinkel (1999) relata que hipomagnesemia e hiperamilasemia também são achados

comuns neste tipo de clientes. A função tireoideana permanece intacta. Assim como na anorexia nervosa, podem ocorrer distúrbios menstruais, hipotensão e bradicardia.

Para Cochrane (2001) a depleção de potássio e a hipocalcemia são vistos como resultado dos vômitos e uso de diuréticos e laxantes. Afirma que os efeitos da depleção do potássio que o cliente passa a apresentar são fraqueza muscular, arritmias cardíacas, anormalidades da condução, hipotensão, e outros associados com o distúrbio eletrolítico.

Lembra que os indutores de vômitos estão sujeitos à corrosão do esmalte dentário e à hipertrofia das parótidas.

4.5 Complicações Psiquiátricas

Cochrane (2001), concordando com Garfinkel (1999), afirma que os clientes com bulimia tendem a apresentar taxas aumentadas de transtornos de humor, e sintomas dissociativos, como por exemplo, conflitos sexuais com comportamentos de promiscuidade, comportamentos impulsivos que incluem gastos excessivos, furtos e automutilação.

4.6 Mecanismos de enfrentamento

Cochrane (2001) cita que os principais mecanismos de defesa utilizados por bulímicos são: evitação, negação, isolamento do afeto e intelectualização.

Como ela, todos os autores pesquisados revelam que o bulímico sente-se aflito com os episódios de purgação e hiperfagia. São mais propensos a procurarem ajuda, porém preferem os sintomas do que a perspectiva de ganhar peso, levando muitas vezes, anos para que o cliente bulímico aceite ser tratado.

4.7 Avaliação Antropométrica e Determinação do Peso Esperado para a Bulimia Nervosa

Os clientes devem ser avaliados através do IMC.

Braga (1998) refere que adolescentes jovens precisam ser avaliados de acordo com a tabela de percentis do IMC para a idade e sexo, baseados no primeiro.

Citando Pemberton & Gastineau¹⁵ (1988), a autora relata que para avaliação das pregas cutâneas usa-se o adipômetro, empregando a tabela de Durnin, com o uso da fórmula de Faulkner.

Lembra também que na avaliação antropométrica é importante avaliar o peso usual, peso máximo, peso mínimo e percentuais de perda e ganho de peso, ainda mais se estas alterações ocorrerem em um curto espaço de tempo.

A autora ainda ressalta que mesmo o cliente obeso ou com sobrepeso iniciará um trabalho nutricional para perda de peso somente após ter adequado seu comportamento alimentar e tiver interrompido seus métodos compensatórios.

4.8 Tratamento Nutricional Específico para Clientes com Bulimia Nervosa

Para Braga (1998) o tratamento nutricional tem como objetivo a reeducação alimentar, e esta, por sua vez auxilia na interrupção de processos purgativos.

Conforme esta autora, o esquema alimentar deve também levar em consideração os seguintes fatores:

- distensão abdominal, causada pela compulsão periódica;
- má- nutrição, causada pelas restrições alimentares;
- desequilíbrios no balanço hidreletrolítico, causados pelos diuréticos, laxantes e vômitos;
- irritações e os danos causados no aparelho gastrointestinal.

Referindo-se a Krause¹⁶ (1991), Braga (1998) relata que na composição de uma dieta normal estão os carboidratos, com 54 a 58%, proteínas, com 08 a 1,2 gramas por quilocalorias de peso atual, e as gorduras finalmente completam o valor calórico total.

Da mesma forma que na anorexia nervosa, os clientes com bulimia nervosa não devem usar a suplementação, sendo esta utilizada somente em casos extremos.

¹⁵ PEMBERTON, C. M.; GASTINEAU, C. F. *Manual de dietas da Clínica Mayo*/pelo departamento de dietas da Clínica Mayo- Rochester Methodist Hospital. São Paulo: Roca, 1988.

A autora refere-se também à reposição hídrica, que deve estar de acordo com a diurese do cliente, presença ou não de edema, ingestão hídrica atual e também o uso, ou não, de métodos compensatórios (como diuréticos e laxativos).

Quanto à constipação intestinal causada pelo uso abusivo de laxativos, esta deve ser manejada com o uso de maior quantidades de fibras e líquidos para auxiliar no processo de evacuação.

A consistência das refeições deve variar de normal à pastosa, líquida-pastosa ou líquida, para aqueles que têm dificuldade em manter alimentos no estômago, sem que este retorne através do vômito involuntário, consequência de longos períodos de auto-indução de vômitos.

Conforme a autora, a dieta visa também auxiliar no convívio social da cliente, de maneira que ele não evite festas ou comemorações que tenham alimentações. Por este motivo, deve-se oferecer um esquema alimentar que tenha diferentes alimentos equivalentes para que a cliente possa trocar e variar os itens de sua dieta, sem perder o valor nutricional.

Para ela, da mesma forma que na anorexia nervosa, para a bulimia os alimentos de natureza light e diet devem ser evitados e desaconselhados.

Braga (1998) registra que o uso de um diário alimentar também é de fundamental importância na bulimia nervosa, já que serve como uma “bússola” a caminho da reeducação alimentar. Este diário servirá para evidenciar as dificuldades alimentares e os alimentos mais desejados na compulsão periódica. Pode seguir o exemplo proposto por Cooper (1995) e Beumont & Touyz (1995), registrados pela autora, como vemos no quadro abaixo:

Quadro II

Diário Alimentar

Dia	Hora	Refeição	Alimentos e Bebidas Consumidos	Quantidade de Alimentos	Compulsão (Vômitos/Laxantes/Diuréticos/Exercícios e Anorexígenos)	Sentimentos Relacionados

Fonte: ¹ KRAUSE, M.V. Alimentos, nutrição e dietoterapia: um livro texto do cuidado nutricional. 2 ed. São Paulo: Roca, 1991, 981 p.

¹ BEUMONT, P. J. V. ; TOUYZ, S.W. The nutritional management of anorexia and bulimia nervosa. In: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, C. G. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: The Guilford Press, 1995, p. 306-312.

¹⁶ KRAUSE, M.V. Alimentos, nutrição e dietoterapia: um livro texto do cuidado nutricional. 2 ed. São Paulo: Roca, 1991, 981 p.

O tratamento de enfermagem, que Herscovici e Bay (1997) descrevem é a psicoterapia com terapia familiar para apoiar e aliviar as ansiedades dos clientes, como também avalia interações e experiências familiares.

Para as autoras os grupos de apoio, cujos líderes podem ser profissionais ou leigos, têm por objetivo oferecer apoio a indivíduos cujos sistemas de redes sociais são deficientes ou inadequados. Diferindo de outros grupos de auto-ajuda, neste não está inserido nenhum conceito de cura como objetivo do comparecimento. Para o êxito da terapia, deve-se dar estabilidade na assistência.

4.9 Farmacoterapia

Appolinário e Silva (1998) referem que assim como na anorexia, as pessoas com bulimia nervosa também podem apresentar comorbidade, e estas enfermidades psiquiátricas são tratadas com psicofármacos, como estratégia para melhora da bulimia nervosa.

Lembram que, assim como na anorexia nervosa, na bulimia também devem ser tomados certos cuidados antes da prescrição de algum medicamento. Por exemplo, citam que se o cliente tiver baixo peso, o uso de psicofármacos pode vir com uma resposta aumentada, e aqueles que apresentem auto-indução de vômitos também podem ter uma hipocalcemia, causa do desequilíbrio eletrolítico, o que causaria uma cardiotoxicidade de certos medicamentos. Deve-se estar atento também, para a ocorrência de toxicidade serotoninérgica, que leva uma amplificação dos efeitos serotoninérgicos e bradicardia.

Herscovici e Bay (1997) referem que para os clientes que apresentam ansiedade intensa, os neurolépticos, como a clorpromazina, apesar de seus vários efeitos colaterais (taquicardia, pressão baixa, bulimia, anemia hemolítica, baixa dos leucócitos) são as opções de primeira escolha respectivamente.

Para reduzir a sensação de plenitude pós-prandial, os autores recomendam o uso de antiemético antes das alimentações.

Para eles, os diuréticos e laxantes certamente são contra-indicados, apesar do edema e

constipação que os bulímicos apresentam.

Dizem ainda que na presença de osteoporose, pode se indicado o uso de estrógenos e cálcio.

Referem que para os bulímicos os medicamentos antidepressivos têm se mostrado com maior eficácia, pois parecem ter efeito terapêutico para a maioria dos clientes com este transtorno. Alguns dos benefícios induzidos por estes medicamentos são: redução da frequência de episódios de hiperfagia e dos comportamentos de regulação de peso, como vômitos e outros métodos purgativos.

Cochrane (2001) relata, ainda, que os antidepressivos tricíclicos, como imipramina e desipramina, inibidores seletivos de recaptção de serotonina, fluoxetina, e inibidores da monoaminoxidase (IMAO), estão sendo estudados e possuem eficácia, mas devem ser usados com associação de outras intervenções terapêuticas.

Appolinário e Silva (1998), concordando com os autores acima, relatam que na experiência de Mitchell & Raymond ¹⁷(1993), o uso de antidepressivos tricíclicos melhorou significativamente na frequência de vômitos auto induzidos e episódios de comer compulsivo, quando comparados ao grupo placebo.

Para eles, a fluoxetina é o medicamento que mais têm gerado entusiasmo, no controle dos episódios bulímicos, porém parece que improvável que os episódios de compulsão alimentar possam desaparecer completamente. Alertam para que, se uma droga antidepressiva falhar, deve-se tentar utilizar um outro antidepressivo.

Estes autores ainda reforçam que para melhor tratamento da bulimia nervosa, deve sempre ser incluída avaliação para possíveis transtornos psiquiátricos. Para eles, a bulimia antiimpulsiva é que apresenta pior prognóstico e deve ser tratada com carbamazepina para diminuir esta conduta.

Lembram também que, para aqueles clientes que nunca foram tratados e que não apresentam fortes sintomas depressivos, a psicoterapia deve ser recomendada antes mesmo da prescrição de um medicamento.

4.10 Diagnósticos de Enfermagem específicos para os clientes que apresentam bulimia nervosa

De acordo com Cochrane (2001) “os diagnósticos de enfermagem relacionados aos transtornos alimentares abrangem temas biológicos, psicológicos e socioculturais e em razão da complexidade desses transtornos, muitos diagnósticos de enfermagem da NANDA podem ser apropriados” (p.568).

Os diagnósticos propostos por Cochrane (2001) são:

- alteração da nutrição, relacionada com medo de ganhar peso, evidente por episódios de hiperfagia;
- perturbação da imagem corporal relacionada à ansiedade quanto ao tamanho corporal, evidente pelo uso excessivo de laxantes;
- constipação ligada a padrões alimentares desadaptados evidente por dor, inchaço e dilatação do intestino;
- alteração na nutrição, relacionada com a ansiedade quanto ao tamanho corporal, evidente por hiperfagia compulsiva e jejuns;
- perturbação da imagem corporal relacionada com temores de ganhar peso, evidente por exercícios excessivos e restrições alimentares;
- risco para auto mutilação relacionados a sentimentos de inadequação, evidente por ferimentos causados por exercícios excessivos e vômito auto – induzido;
- nutrição alterada relacionada ao consumo excessivo de calorias, evidente por estar 40% acima do peso corporal ideal, apnéia do sono e dificuldade com a mobilidade.

¹⁷ Mitchell, J. E; Raymond, N.; SPECKER, S. A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, v. 14, n.3, p. 229-247, 1993.

5. CUIDANDO DOS CLIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

Neste capítulo demonstrarei mais freqüentemente as formas que a equipe de enfermagem e multidisciplinar utiliza para tratar e cuidar destes clientes, com intuito de promover a recuperação do corpo e da mente dos mesmos. Mais especificamente as formas de cuidar que exporei são, pensamentos, sentimentos e pressupostos; avaliação; tratamento dos transtornos alimentares; manejo nutricional; intervenções cognitivo-comportamentais; envolvimento da família; terapias de grupo; exercícios e por fim, os resultados das intervenções.

5.1 Pensamentos, Sentimentos e Pressupostos

Os enfermeiros têm um papel importante junto aos clientes que apresentam respostas desadaptadas. Para Cochrane (2001) são eles que auxiliam estes clientes a desafiarem seus pensamentos, sentimentos e pressupostos incorretos, quando questionam as evidências que apoiam ou refutam determinada convicção. Traz como exemplo de intervenção cognitiva de descentralização situações em que o “enfermeiro pode ajudar o cliente a considerar explicações alternativas para seus pensamentos e assim modificar gradualmente os pressupostos irracionais subjacentes a essas convicções” (p. 574).

Acrescenta que as estratégias decisórias também precisam ser revistas e modificadas, pois muitas pessoas com transtorno sabem o que precisam fazer, porém sentem-se tímidos ou

desajeitados para fazê-lo, e assim não levam adiante seu plano de ação. Neste caso deve-se realizar um treinamento da assertividade e sessões de modelagem de papéis com o enfermeiro.

5.2 Avaliação

Para Cochrane (2001) é essencial que os clientes que apresentem respostas desadaptadas de regulação alimentar sejam submetidos a uma avaliação de enfermagem completa, que incluiria exames biológicos, psicológicos e socioculturais completos. Deve ser feito um exame físico com atenção especial para o sistema cardiovascular, sinais vitais, e evidências de uso de laxante, diuréticos ou até mesmo vômitos, pois a avaliação do estado físico do cliente pode auxiliar a revelar a extensão do problema alimentar. Um exame dentário deve ser indicado, para confirmar atitudes de vômitos, e também pode se útil uma avaliação dos indicadores de crescimento, desenvolvimento sexual e físico. Deve ser investigado se o cliente apresenta história psiquiátrica ou de uso de substâncias psicoativas. A avaliação familiar também é necessária e de extrema importância para o tratamento.

Para Cochrane (2001) através de estudos de questionários para rastrear a presença de transtornos alimentares, nos quais a avaliação das respostas devem ser examinadas com grande meticulosidade, descobriu-se que apenas duas perguntas podem ser eficientes para identificar o indivíduo com transtornos alimentares: - Você está satisfeito (a) com seus padrões de alimentação? - Você já comeu em segredo?

Também para esta autora, os clientes deverão informar adicionalmente: - peso atual e desejado; restrições alimentares e padrões de jejum; início e padrão da menstruação; frequência e extensão da hiperfagia e dos vômitos; uso de laxantes, diuréticos, pílulas para emagrecer; perturbações na imagem corporal; preferência e peculiaridades alimentares; padrões de exercícios.

Relata ainda que é útil que o enfermeiro saiba qual é o grau de compreensão do cliente sobre como a doença se desenvolveu, e qual é o seu impacto nos relacionamentos sociais, na escola e no trabalho, para que obtenha uma visão mais holística do mundo do cliente, e possa auxiliar eficazmente para um melhor tratamento.

Um dos recursos de enfrentamento apontados por Cochrane (2001) de extrema importância, é o fato de que o enfermeiro deve avaliar qual o grau de motivação que o cliente tem para mudar o comportamento. Desta forma ela nos traz como exemplo, fazer uma escala de um a dez com este representando alta motivação e um, baixa motivação para mudança. Outra dica importante é avaliar o grau de insight do cliente, identificar os recursos de enfrentamento e sugerir temas terapêuticos para futuras discussões, fazendo que o cliente faça por escrito uma lista dizendo quais as vantagens e desvantagens do tratamento.

Também o enfermeiro pode investigar o que precede os episódios de hiperfagia, jejum e purgação, e como o cliente se sente após estes comportamentos, pois tudo isso irá auxiliar na melhor avaliação de enfermagem do cliente. É necessário questionar o cliente sobre como o estresse e a tensão foram solucionados no passado e qual apoio no ambiente podem ser convocados no processo de tratamento, como por exemplo, familiares, amigos, lazer e trabalho.

Para Cochrane (2001) das distorções que os clientes apresentam nos transtornos alimentares, a mais difícil de tratar é a da imagem corporal. Esta envolve características perceptivas, de atitude e comportamentais.

Sabe-se que existe diferença entre distorção e insatisfação corporal. A primeira envolve uma discrepância entre o tamanho real e o tamanho do corpo percebido pelo cliente. Já a insatisfação com o corpo representa o grau de infelicidade que um indivíduo sente em relação às dimensões do seu corpo. A insatisfação do anoréxico ou bulímico é constante e a superestimativa do tamanho corporal é comum, já que as pessoas com transtornos alimentares colocam tanta importância em sua aparência que acreditam que esta define o seu valor.

A característica comportamental de perturbação com a imagem corporal manifesta-se quando o estilo de vida do indivíduo gira em torno da preocupação com o próprio corpo. Como exemplo, Cochrane (2001) ilustra com aqueles indivíduos que verificam seu peso constantemente, usam roupas folgadas e até mesmo se esquivam de situações sociais onde sua aparência poderia ser examinada.

5.3 Tratamento dos Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas

Assim como é difícil fazer o diagnóstico dos transtornos alimentares, conseguir estabelecer uma relação terapêutica com os clientes com distúrbios alimentares também não é uma tarefa fácil.

Taylor (1992) relata que para o tratamento dos clientes com transtornos alimentares é necessário que se tenha um profissional capacitado para atender estes clientes, por ser uma categoria à parte de outros transtornos psiquiátricos, e a psicoterapia deverá objetivar que o indivíduo descubra as causas subjacentes de seus problemas e as fontes dos sintomas dos transtornos.

Salienta que se deve estimular o cliente a ter hábitos alimentares e peso normais. É preciso orientá-lo, na medida do possível, sobre como o tratamento aliviará seu sofrimento, incentivando-o, ao invés de criticá-lo, a reinterpretar seu peso baixo, para que este entenda e busque o maior aumento de peso sem desconfianças, que são muito comuns.

Recomenda ainda, que os clientes realizem sessões de terapia familiar, que possa dar suporte para o tratamento e manutenção dos mesmos, visando o alívio da tensão familiar. Um aspecto também importante a ser abordado é que na terapia familiar o enfermeiro deve estimular o cliente a identificar os estressores familiares e reconhecer os comportamentos disfuncionais usados para lidar com o estresse.

Taylor (1992) destaca ainda que a terapia individual de igual forma é muito importante para que o cliente possa discutir seus sentimentos de aceitação ou negação da nova forma corporal que vêm desenvolvendo. A terapia de grupo de igual forma é necessária já que é por meio dela que eles se identificam, buscam apoio para a ressocialização e evitam o isolamento. Também o grupo é importante para que o indivíduo seja encorajado a adquirir uma identidade, autonomia e possa separar-se da família.

Ressalta que existem também os grupos de educação alimentar que são usados para responder sobre uma nutrição saudável, as conseqüências dos transtornos alimentares e abordam sobre a questão cultural e social, que exerce tanta pressão nas mulheres, principalmente, para que estas sejam magras.

Sugere, ainda, que demonstrar apoio de toda a equipe de enfermagem e médica também é uma forma de tratar o cliente com transtornos alimentares. Outra medida é de que o enfermeiro deve auxiliar o cliente para que desenvolva uma atitude mais autônoma, planejando e testando novos comportamentos independentes, como, por exemplo, indo ao supermercado sozinho. Deve-se dar oportunidade para o cliente possa expressar seus sentimentos da maneira mais eficaz possível, verbalizando, escrevendo, ou até realizando alguma atividade que lhe proporcione prazer.

Garfinkel (1999) refere que a hospitalização só é recomendada em casos extremos da doença. Para o tratamento dos transtornos alimentares, além das medidas descritas acima, também pode ser indicada a farmacoterapia.

Os resultados esperados para o cliente, de uma forma geral deverão ser: aumentar a ingesta oral conforme evidenciada por aumento de peso, descrever os fatores causadores, quando conhecidos e descrever a justificativa e o procedimento para o tratamento.

Em relação aos cuidados de enfermagem Carpenito (1998) sugere as seguintes intervenções:

- Determinar as exigências calóricas diárias realistas e adequadas.
- Consultar o nutricionista;
- Pesar diariamente, monitorar os resultados laborais;
- Explicar a importância da nutrição adequada. Negociar e estabelecer com o cliente, médico e nutricionista as metas de ingesta em cada refeição e nos lanches;
- Ensinar a pessoa a usar temperos para ajudar a melhorar o sabor e o aroma dos alimentos;
- Encorajar o indivíduo a comer com os outros;
- Planejar o atendimento de forma que os procedimentos desagradáveis não ocorram antes das refeições;
- Proporcionar uma atmosfera agradável, relaxada para a alimentação (por exemplo comadres à vista), experimentar uma surpresa agradável, por exemplo flores à mesa;
- Oferecer refeições pequenas frequentes (seis por dia, mais os lanches) para reduzir a sensação de estômago distendido;
- Organizar as refeições de forma que os nutrientes com mais proteínas e calorias sejam

servidos quando o indivíduo tiver mais apetite;

- Ensinar a pessoa com pouco apetite a :
 - Comer alimentos secos (torradas, biscoitos) ao levantar;
 - Comer alimentos salgados, se permitidos;
 - Evitar os alimentos excessivamente doces, gordurosos, fritos ou fortes;
 - Experimentar as bebidas frias e claras;
 - Beber lentamente através de um canudo;
 - Tomar o que puder ser tolerado;
 - Manter a boa higiene oral, antes e após as refeições;
 - Comer porções pequenas pobres em gorduras e com maior frequência.
 - Tentar os suplementos industrializados em suas diversas formas (líquidos, pós, pudins);
 - Discutir os benefícios do comprometimento e as conseqüências da não adesão;
 - Se a ingesta for recusada, notificar o médico;
 - Sentar com a pessoa durante as refeições. Limitar o tempo da refeição em 30 minutos;
 - Observar pelo menos durante uma hora após as refeições. Acompanhar ao banheiro;
 - Pesar após levantar e após primeira micção;
 - Proporcionar reforço pela melhora, mas não concentrar a discussão sobre o alimento e a alimentação;
 - À medida que a pessoa melhora, explorar o assunto da imagem corporal, o ganho de peso e o controle.

Para que estas intervenções sejam possíveis, acredito que primeiramente deve se desenvolver um clima de confiança gradual entre o profissional e o paciente. Feito isto, deve-se sempre olhar para o cliente sob a ótica do ser holístico, o qual possui necessidades sociais, espirituais e principalmente físicas, que precisam ser trabalhadas. É importante ter uma atitude firme e ao mesmo tempo uma atitude amiga, sem deixar o cliente escapar, uma vez formado o vínculo com o cliente.

Cochrane (2001) considera aconselhável assinar um contrato entre enfermeiro e o cliente antes de iniciarem o tratamento, estando ele assim, apto para cooperar, compreender o tratamento e também poder estar ciente das decisões que poderá tomar diante do compromisso

de melhorar seu estado de saúde.

Relata como prioridade máxima a intervenção de enfermagem de estabilizar o estado nutricional do cliente. Devem ser estabelecidos o peso saudável e as taxas esperadas de ganho ou perda de peso. Para ela, no caso de internação, os clientes deverão seguir um protocolo de um programa que vise a restauração da saúde, onde deverá constar, principalmente o seguinte:

- horário, frequência e o processo de pensamento do cliente e se este pode ver seu peso;
- horário em que as refeições serão servidas e quantas serão servidas por dia;
- como a equipe deverá interagir com o cliente durante as refeições para maximizar seu valor terapêutico;
- o tempo que o cliente poderá passar em cada refeição e as conseqüências se a refeição não for completada;
- a permissão ou não de alimentos dietéticos, condimentos ou substitutos para os alimentos;
- a quantidade da água que o cliente deverá ingerir por dia;
- a frequência de medição dos sinais vitais, ingestão e excreção do cliente e investigação laboratorial necessária;
- horários de visitas na unidade;
- condições envolvendo privilégios de uso do banheiro;
- indicações para a vigilância atenta pela equipe.

Para esta autora, a próxima etapa seria quando o cliente já esteja capaz de dominar suas refeições e partiria para uma maior independência selecionando os próprios cardápios. Mais tarde poderá selecionar e preparar seu cardápio com supervisão escolhendo os alimentos que estão na sua dieta, sem cair na tentação de comprar somente aquilo que lhe interessa.

Lembra ainda que a reeducação alimentar é fundamental para que não haja recidivas por isso o cliente deve aprender sobre sua doença e as conseqüências da mesma.

Para ela, o contrato entre enfermeiro e cliente são fundamentais para que se consiga uma melhor intervenção quando o cliente se recusa a ganhar peso, fato muito comum com estes clientes. Diz ainda que se deve estabelecer metas realistas, como por exemplo, de ganhar meio quilo por semana. Quando terminar o período de um mês, se o cliente não tiver alcançado dois quilos deve-se verificar se consta no contrato entre os dois, enfermeiro e cliente, uma

cláusula que estipule que neste caso, o cliente deverá ingressar em um hospital, em programa de tratamento dia ou algum tipo de cuidados intensivos por não ter cumprido adequadamente o contrato.

Cochrane (2001) também lembra que todos os clientes, indiferente de precisar perder, ganhar ou manter o peso, devem saber sobre padrões e comportamentos de alimentação saudáveis, e o enfermeiro deve esclarecer sobre os efeitos da má nutrição sobre o organismo. O auxílio de um nutricionista é muito importante para que os cardápios sejam elaborados em conjunto de maneira adequada, e para que este nutricionista auxilie nas questões relativas à alimentação, já que esta é sua especialidade.

Salienta que os enfermeiros devem reforçar esclarecimentos sobre alimentação saudável, e sobre como o indivíduo deve planejar suas refeições envolvendo porções dos cinco grupos de alimentos. Devem também incentivar o cliente a fazer listas de compras e irem no supermercado realizar compras sozinho como forma de aumentar sua autonomia.

Afirma que as atividades essenciais para o atendimento adequado de enfermagem são educação, avaliação nutricional e apoio constante a estes clientes.

Para ela, os clientes que estiverem enfrentando questões importantes envolvendo alimentos, não estarão preparados para intervenções psicológicas intensivas, portanto deve-se aguardar para quando tiverem conseguido algum progresso no âmbito nutricional, e estejam mais preparados cognitivamente e emocionalmente para partir para uma nova fase no tratamento.

Acredito que se deve ter conversas francas com o cliente, demonstrando como é fácil cair na tentação de tentar emagrecer, salientando que no entanto, a magreza não é sinônimo de beleza. Também o profissional deve estimular a pessoa a olhar-se no espelho todos os dias, com um aumento gradual do tempo de exposição, já que isso auxiliará no combate a ansiedade que acomete muito estes clientes.

Pela minha experiência, posso afirmar que se o cliente não quiser interagir com outros, deve-se estimular e insistir que ele apenas esteja com outros, mesmo não interagindo, já que isto acontece gradual e naturalmente.

Considero importante, também, felicitar o paciente quando ocorre uma conquista, um aumento de peso, uma melhora do estado físico, social e espiritual.

Para Taylor (1992) a reabilitação social deve ser realizada através da reconstrução, individualização, respeito, aumento da capacidade de autonomia do cliente e cidadania.

Para que isto aconteça, deve-se realizar grupos de oficinas com os clientes para desenvolver atividades que possam ser feitas pelos mesmos, para que descubram o que realmente gostam de fazer, por exemplo, vida diária, higiene pessoal, culinária, pintura, costura, passeios, com o intuito de melhor prepará-los para a integração com a sociedade e seu bem-estar.

Outro ponto de grande ajuda para o tratamento é enfatizado por Cochrane (2001). Sugere que o enfermeiro deve distinguir primeiramente se o cliente tem problemas de percepção, atitude ou comportamento, para depois planejar um programa de tratamento voltado para a área problemática específica.

Destaca que as terapias cognitivo comportamentais são efetivas, assim como as terapias de dança e movimento, que tendem a criar experiências agradáveis e podem melhorar a interação entre corpo e mente, tornar visíveis os limites do corpo e também modular os sentimentos negativos acerca do corpo. Outras abordagens terapêuticas podem ser de igual eficácia, como por exemplo, o uso da imaginação e do relaxamento, trabalho com espelhos e representação de si próprio através de meios artísticos.

5.4 Manejo Nutricional

Braga (1998) concordando com outros autores deste estudo, como Garfinkel (1999), Cochrane (2001) revela que a APA (American Psychiatric Association, 1993) enfatiza que em clientes com transtornos alimentares é de fundamental importância ter uma equipe interdisciplinar para interagir e avaliar com estes clientes. De igual importância ainda é a necessidade de um acompanhamento nutricional nestas doenças.

Conforme Jeor¹⁸ (1995), citado por Braga (1998), a avaliação nutricional em transtornos alimentares visa, além dos distúrbios alimentares, verificar a intensidade do apetite

¹⁸ JEOR, S.T. St.Measurement of food intake. In: BROWNELL, K. D., FAIRBURN, C. G. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: The Guilford Press, 1995. P.100-104.

e a presença e duração dos episódios de restrição/compulsão alimentar periódica, e também as situações sociais que acompanham tais comportamentos. Apresenta uma orientação para entrevista com cliente potencial para desenvolver transtornos alimentares, que está dividida em onze tópicos (Anexo II).

Salienta ainda, que é importante identificar qual a frequência do consumo de dietas “vegetarianas, ovo-vegetarianas, e lacto-ovo-vegetarianas”, nestes clientes, pois é através de informações recebidas sem valor científico que eles iniciam a restrição de alimentos cárneos ou lácteos, ou mesmo ricos em proteína animal.

Para Cochrane (2001) é de fundamental importância que o enfermeiro e o cliente explorem as conseqüências positivas e negativas da distorção cognitiva e das respostas desadaptadas. As conseqüências podem ser tanto positivas como negativas em cada comportamento, e também podem ser biológicas, psicológicas e socioculturais. As estratégias que enfocam as conseqüências envolvem o uso de recompensas que aumentam a probabilidade de mudança comportamental. A única ressalva é de que a recompensa deve ser algo agradável, podendo ser material ou reforçador psicológico, mas nunca deve envolver alimentos.

5.5 Intervenções Cognitivo Comportamentais

Cochrane (2001) relata a importância do enfermeiro trabalhar com os clientes em suas distorções cognitivas, pensamento incorreto sobre a forma corporal, peso e alimentos comuns em pessoas com transtornos alimentares.

Auxiliar o cliente a tomar conhecimento destes pensamentos é o primeiro passo para mudá-los. O cliente deve monitorar e registrar o consumo alimentar, os episódios de hiperfagia e também os comportamentos purgativos, e até mesmo pensamentos e sentimentos que envolvam peso, forma corporal e alimentos. O objetivo deste exercício é que o cliente compreenda melhor os seguintes aspectos:

- sugestões que desencadeiam as respostas alimentares problemáticas;
- os pensamentos, sentimentos e suposições associados com as sugestões específicas;

- a conexão entre estes pensamentos, sentimentos, pressupostos e respostas de regulação alimentar;
- as conseqüências resultantes das respostas alimentares.

5.6 Envolvimento da Família

Para Cochrane (2001) as famílias devem estar engajadas desde o início, incluídas nas reuniões familiares e sessões de planejamento do tratamento, já que muitos clientes jovens podem precisar de terapia familiar intensiva após terem completado com sucesso o estágio da realimentação. A questão primordial desta terapia está na separação e na individuação do cliente dentro do contexto familiar.

Aponta que o enfermeiro possui papel importante nesta situação, pois pode juntar informações sobre o sistema familiar e explorar como a resposta alimentar desadaptada pode servir a uma função específica dentro da família, fazendo algumas perguntas:

- Que papel tem o transtorno alimentar na estabilização do sistema familiar?
- Como a família tenta lidar com o transtorno alimentar?
- Qual é o tema central envolvendo o comportamento alimentar?
- Quais seriam as conseqüências das mudanças para cada membro da família?
- Qual é o tema terapêutico básico sob uma perspectiva familiar?

5.7 Terapias de Grupo

Cochrane (2001) traz como alternativa de apoio a clientes com transtornos alimentares, a terapia de grupo, pois pode ser útil para reforçar as alianças sociais e dar coragem aos membros para identificar e expressar sentimentos.

Vários modelos de terapia de grupo são usados para clientes com transtornos alimentares, entre eles: cognitivo-comportamental, psicopedagógico, psicodinâmico e o interpessoal. Enfatiza ainda que “o teste da realidade, o apoio e a comunicação entre iguais são fatores essenciais oferecidos pela intervenção em grupo” (p.576).

5.8 Exercícios

Para Cochrane (2001) na medida que o cliente estabiliza seu peso e responde adequadamente ao tratamento, deve iniciar sessões de exercício, mas sempre com o programa de exercícios com foco voltado para a boa forma física e não para o dispêndio de calorias.

Conforme esta autora, para alguns clientes que possuem hábito de se exercitarem compulsivamente, esta poderá ser a fase mais difícil do tratamento. Nestes casos o enfermeiro deve permitir que o cliente inicie com exercícios moderados com aumentos graduais ao longo do tempo e solicitar uma consultoria com terapeuta recreacional ou fisiatra pode ser útil para maximizar o valor terapêutico do programa de exercícios.

5.9 Os Resultados das Intervenções

Como estes clientes são de difícil manejo, e têm dificuldades em aderir ao tratamento, é necessário que seja feita uma constante avaliação dos progressos e/ou fracassos conseguidos ao longo das várias intervenções realizadas com eles.

Para Cochrane (2001) a avaliação final deve inicialmente focar o relacionamento terapêutico entre cliente e enfermeiro. É importante verificar se houve efetiva modelagem de papéis, apoio emocional, monitoramento biológico e reforço das tentativas dos clientes de experimentarem novos padrões de comportamento e cognitivos. Esta avaliação final deverá enfim, abordar três aspectos específicos dos cuidados oferecidos: Identificar se os padrões normais de alimentação foram restaurados, as seqüelas biológicas e psicológicas da desnutrição foram corrigidas, os problemas socioculturais e comportamentais associados foram resolvidos, de modo que a recaída não ocorra.

Relata que ao fazer estas questões, o enfermeiro deverá rever cada aspecto do processo de enfermagem e modificar os cuidados como achar necessário, para atingir os resultados esperados.

6 SOBRE ESPELHOS

No decorrer deste trabalho, lendo sobre o Espelho e Pessoa (Doin, 1995), encontrei alguns trechos interessantes que cabem nas situações da anorexia e bulimia nervosas. Quando ele discorre sobre a função do espelho, é fascinante como coloca nossa vulnerabilidade diante deste. Questiona-se:

“ Qual é a nossa reação diante desta superfície lisa e polida que reflete nossa imagem, e como funcionam os seres humanos diante da ótica paralela ao espelho quando mostram o que acham, pensam e sentem do outro? O espelho exerce, então, função importantíssima, pois serve de sede para sensações psicossomáticas, criativas e terapêuticas, ou seja, exercendo em nós uma experiência quase como que humana (O mito do Narciso...), ele reflete com relativa veracidade a imagem de quem se coloca diante dele” (Doin, 1995, p. 148).

Este trecho me chamou a atenção, pois confirma a situação de que, quando nos observamos no espelho, pensamos: “ como estou?”, e em situações angustiantes do estado de espírito questionamos: “quem sou, como sou?” Esta é a mais pura realidade. Dependemos de uma opinião, mesmo que seja em nível especular.

Doin (1995) revela que a função especular nas relações humanas acontece quando duas pessoas se encontram e fazem sempre as mesmas perguntas, em variados tons de afeto, e, em algum grau de realidade e justiça, as respostas são dadas, verbalmente ou não, chegando até o outro mais ou menos claras ou distorcidas. Da mesma forma eu acredito que o ser humano com distúrbios alimentares distorcem sua visão da imagem corporal.

Neste sentido ao se comparar o espelho físico com o espelho humano se obtém mais

clareza desta distorção pois se consegue uma visão mais realista, e ainda assim está sujeito às deformações consideráveis pela força de suas características pessoais, anseios e expectativas, angústias e defesas (Doin apud Doin 1985).

Destaca que está sendo citado que existem espelhos físicos e humanos irregulares, curvos ou quebrados, que distorcem a imagem refletida, e acredita-se que as pessoas que sofrem de TA são como estes espelhos, distorcem suas próprias imagens corporais.

Para Doin (1995) as angústias narcísicas é que levam o indivíduo a procurar defesas, como por exemplo, comer compulsivamente ou emagrecer exageradamente. Por isto, outro aspecto fundamental para ser abordado com estes clientes é a estranheza e exterioridade do indivíduo em relação a si mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPOLINÁRIO, C. J.; SILVA Z. A. J. Farmacoterapia. In NUNES, A. A. M.; APPOLINÁRIO, C. J.; ABUCHAIM, G.L.A. *et al.* **Transtornos Alimentares e Obesidade** Porto Alegre: Artmed, 1998

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM IV: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BRAGA L. C. Manejo Nutricional. In: NUNES, A. A. M.; APPOLINÁRIO, C. J.; ABUCHAIM, G.L.A. *et al.* **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

CARPENITO J. L. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

COCHRANE E. C. Respostas de Regulagem Alimentar e Transtornos Alimentares. In: STUART W. G.; LARAIA T. M. **Enfermagem Psiquiátrica, Princípios e Prática**. 6ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2001. p.559 a 580

CRUZ, C. A.; PEROTA R. L. L. M.; MENDES R. T. M. **Elaboração de Referências (NBR 6023/2000)**. Rio de Janeiro: Interciência, 2000.

DOIN, C. Espelho e Pessoa. In: FILHO M. J. **O Ser e o Viver uma visão da obra de Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FANTASTICO [Entrevista publicada dia 02/09/2001, na Internet]. Disponível em:<
<http://www.globo.com/fanstastico>> . Acesso em: 03/09/01.

GARFINKEL, E. P. Transtornos Alimentares. In: KAPLAN H. I.; SADOCK B. J. **Tratado de Psiquiatria**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed,, 1999. Cap. 22, p.1474-1485.

GIL, A . C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HERSCOVICI, R. C.; BAY, L. **Anorexia Nervosa e Bulimia - ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

NUNES , A. A. M; CAPELLINI, L. A.; APPOLINÁRIO , C. J. Tratamento Hospitalar dos Transtornos Alimentares. In NUNES, A. A. M.; APPOLINÁRIO, C. J.; ABUCHAIM, G.L.A. *et al.* **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998

SACCONI, A Luiz. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Atual, 1996.

SUPLICY, H. [Entrevista publicada s.d. e s.m. em 2001, na Internet]. Disponível em :
<<http://www.abeso.org.Br/entrevista.htm>>. Acesso em: 29 maio 2001.

TAYLOR, M. C. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiatria de Mereness**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANEXOS

ANEXO I

Fantástico, dia 02/09/01 retirado da internet, da página <http://www.globo.com/fantastico>, no dia 03/09/01
Memória do Fantástico

Saúde
Obsessão e decadência

Uma jovem usa o computador. Os pais acham que está fazendo uma pesquisa para a escola. Não desconfiam que a filha pode estar construindo um caminho para a morte...

Em sites criados e mantidos por jovens anoréxicas, ela aprende que beleza é um corpo tão magro que os ossos aparecem, através da pele. E troca experiências com outras jovens que estão correndo o mesmo risco de vida. Porque o conselho ali é: pare de comer.

Existem mais de 400 páginas desse tipo na internet. Para perder peso, vale tudo. Até o uso de drogas, como cocaína.

É um mergulho profundo. Perigoso, muitas vezes sem volta. Um universo de obsessão e decadência física. Anorexia e bulimia.

“São dois graves problemas psicológicos que trazem sérias complicações médicas”, diz a terapeuta Jennifer Kelman, especialista no tratamento de jovens com problemas em relação a comida.

Elas passam fome, se forçam a vomitar tudo o que comem. Tomam pílulas, remédios proibidos. E por mais que emagreçam, sempre acham que estão gordas. Uma, em cada cinco, acaba morrendo. O coração não resiste, ou órgãos como os rins e fígado se deterioram.

Jennifer acha perigosas as páginas da internet que transformam mulheres bulímicas ou anoréxicas em exemplos a serem seguidos. A princesa Diana é uma delas. A princesa era bulímica. Durante anos manteve o peso enfiando o dedo na garganta, escondida em banheiros, mesmo em banquetes oficiais.

No museu de cera Madame Tousseaud, em Nova York, estão as imagens das pessoas mais famosas do mundo. E nenhuma mulher foi - e continua sendo - um mito tão grande quanto Marilyn Monroe. Sessenta e três quilos, distribuídos por um corpo de 1,67m de altura. Na época, um corpo perfeito. Hoje, na era da estética da magreza, as formas exuberantes de Marilyn fariam com que ela fosse considerada gordinha. Marilyn era manequim 46. Uma modelo de hoje, normal, usa manequim 36, às vezes 34.

Esse era o tamanho que a nova-iorquina Giny sonhava usar. Ela tem 1,76m. Aos 16 anos fez a primeira dieta. Sempre quis ser magra, invejava as colegas com menos peso que ela: “As magras é que conseguiam namorados, que eram populares, que conseguiam as melhores coisas da vida”, ela diz. Perder peso virou uma obsessão para Giny - tal como na nova e mórbida onda da internet.

As instruções que estão ali são exatamente o que Giny fazia. Ela tomava um iogurte de manhã e passava o dia inteiro sem mais nada, só bebendo refrigerante diet. E ainda fazia duas horas de ginástica todo dia.

Não foi só peso que ela perdeu. Os cabelos começaram a cair. Os dentes a se soltar das gengivas. A pele perdeu a cor...

Giny está em terapia. Recupera-se pouco a pouco. Mas as páginas pró-anorexia continuam aumentando: “O problema está ficando cada vez pior”, diz Jennifer Kelman. E só vai acabar quando a sociedade parar de impor um tipo de beleza impossível para a maioria das mulheres.

Assista ao vídeo desta reportagem agora!

Primeira página

ANEXO II

ENTREVISTA

PARTE I - DADOS PESSOAIS

PARTE II - ATIVIDADES DIÁRIAS

- a. Atividades profissionais
 - a.1 Função
 - a.2 Dias, horários e local
- b. Atividades estudantis
 - b.1 Dias, horários e local
- c. Atividades físicas
 - c.1 Frequência semanal
 - c.2 Horários e duração

PARTE III - HISTÓRIA ALIMENTAR

- a. Períodos de restrição alimentar
 - a.1 Consumo alimentar na restrição
 - a.2 Jejuns
- b. Períodos de compulsão alimentar periódica
 - b.1 Consumo alimentar na compulsão alimentar periódica

PARTE IV - HISTÓRIA ALIMENTAR FAMILIAR

PARTE V - CONSUMO ALIMENTAR HABITUAL DE 24 HORAS

PARTE VI - CONSUMO ALIMENTAR NOS FINAIS DE SEMANA

- a. Frequência de refeições fora de casa

PARTE VII - GRUPOS DE ALIMENTOS MAIS CONSUMIDOS

PARTE VIII - COMPRAS DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS

- a. Local das compras
- b. Frequência das compras
- c. Responsável pelas compras em casa
- d. Tipos de alimentos comprados com maior frequência

PARTE IX - RESTRIÇÕES ALIMENTARES

- a. Por crença religiosa
- b. Por intolerância alimentar
- c. Por alergia alimentar
- d. Por alto valor calórico

PARTE X - INGESTA HÍDRICA

- a. ml/dia
- b. Tipos de líquidos totais ingeridos

PARTE XI - HÁBITO INTESTINAL E DIURESE

- a. Uso de laxativos
- b. Uso de diuréticos